Le Progrès Médical

1906



REVUES DES SPÉCIALITÉS

Anthropologie	ZABOROWSKI.
Affections des organes génito-urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMOND.
Chirurgie	Dr LONGUET.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr L. GRAUX.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr FILLASSIER.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. de ROTHSCHILD
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Médecine dentaire	Dr SIFFRE.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	Dr JEANNIN.
Ophtalmologie	Dr POULARD.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Drs CORNET, NOIR.
Médecine légale	Dr TISSOT.
Kinésithérapie	Dr KOUINDJY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine	Dr PLICQUE.
Académie des Sciences	Mme le Dr PHISALIX.
Société d'Anthropologie	ZABOROWSKI.
Société de Biologie	Mme le Dr EDWARDS-PILLIET.
Société de Chirurgie	CATZ.
Société médicale des Hôpitaux	Dr FRIEDEL.
Société de Médecine Militaire	DEMMLER.
Société de Médecine de Paris	Dr BURET.
Société de Médecine publique et de Génie sanitaire	PUJOL.
Société d'Obstétrique	Dr JEANNIN.
Société de Pédiatrie	Dr CH.-H. PETIT-VENDOL.
Société de Prophylaxie sanitaire et morale	Dr FIAUX.
Société de Thérapeutique	Dr FRIEDEL.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME XXII : 1906

Illustré de 34 figures dans le texte.



COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), ARTHAUD, BALLET (G.), BARATOUX, (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER (F), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BURET, CARRIER, EHABBERT, CHARCOT (J.-B.), S. CLADO, CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DEMMLER, Mme EDWARDS-PILLIET FÉRÉ (H.), FIAUX, FILLASSIER, FRIEDEL, LUCIEN-GRAUX, JEANNIN, JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KŒNIG, KOUINDJY (L.), LANDOUZY, LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (H.), MOREL, MUSGRAVE-CLAY (R. de), PAUL-BONCOUR (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), Mme PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POULARD, POZZI, PUJOL, RAMOND (F.), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), REVERDIN, (de Genève), RICHER (P.), ROUSSELET (A.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TERRIER (F.), TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Arthaud, Beauvois, Beni-Barde, Berne, Borel, Marcel Bourneville, Chantemesse, Cornil, Coudray, David, Demmler Dubar, Frenkel, Guillain, Huchet, Jourdan, Kanellis, Konried, Marc Laffont, Laquerrière, Leblond, Lefur, Lematte, Lemoine, Leriche, Lombard, B. Narich, L. Netter, Mme Péchin, Pénières, Poncet, Sakorraphos, Stephany, Sortiadès, Terrien, A. Touzé, Edm. Vidal, Viron.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 6 JANVIER 1906

Le Progrès Médical

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DIX FRANCS pour la France ; DOUZE FRANCS pour l'Étranger et SIX FRANCS pour les Étudiants. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 °/o prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

AVIS POUR LES NUMÉROS MANQUANTS

Nous rappelons également à nos abonnés et à nos correspondants que les NUMEROS MANQUANTS de 1905, réclamés avant le 31 janvier 1906 seront envoyés gratuitement. Passé ce délai, envoyer pour chaque numéro **25 centimes.**

Notre numéro des étudiants et la presse américaine.

Le *Journal of the American Medical Association* apprécie le Numéro des étudiants du *Progrès Médical*, de la façon suivante :

« Ce numéro de novembre, contenant plus de 160 pages, est consacré à tout ce qui concerne les facultés et écoles de médecine, les sociétés médicales, les prix offerts, enfin tout ce qui peut être utile et doit être connu de l'élève en médecine. Ce numéro facilitera aux médecins étrangers la visite de tous les pays de langue française. Ce journal est publié par M. le Dr Bourneville, l'éminent neurologiste, qui est également le rédacteur en chef des *Archives de Neurologie*. Ce numéro nous apprend cette année que la rhino-laryngologie n'est enseignée qu'à Bordeaux, tandis que dans les autres facultés françaises, cet enseignement libre est donné par les chefs de service en dehors de la faculté. Cependant, il serait utile que le médecin de campagne sache comment examiner une oreille, un larynx ou un nez et soigner les affections courantes de ces organes. On n'aurait qu'à imiter des Allemands, que l'ardeur belliqueuse n'empêche pas de se consacrer aux conquêtes pacifiques de la science. »

VÉNÉRÉOLOGIE

Pathogénie et traitement de l'épididymite blennorrhagique ;

Par M. le Dr **René LE FUR**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La question de la pathogénie de l'orchi-épididymite blennorrhagique a été des plus discutées, et cependant l'accord est encore loin d'être fait à ce sujet. Nous voudrions, tout en rappelant les principaux travaux qui ont été publiés sur cette question, exposer quelques idées personnelles sur la façon dont nous comprenons la pathogénie et le traitement de l'épididyme blennorrhagique.

Les classiques admettent trois voies pour expliquer la propagation de la blennorrhagie de l'urèthre antérieur à la glande génitale : 1° *la voie uréthrale*, surtout acceptée dans les cas d'orchites survenant chez les vrais urinaires (rétrécis, prostatiques) ou après un cathétérisme imprudent, et que certains auteurs admettent volontiers pour l'épididymite blennorrhagique, surtout quand cette dernière a été précédée nettement de prostatite, vésiculite et déférentite ; 2° la *voie artérielle* (*théorie de l'infection générale*), surtout admise pour les vraies orchites infectieuses survenant aux cours des maladies générales (oreillons, grippe, fièvre typhoïde, etc.) et que l'on peut étendre à l'orchi-épididymite blennorrhagique, si l'on considère la blennorrhagie, plus comme une maladie générale que comme une affection locale ; 3e la *voie veineuse* qui n'a trouvé que peu de défenseurs (Després, Reliquet et Guépin), l'infection blennorrhagique gagnant le testicule par l'intermédiaire des veines funiculaires. (Phlébite du cordon).

Nous laisserons de côté cette dernière théorie que nous n'admettons guère pour les vraies épididymites blennorrhagiques, la réservant au contraire pour expliquer certains cas de fausses orchites ou épididymites qu'on rencontre surtout chez de jeunes neuro-arthritiques, et qui sont plus exactement des poussées aiguës de varicocèle, nous en avons décrit quelques cas (1) ; on peut les observer chez des gens atteints ou non de

(1) R. LE FUR. — Traitement du varicocèle par l'électrisation des veines du scrotum. (*Assoc. Franç. d'Urologie*, Paris, 1904.)

blennorrhagies, etc. ; elles sont caractérisées par une congestion intense des veines du cordon, avec augmentation de volume de celui-ci ; des douleurs vives mais passagères, l'absence de fièvre et d'état général, la disparition rapide des phénomènes sous l'influence du repos, de la glace et des applications de courant continu, la maladie n'aboutissant pas en somme à l'orchi-épididymite, et avortant en chemin.

Quant à la théorie de l'infection générale (propagation artérielle), nous croyons qu'on peut très rarement la revendiquer en cas d'épididymite blennorrhagique ; la meilleure preuve en est que cette dernière ne survient ordinairement pas dans la période aiguë ou infectieuse de la blennorrhagie ; ce n'est que tardivement, vers la 4e ou 5e semaine, quelquefois même plus tard, alors que l'infection gonococcique générale s'est déjà beaucoup atténuée, que la blennorrhagie est devenue subaiguë, c'est surtout alors qu'apparaît l'épididymite. Et pourquoi ? C'est précisément parce que la blennorrhagie s'est à ce moment propagée à l'urèthre postérieure et à la prostate. Mais nous retombons alors dans la première théorie (propagation par voie uréthrale et par continuité de tissus).

Nous ne craignons pas, en effet, d'affirmer bien hautement ceci : c'est que, *lorsqu'une épididymite blennorrhagique se déclare, l'urèthre postérieur et la prostate sont toujours envahis par l'infection gonococcique depuis quelque temps déjà.* Nous ne voulons pas, par des statistiques nombreuses, établir la réalité de cette affirmation dont nous ne craignons pas de faire une loi absolue. Contentons-nous de rappeler les statistiques anciennes de Sigmund qui, sur 1342 malades atteints d'épididymite blennorrhagique, avait noté 400 fois de la déférentite, c'est-à-dire dans près d'un tiers des cas ; celles plus récentes d'Humbert et Lucas (1) qui dans une proportion de 47 % constatent la participation à l'inflammation de la prostate et de la vésicule séminale dans le cas d'orchi-épididymite blennorrhagique. En réalité, ce chiffre est encore trop faible, et si nous nous rapportons à notre expérience personnelle, qui est assez grande en l'espèce, car nous avons l'habitude de pratiquer systématiquement le toucher rectal, l'examen de la prostate, des vésicules séminales et de la portion pelvienne du canal déférent dans tous les cas de blennorrhagie aiguë ou chronique, nous sommes obligé de reconnaître que toujours nous avons constaté, soit en même temps que l'orchi-épididymite, soit le plus souvent avant l'apparition de cette dernière, l'envahissement du tractus uréthro-prostato séminal.

Mais cette notion ne suffit pas à établir d'une façon assez précise la pathogénie de l'épididymite blennorrhagique. Nous venons de voir que le point de départ constant de l'infection blennorrhagique, en ce qui concerne l'épididymite, est ce carrefour prostato-génital, comprenant l'urèthre profond, la prostate où viennent s'ouvrir aussi les canaux éjaculateurs conduisant dans les vésicules séminales, et qui constitue un véritable foyer infectieux, d'où l'infection gonococcique pourra rayonner dans différentes directions (prostate, vessie, voies spermatiques). Cherchons maintenant à établir la voie que devra suivre cette infection pour gagner l'épididyme.

La plus fréquente est certainement la voie des muqueuses, l'inflammation gagnant de proche en proche les canaux éjaculateurs, la vésicule séminale, le canal déférent et l'épididyme. Ce mode de propagation semble le plus rationnel, et la clinique, ainsi que l'anatomie pathologique s'unissent pour en établir la véracité et la fréquence. Des autopsies ont permis en effet de retrouver les vésicules séminales, ainsi que le canal déférent, gros et congestionné ; la muqueuse est rouge, vascularisée et épaissie ; il y a desquamation épithéliale abondante ; l'examen clinique du malade montre que tous ces organes sont enflammés et douloureux à la pression ; l'on constate souvent des éjaculations nettement purulentes et sanglantes.

Ainsi s'expliquent facilement ces épididymites subaiguës survenant au déclin de la blennorrhagie, précédées de tous les symptômes faciles à retrouver lorsqu'on veut bien les rechercher systématiquement, de l'uréthrite postérieure, de prostatite subaiguë, de vésiculite et de déférentite.

Mais cette explication pathogénique convient-elle à tous les cas d'orchi-épididymites blennorragiques, et s'applique-t-elle en particulier aussi bien à ces cas d'épididymites foudroyantes pour ainsi dire et suraiguës, s'accompagnant de fièvre intense (40°), de symptômes généraux graves, et de phénomènes de péritonisme inquiétants. Nous ne le croyons pas. Ici il faut invoquer une autre pathogénie, et la propagation de l'infection par continuité, par l'envahissement progressive des muqueuses, ne semble pas admissible. Ce n'est d'ailleurs que plus tardivement, mais souvent d'une façon plus précoce (1re et 2e semaine) que survient cette variété aiguë d'épididymite ; la plupart du temps, elle n'apparaît pas spontanément comme la forme subaiguë que nous avons commencé par décrire ; mais au contraire, elle est plutôt provoquée par une violence quelconque, un traumatisme, une injection forcée, une exploration intempestive du canal, un massage brutal de la prostate, d'un autre côté, elle est excessivement aiguë dans son évolution et dans ses manifestations : douleur violente, presque syncopale, localisée bien plus au bassin et dans la région inguinale qu'au niveau des bourses et du testicule ; réaction inflammatoire considérable de tous les organes atteints (vésicule, canal déférent, épididyme). Chose curieuse et intéressante à noter, l'inflammation siège bien plus dans les tuniques entourant les voies spermatiques qu'au niveau de la muqueuse même de ces conduits ; il s'agit bien plutôt, en effet, de périvésiculite de péridéférentite ou funiculite, de péri-épididymite que de vésiculite, de déférentite ou d'épididymite ; or, il y a là un œdème inflammatoire énorme du tissu conjonctif. Des incisions pratiquées à différentes périodes du processus inflammatoire ont permis de constater soit l'infiltration de tout ce tissu conjonctif par une sérosité purulente, soit la présence de multiples petits abcès autour des voies spermatiques, ou même de collections purulentes beaucoup plus fréquentes qu'on ne croit. Le toucher rectal montre (Escat), en même temps que de la prostatite constante, un boudin parfois énorme constitué par la périvésiculite et la péridéférentite que l'on peut poursuivre très loin le long de la paroi pelvienne. L'exploration des régions abdominale, inguinale et scrotale montre le cordon volumineux et très douloureux ; la funiculite intense qui a fondu tous les éléments du cordon en une même masse ne permet plus d'isoler le canal déférent ; l'épididyme forme avec le testicule une masse énorme encore augmentée par la vaginalite concomitante. La guérison est plus lente à se produire ; on note des récidives assez fréquentes, et parfois on observe la suppuration.

(1) Lucas.— Résultats du toucher rectal dans 285 cas d'épididymite blennorrhagique, Th. Paris 1894.

Cette forme est donc fort différente au point de vue de son étiologie, de sa symptomatologie et de son évolution. Quelle en est la pathogénie ?

Nous croyons que deux explications sont seules possibles : Ou bien il faut admettre une inflammation s'étant propagée par les lymphatiques qui entourent les voies spermatiques, une sorte de lymphangite diffuse péri-spermatique, ou encore de phlegmon diffus du tissu conjonctif lâche qui entoure ces conduits, et à l'appui de cette hypothèse, on peut citer l'œdème inflammatoire énorme du tissu conjonctif qui caractérise cette variété d'orchi-épididyme; — ou bien il se produit une obstruction brusque, sur un point de leur parcours, des voies spermatiques déjà enflammées, obstruction qui entraîne la rétention du sperme et des sécrétions pathologiques, d'où distension et dilatement du conduit dont la muqueuse est déjà altérée par la suppuration. Quand nous parlons d'éclatement du conduit, nous entendons par là aussi bien une effraction minime, macroscopique, qu'une rupture complète qui doit être bien rare.

En somme, dans tous les cas d'orchi-épididymites intenses et aiguës, nous admettons bien plutôt l'infection de la gaine conjonctive par voie lymphatique, et nous croyons que cette infection survient presque toujours par effraction ou rupture de la muqueuse ramollie des voies spermatiques. Elle peut cependant survenir sans solution de continuité, au moins apparente de la muqueuse, par exemple dans les cas de prostatite et péri-prostatite ; les gaînes conjonctives et les lymphatiques sont alors envahis par l'inflammation qui, de la prostate, gagne la périphérie de la vésicule, du canal déférent et de l'épididyme ; le foyer d'infection primitif part, alors de très bas, et, dans des cas pareils, l'infection peut être localisée exclusivement à l'extérieur des conduits, la muqueuse étant restée saine. Mais le plus souvent, l'affection doit se produire dans l'intérieur des conduits spermatiques, sous l'influence d'une pression exagérée du contenu des voies spermatiques. Cette pression peut être provoquée par un lavage ou une injection uréthrale pratiquée de façon violente qui entoure les orifices des canaux éjaculateurs normalement fermés par un sphincter physiologique. Elle peut aussi, croyons-nous, survenir par simple accumulation du sperme ou des sécrétions pathologiques dues à l'obstruction d'un point quelconque des voies spermatiques Cette obstruction doit surtout se produire au niveau de l'orifice des canaux éjaculateurs dans l'urèthre prostatique, soit par simple spasme de ces orifices, soit plutôt par congestion voisine de l'urèthre postérieur ou de la prostate qui vient boucher ces orifices ; nous avons vu une ou deux fois ces orifices complètement obturés par un bouchon muco-purulent. Mais l'obstruction peut se faire à un autre point du parcours des voies spermatiques et nous tenons à insister sur ce fait que le canal déférent étant très peu extensible, et sa lumière intérieure très étroite, celle-ci peut facilement être obturée par un bouchon de pus concrété et mélangé au sperme.

Où se fait l'effraction, la rupture du conduit spermatique ! Sans doute assez souvent au niveau de la vésicule séminale ou du canal déférent, puisque l'on constate une funiculite intense.

Il est vrai que, quel que soit le point où se fait la solution de continuité, l'infection doit très vite pénétrer par cette porte ouverte et se propager à la fois par en haut et par en bas. Or des expériences ont montré que quand on injectait des liquides sous pression dans l'intérieur des voies spermatiques, c'était presque toujours au niveau de l'épididyme que se faisait la rupture. Sans doute, à ce niveau se trouve le point faible, l'endroit le moins résistant des conduits spermatiques, et c'est pourquoi l'on observe à ce niveau la localisation la plus fréquente de l'inflammation blennorrhagique.

L'on conçoit, d'après cette théorie pathogénique, l'importance qu'offre, au point de vue de l'apparition ou de la non-apparition de l'épididymite blennorrhagique, la perméabilité des voies spermatiques. Les auteurs anciens avaient deviné cette importance en édifiant la théorie de la rétention spermatique comme cause déterminante de l'orchite blennorrhagique. L'on comprend aussi comment le retour de la perméabilité doit entraîner l'amélioration et favoriser la guérison de l'épididymite, comment au contraire l'imperméabilité survenant de nouveau entraîne forcément une rechute, une nouvelle poussée d'épididymite.

Un dernier mot sur la pathogénie de l'orchite par effort. Nous commençons d'abord par déclarer que nous ne croyons guère à l'orchite par effort. Nous admettons des orchi-épididymites traumatiques ou par torsion du cordon spermatique s'accompagnant de ruptures vasculaires avec infiltrations sanguines se faisant surtout au niveau des veines funiculaires et du cordon, rarement au niveau de l'épididyme, et pouvant donner naissance à de petits kystes sanguins qui laissent à leur suite des noyaux indurés.

Mais en dehors de ces cas, et en éliminant naturellement aussi certaines hématocèles traumatiques, nous croyons que toutes les orchi-épididymites dites par effort (orchites des cavaliers, orchites par marches forcées, fatigues, soulèvement d'un poids, contraction du crémaster, etc.) relèvent d'une vieille blennorrhée ignorée ou méconnue, avec infection de l'urèthre profond, des vésicules séminales et du canal déférent. L'effort, le traumatisme, n'ont été que la cause provocatrice et ont servi à localiser à l'épididyme une infection qui sommeillait depuis longtemps déjà dans les voies spermatiques elles-mêmes. Le traumatisme ou la contraction musculaire ont produit une effraction ou rupture de la muqueuse des voies spermatiques, et nous rentrons dans le cas précédent.

En somme, nous pouvons résumer cette longue pathogénie en disant que, pratiquement, nous pouvons considérer comme constante l'infection de l'urèthre profond et de la prostate dès la seconde semaine d'une blennorrhagie, et comme très fréquente l'inflammation de la vésicule et du canal déférent, avant-coureurs obligés de l'épididymite. Ces considérations nous dictent le traitement à suivre pour prévenir d'abord l'apparition de l'épididymite blennorrhagique, pour la soigner ensuite rationnellement, si on n'a pu l'empêcher.

Mais nous avons beaucoup plus grande confiance dans le *traitement préventif* que dans le traitement curateur, et nous avons la satisfaction de pouvoir affirmer qu'avec la méthode de traitement que nous recommandons contre la blennorrhagie, il est exceptionnel de voir apparaître une épididymite dans le cours du traitement.

Il faut d'abord systématiquement, dans tout cas de blennorrhagie aiguë ou chronique, pratiquer souvent le toucher rectal qui permettra de déceler l'uréthrite postérieure ordinairement précoce, la prostatite, la spermatocystite et la déférentite : l'exploration rectale servira ainsi de véritable baromètre et permettra de se rendre un compte exact de l'extension de l'infection blennorrhagique, elle permettra en même temps de pratiquer,

non pas le massage de la prostate, de la vésicule et de la portion pelvienne du canal déférent, mais *l'expression, l'évacuation de tous ces conduits*; un massage brutal et maladroit pourrait au contraire provoquer une épididymite, c'est surtout pendant la période aiguë et subaiguë de la blennorrhagie qu'il faut procéder avec douceur et prudence ; nous avons même l'habitude, par excès de précaution, de ne pratiquer le toucher rectal et l'évacuation des conduits spermatiques qu'après avoir fait prendre au malade une série de 3 ou 4 lavements très chauds suivis de suppositoires, ce qui provoque déjà une certaine évacuation de la prostate et des vésicules. Nous recommandons aussi, toujours dans le même ordre d'idées, de ne pratiquer l'expression de ces organes qu'après avoir fait prendre au malade, une heure auparavant, un lavement très chaud.

Nous ne pratiquons pendant toute la période aiguë de la blennorrhagie que des lavages de l'urèthre antérieur d'abord (pendant 7 à 8 jours), des deux uréthres ensuite au moyen d'une solution très faible de permanganate de potasse (de 1/6000 à 1/4000) avec expression de la prostate et des vésicules pratiquée au milieu du lavage. Nous conseillons de *s'abstenir de toute exploration, dilatation, instillation uréthrale*, tant qu'il y a du gonocoque dans la goutte uréthrale, que les urines sont troubles dans le premier verre, que la prostate et les vésicules séminales sont douloureuses à la pression.

Quand l'épididymite a apparu, la conduite à tenir doit différer suivant les cas; mais un principe absolu est de ne pas interrompre les lavages de l'urèthre quelle que soit la forme, même très intense de l'épididymite; l'emploi des lavages, qu'on doit employer très faibles, (1/8000 à 1/6000), diminue l'intensité et la durée de l'épididymite.

Dans les cas très aigus, le repos au lit est indispensable. Nous employons alors les compresses ou cataplasmes excessivement chauds et laudanisés très fréquemment renouvelés, mais nous leur préférons encore la glace, il faut seulement bien entourer l'épididyme et le cordon et prolonger même la glace sur le trajet inguinal et abdominal du cordon, grâce à des sachets de forme spéciale. Les lavements très chauds et les suppositoires calmants sont parfois indiqués ; une piqûre de morphine sera nécessaire.

Dans certains cas, nous nous sommes très bien trouvé des courants continus appliqués sur la glande.

Enfin si, malgré ce traitement, les douleurs persistent ainsi que la fièvre, surtout avec des phénomènes de péritonisme et un mauvais état général, et si l'on constate surtout un œdème inflammatoire énorme, une suppuration plus ou moins diffuse, on est autorisé à inciser le point le plus tendre au niveau de l'épididyme ou du cordon; on voit souvent tomber la fièvre et le processus inflammatoire.

C'est surtout dans ces cas aigus que l'on a intérêt à évacuer doucement la prostate, les vésicules séminales, par le toucher rectal pratiqué une heure après que le malade a pris un lavement très chaud.

Dans les cas moyens et chroniques, on insistera plus sur le massage de la prostate, des vésicules et du canal déférent; puis, dès que l'infection gonococcique aura disparu, il ne faudra pas craindre d'employer la dilatation associée aux lavages avec les instruments de Kolmann-Franck), puis aux instillations ; la dilatation devra être poussée très haut.

Il faut savoir que, dans certains cas, les épididymites blennorrhagiques sont désespérantes par leur ténacité et le retour des infections uréthrales qu'elles provoquent ; l'on comprend que lorsqu'une vésicule, un canal déférent ou un épididyme ont été profondément infectés, il est très difficile de les désinfecter complètement, car on ne peut agir sur tous ces organes qu'indirectement.

Aussi est-il vrai de dire qu'il est plus difficile de guérir une spermatocystite qu'une prostatite. Il est très difficile aussi de pouvoir en affirmer la guérison définitive à cause des reprises et évacuations successives qui caractérisent cette affection pendant longtemps. On conçoit toute l'importance de cette notion pour la question mariage : nous avons observé des malades qui paraissaient absolument guéris, n'ayant plus la moindre goutte uréthrale, et auxquels on aurait cru pouvoir permettre le mariage. Leur sperme cependant était encore infectant au moment du coït. Le coït, avec protecteur, est alors indiqué pour évacuer les vésicules et voies spermatiques infectées, ainsi que le massage, les suppositoires et lavements chauds, qu'il faut continuer très longtemps.

L'épididymite guérie, reste encore une question importante pour l'avenir : la perméabilité physiologique des voies spermatiques; en cas d'orchi-épididymite double, le pronostic fonctionnel est à réserver. Mais nous voyons que le retour de la perméabilité peut être souvent obtenu lorsque l'épididymite a été convenablement soignée et nous estimons que la stérilité définitive par orchi-épididymite double est plus rare qu'on ne l'a dit.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La responsabilité médicale à la suite de décès par chloroformisation.

Doit-on donner le chloroforme à un alcoolique ?

Dans une de ses savantes leçons de médecine légale *sur les asphyxies par les agents anesthésiques* (1), le Pr Brouardel, examinant les prétendues contre-indications du chloroforme, répondait nettement à cette question :

« On a parlé, disait-il, de l'alcoolisme. Si l'alcoolisme constituait une contre-indication, je m'imagine que l'on endormirait rarement les malades de nos hôpitaux. A moins de lésions alcooliques graves, je pense qu'il n'y a là aucune contre-indication. »

Ainsi pensait le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, mais son opinion ne fait pas partout autorité. Le Bon Juge de Château-Thierry, redresseur attitré des méfaits de notre jurisprudence surannée, prétend, à l'encontre des experts, que les alcooliques ne doivent pas être soumis au chloroforme ; ou plutôt il demande (ce qui en pratique revient exactement au même) qu'avant de proposer à un alcoolique la chloroformisation, le médecin doit obtenir son acquiescement après lui avoir fait remarquer

(1) P. Brouardel. — Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques. (Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris). J.-B. Baillière, édit., 1896.

la possibilité d'un dénouement fatal. Voilà, du reste, le considérant du jugement récent du tribunal de Château-Thierry où la nouvelle jurisprudence du Président Magnaud est nettement exposée :

« Considérant.... dit le jugement, qu'avant de pratiquer la dangereuse anesthésie de X... par le chloroforme, surtout pour procéder à un simple examen, (le médecin) Z. a négligé de le prévenir des chances de mort qu'il pouvait courir ;

« Qu'il le devait d'autant plus qu'il savait X. teinté d'alcoolisme et que les syncopes fatales étaient par conséquent plus à redouter ;

« Attendu qu'en administrant le chloroforme à X, sans avoir obtenu de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible, alors que l'existence de l'intéressé n'était pas menacée par le *statu quo* (le médecin) Z. a commis une faute lourde engageant complètement sa responsabilité ; » etc.

Il s'agit là d'une affaire datant déjà de quelques mois, dont nous avons eu en mains toutes les pièces, et qui va venir devant la Cour d'appel, nous croyons intéressant de la relater et de la commenter.

Un médecin de campagne, vieux praticien expérimenté, fort estimé dans son pays, fut appelé à soigner un individu qui, au cours d'une rixe, s'était luxé l'épaule. Le médecin tenta la réduction. Cependant, le lendemain et les jours suivants, le malade souffrait encore et certains mouvements étaient fort limités ou impossibles. Ne pouvant faire un examen complet, tant à cause de la douleur que du gonflement survenu à l'épaule luxée, le médecin proposa un examen sous le chloroforme. Le malade accepta et le praticien se mit en devoir de procéder à l'anesthésie.

Rompu à la pratique de la chirurgie d'urgence, ce n'était pas, certes, pour la première fois que notre confrère donnait le chloroforme.

Il eût pu demander le concours d'un autre médecin, mais l'unique confrère de la localité, en froid avec lui, lui avait déjà refusé son aide. Quant à faire venir un médecin éloigné, c'eût été, sans grande nécessité, augmenter les frais de la maladie, et le blessé n'était pas riche. Du reste, le médecin comptait bien, après avoir obtenu une anesthésie légère, se borner à un simple examen clinique ; il désirait pour cela n'être plus gêné dans son investigation par l'intolérante sensibilité du malade ; puis il aurait remis à plus tard, s'il y avait lieu, une intervention qui eût nécessité des aides expérimentés.

Le malade se laissa endormir avec l'appréhension la plus vive. Il aurait même dit à un des assistants ; « Tu viens donc à mon enterrement ». Le médecin le rassura, lui fit respirer à deux reprises quelques gouttes de chloroforme. Une courte période d'excitation survint au cours de laquelle le blessé se raidit, son visage se congestionna et le malade tomba aussitôt en syncope, syncope dont il ne put revenir.

Aucune faute technique ne pouvait être relevée. Le blessé était à jeun, il était couché la tête basse, la poitrine découverte et la dose de chloroforme absorbée par lui était insignifiante. Tout le possible fut tenté pour le rappeler à la vie. Flagellations avec un linge imprégné d'eau froide, sur le visage et la poitrine, insufflation d'air dans la bouche, tractions de la langue, respiration artificielle prolongée, piqûres d'éther, rien n'y fit.

Le chloroforme analysé fut reconnu pur. La famille de la victime intenta un procès au médecin qu'elle considérait comme responsable. Le tribunal de Château-Thierry commit par jugement un expert, médecin légiste de Paris, qui relata dans son rapport les faits que nous venons de résumer. Il conclut en toute sincérité, après avoir entendu toutes les dépositions des témoins, que le médecin poursuivi n'avait pas commis de faute, qu'il avait fait tout son devoir et qu'on ne saurait le rendre responsable d'un malheur. Le Tribunal admit les conclusions de l'expert, mais il fut rechercher la faute lourde avant la chloroformisation. Se basant sur les considérants que nous avons reproduits, il affirma que le médecin, sachant son malade alcoolique, aurait dû le prévenir de la possibilité d'un accident fatal et ne l'endormir qu'après avoir obtenu dans ces conditions l'acquiescement du blessé.

Tels sont les faits. Nous espérons que la Cour d'appel ne ratifiera pas le jugement du tribunal de Château-Thierry. Si ce jugement faisait jurisprudence, il rendrait en principe toute intervention chirurgicale impossible.

La lecture du rapport du médecin expert montre que le malade était fort au courant des dangers qu'il pouvait courir puisqu'il dit à un témoin, au moment même où l'on allait lui donner le chloroforme : « Tu viens donc à mon enterrement ».

Cette constatation, précieuse pour l'avocat de notre confrère, est pour nous d'une importance secondaire. Au point de vue professionnel, c'est le principe qu'il faut envisager.

Cette victime de la chloroformisation est indiscutablement morte de la syncope initiale par réflexe inhibitoire, assez fréquente au cours de la période d'excitation de l'anesthésie chloroformique. L'étiologie de cet accident est encore totalement inconnue. Nous avons parcouru les discussions approfondies, qui, au cours de 1902, eurent lieu à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie sur les accidents dus à l'anesthésie chloroformique. On y rapporta un grand nombre d'observations de syncope initiale. Aucun chirurgien n'attribua dans cet accident un rôle quelconque à l'alcoolisme.

M. Quénu (1) pensait alors que l'état psychique du malade était un facteur important et conseillait de ne pas endormir les malades dans la salle d'opération. M. Lucas-Championnière affirmait que rien ne pouvait expliquer cette syncope initiale, ni l'état du sujet, ni la qualité de l'anesthésique, ni la manière dont il a été administré (2). A l'Académie de médecine, où MM. Huchard, Berger, Chauvel, Le Dentu, Lucas-Championnière, Richelot, Reynès, Guyon, Brouardel, Prunier, Panas, Poncet, Delorme, Marty, Renault (de Lyon), etc., firent tour à tour connaître leur opinion, l'alcoolisme ne fut jamais cité comme cause prédisposante aux accidents chloroformiques et la grande majorité des membres de l'Académie s'accorda même à ne pas considérer les affections cardiaques comme des contre-indications de la chloroformisation.

Aussi, nous espérons que la Cour d'appel, mieux informée, réformera le jugement du Tribunal de Châ-

(1) *Soc. de chirurgie*, 8 janvier 1902.
(2) *Soc. de chirurgie*, 29 janvier 1902.

★

teau-Thierry ; elle pensera qu'en voulant poursuivre un idéal de justice absolue placé trop haut, on risque de tomber dans les pires iniquités, que le vieil adage : *summum jus, summa injuria*, a toujours sa valeur. Peut-être se trouvera-t-il un avocat ou un expert pour poser la question de principe, la plus importante, la seule vraiment importante en l'espèce, et qu'il répètera aux magistrats les paroles que Velpeau, dans un cas analogue, prononçait à la Cour de Paris, peu après la découverte du chloroforme :

« Vous tenez entre vos mains, disait-il, l'avenir de la chirurgie. La question intéresse le public plus que le médecin. Si vous condamnez le chirurgien qui a employé le chloroforme, aucun de nous ne consentira à l'employer désormais ; aucun médecin, s'il sait qu'à la suite d'un accident impossible à prévoir, il encourt une responsabilité, ne voudra plus l'administrer. C'est à vous de maintenir l'abolition de la douleur ou de la réinventer. ».

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 décembre 1905.

Spirochète dans les taches de roséole syphilitique.

MM. Veillon et Girard ont étudié les taches de roséole au début et ont décelé le sphirochète de Schaudinn par la méthode Levaditi. Les coupes montrent la valeur pathogène du spirochète qu'on voit nettement dans une lésion à l'abri d'infection secondaire. Les lésions de la roséole syphilitique au début sont de la congestion intense des capillaires avec infiltration péri-vasculaire. Le spirochète de Schaudinn se distribue dans la peau de façon à expliquer la pathogénie de la roséole. La tache congestive n'est pas une lésion toxique, mais une embolie du parasite par le sang qui se fixe dans les capillaires terminaux des papilles ; il provoque une congestion. La présence hors des vaisseaux et le début d'infiltration font soupçonner des lésions plus profondes papilles.

Lésions périvasculaires de la sclérodermie généralisée.

MM. Alquier et Touchard avaient déjà, dans une autopsie de sclérodermie généralisée et intense (sclérodactylie) observé, sur les points où la lésion était peu intense, de la sclérose périvasculaire contrastant avec l'intégrité du tissu connectif plus éloigné des vaisseaux. Sur des malades atteints de sclérodermie généralisée, au moyen de biopsies, les auteurs ont vu, sur des points peu atteints et sur des points très atteints, la présence, autour des capillaires sanguins, de nombreuses cellules allongées du tissu connectif (Mastzelle). De ces séries d'études, les auteurs concluent que :

Dans la sclérodermie généralisée, à un stade de début, il y a, autour des petits vaisseaux sanguins, des cellules allongées de tissu connectif (Mastzelle), dont le nombre est en raison inverse du degré de sclérose et diminue à mesure que la maladie progresse. C'est donc par une irritation périvasculaire que débute la sclérose conjonctive. Or, en même temps, on constate dans les petits vaisseaux, de la tuméfaction de l'endothélium avec épaississement des lésions dégénératives de la paroi. Il s'agirait donc, étant donné ce début vasculaire, d'une intoxication sanguine.

Evolution générale des actes hématolytiques.

M. Froin. — Dans le liquide céphalo-rachidien, les globules rouges peuvent se conserver intacts longtemps et quand ils s'altèrent, leur hémoglobine est dissoute, non détruite. Au cours des hémorrhagies méningées, le liquide conserve une constitution chimique presque normale, et l'hémoglobine se transforme rapidement en pigment jaune. Or les seuls éléments étrangers au liquide sont les globules rouges et les leucocytes provenant de la diapédèse.

De 128 examens faits sur 56 hémorrhagies méningées, l'auteur déduit que : 1° la résorption des globules rouges est d'abord massive et en apparence spontanée pour se ralentir ensuite pour coïncider avec une macrophagie locale apparente.

2° L'hémoglobinalyse, ou transformation en pigment jaune de l'hémoglobine ne concorde pas tant avec une forte leucocytose qu'avec la présence simultanée de polynucléaires neutrophiles ou de mononucléaires. Le liquide d'une hématurie peu dilué est très jaune et présente la réaction de Gmelin.

3° La globulolyse prédomine quand le foyer hémorrhagique ne contient plus que quelques globules rouges, et quand les lymphocytes et les macrophages sont prépondérants dans l'hématurie il y a alors peu de pigment jaune.

Propriétés acido-résistantes des acides gras et du bacille tuberculeux.

MM. J. Camus et Pagniez ont déjà montré la similitude des lésions causées dans le tissu par les acides gras et par les bacilles tuberculeux. Ces acides ont la propriété acido-résistante, et traités par les méthodes de Ziehl et d'Ehrlich, réagissent comme les microbes tuberculeux. Les produits du bacille tuberculeux traités par l'éther et le chloroforme sont des acides gras libres et des graisses neutres. Le bacille tuberculeux contient donc des acides gras libres, et les propriétés acido-résistantes qui servent à le différencier proviennent de là.

Activité nucléaire des cellules rénales.

MM. Nattan-Larrier et Ribadeau-Dumas concluent, d'expériences sur 6 cobayes, que les cellules rénales, au cours de lésions rénales subaiguës, participent par leur noyau à la sécrétion pathologique. Cette activité nucléaire est représentée par la production régulière ou anormale de filaments basaux et d'affinités tinctoriales spéciales.

Destruction du virus rabique dans la cavité péritonéale.

M. Remlinger.— Le virus rabique, tant en sac qu'en émulsion épaisse, introduit dans le péritoine du chien, perd rapidement ses qualités virulentes : après 1 heure, diminution ; après 12 heures, suspension de la virulence. Edwars-Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier.

Au début de la séance, M. Guéniot vice-président, remplaçant M. Léon Colin malade, résume avec beaucoup de bonheur les travaux de l'Académie en 1905.

M. Guéniot annonce en termes émus la mort de MM. Mégnin et Renon.

M. Cadiot donne lecture du discours prononcé par lui, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Mégnin.

M. Brouardel présente un ouvrage du Pr Morache, de Bordeaux, étudiant les divers degrés de la responsabilité criminelle.

M. Poncet présente une thèse du Dr Mangenot résumant ses recherches sur la polyarthrite du conventionnel Couthon et montrant son origine tuberculeuse.

Le tétanos.

Le Pr Kelsch présente un travail de M. Vincent, du Val-de-Grâce. Ce travail est fort important pour la pathogénie du tétanos. Il offre en outre un grand intérêt pour l'étiologie générale des maladies infectieuses.

M. Vincent observa un cas de tétanos suraigu chez un soldat, sur lequel on ne découvrit que des égratignures insignifiantes, mais qui avait, sept ou huit jours auparavant, subi, au cours d'une marche pendant les chaleurs, un commencement d'insolation.

Il pensa que la haute température avait dû jouer ici un rôle, en communiquant au microbe une virulence particulière. Il inocula donc 1/5 de centimètre cube de culture filtrée du bacille de Nicolaier — debarrassée ainsi des atoxines

— à deux cobayes, dont l'un fut placé pendant quelque temps dans une étuve où la température était poussée de 40 degrés à 42 degrés. Sorti de l'étuve, le cobaye, qui paraissait d'abord remis, fut pris, au bout de trois jours, de symptômes de tétanos suraigu, avec dispersion des bacilles dans tout l'organisme, — ce qui est rare pour le microbe du tétanos, ordinairement localisé au lieu d'inoculation, — tandis que le cobaye non chauffé continuait à se bien porter. M. Vincent par d'autres expériences put constater qu'à ces températures, ce n'est pas la virulence du microbe qui s'exalte, mais la défense de l'organisme qui diminue : les leucocytes polynucléaires, les phagocytes chargés d'absorber les microbes au point d'attaque, sont paralysés et sans action ; de là la pénétration rapide du bacille dans toute l'économie.

M. Kelsch rapproche cette importante expérience du rôle des chaleurs dans d'autres maladies infectieuses (fièvre typhoïde, choléra) du rôle thérapeutique des bains froids dans les infections et surtout la fièvre typhoïde.

Pour le tétanos, le fait de M. Vincent semble en opposition avec le rôle souvent observé du refroidissement (blessés des campagnes d'hiver). Mais il n'est pas impossible que l'hypothermie diminue les défenses organiques aussi bien que l'hyperthermie. M. Kelsch engage vivement M. Vincent à reprendre ses expériences sur des cobayes soumis à un refroidissement artificiel. On aura ainsi une étude très complète et très curieuse sur les causes du tétanos.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1905.

Branchiomes de la région sous-maxillaire (suite).

M. Arrou se souvient avoir opéré, il y a trois ans, une femme de 68 ans, portant une tumeur dans la région sous-maxillaire droite. Le diagnostic était : tumeur maligne de la glande sous-maxillaire. M. Arrou opéra. La tumeur était adhérente au muscle mylo-hyoïdien dont la moitié correspondante fut enlevée. L'examen histologique, pratiqué par M. Durante, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine branchiale ayant subi l'envahissement muqueux.

La malade mourut quatre mois après, en pleine récidive.

M. Le Dentu, revenant sur la question, passe en revue tous les cas de cancer primitif des ganglions du cou qu'il lui a été donné d'observer jusqu'à ce jour et, pour ceux dont l'observation est complète et comprend l'examen histologique, pense pouvoir établir rétrospectivement le diagnostic de branchiome malin.

La cholédoco-entérostomie (suite).

M. Delbet insiste sur ce point d'anatomie bien établi par Wiart dans sa thèse, à savoir : la jonction très tardive du canal cystique et hépatique pour former le canal cholédoque. Celui-ci paraît commencer très haut, tandis qu'il naît, en réalité, très bas, derrière le duodénum, tellement que Wiart ne lui reconnaît pas une portion sus-duodénale. Il en résulte que l'on croit souvent qu'il s'agit d'un calcul du cholédoque lorsqu'il ne s'agit que d'un calcul du canal cystique.

Il faut donc reprendre l'étude du signe classique de Courvoisier-Terrier d'après lequel l'obstruction calculeuse du cholédoque s'accompagne, dans la grande majorité des cas, d'une atrophie de la vésicule biliaire. En réalité, le calcul siège la plupart du temps dans le canal cystique et l'on comprend ainsi que la vésicule, ne recevant plus de bile, s'atrophie. Au contraire, lorsque c'est le cholédoque qui est obstrué, que ce soit par un calcul ou par une compression extérieure, la vésicule est dilatée.

Par contre, l'obstruction du cystique par un calcul, ou par une compression extérieure, s'accompagne toujours d'atrophie de la vésicule. C'est donc, en définitive, une notion de *siège de l'obstacle* à substituer à la notion de *nature* de l'obstacle.

Au point de vue opératoire, M. Delbet est d'avis que dans les cas d'obstruction du canal double cystico-hépatique, ce qu'il faut faire, c'est, non pas une cholécystentérostomie ni même une cholédocoentérostomie, mais une hépatico-entérostomie.

D'une manière générale, M. Delbet préfère les anastomoses bilio-intestinales aux fistules cutanées.

La chloroformisation (suite).

M. Legueu, après M. Faure, vient faire l éloge de l'appareil de Ricard qu'il a expérimenté, dans son service de Bicêtre, environ 200 fois. La quantité de chloroforme employée est minime, surtout si l'on considère la dose d'entretien (moyenne de 29 grammes à l'heure pendant la seconde demi-heure). La période d'excitation est moins fréquente et moins accusée : elle a manqué 100 fois. Quant aux vomissements, ils ont beaucoup diminué pendant l'anesthésie, mais après l'opération, leur proportion est restée à peu près la même.

M. Legueu voudrait faire apporter deux modifications : la première concerne la soupape supérieure qui, lorsque le malade est couché sur le côté (opérations sur le rein) cesse de fonctionner régulièrement ; la deuxième concerne le tube de caoutchouc qui se plie dans certaines positions et qu'on pourrait remplacer par un tube métallique.

Vacances du jour de l'An.

La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 10 janvier.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 décembre.

Cette dernière séance de l'année a été consacrée selon la coutume, au résumé général des travaux et à la lecture de courtes notices sur les membres décédés. M. le secrétaire général, le Dr Siredey, s'est acquitté de cette tâche délicate et difficile avec beaucoup de tact et en une forme littéraire très soignée.

Nous renvoyons nos lecteurs au *Bulletin* de la société pour les notices complètes, ne donnant ici que quelques dates :

M. le Dr H. Soupault (1864-1905), né à Villeneuve-le-Roi le 15 août 1864, de famille riche, fit ses humanités au collège Stanislas, fut nommé interne des hôpitaux en 1889, présenta sa thèse sur « les Dyspepsies nerveuses » en 1893 et fut nommé médecin des hôpitaux en 1900. C'est dans le service de M. le Prof. Debove qu'il commença ses études des maladies du tube digestif pour s'y spécialiser avec succès. Collaborateur de MM. Debove et Achard, de M. Hartmann, pour la chirurgie gastro-intestinale, de M. le Dr Mathieu, il publia une série de travaux remarquables qui lui ont valu sa place parmi les spécialistes. Il était déjà atteint de la maladie qui devait l'emporter lorsqu'il entreprit la publication de son *Traité des maladies de l'estomac*. Ce volume a paru quelques jours après sa mort.

M. le Dr Lecorché (1830-1904), né le 30 mars 1830 a Saint-Mards-en-Othe, fut un des meilleurs élèves du collège de Troyes, fit ses études de droit et de médecine, fut nommé interne en 1854 et présenta en 1858 sa thèse : « De l'observation de la vision dans la néphrite albumineuse (maladie de Bright ». Il tenta de se spécialiser un moment en oculistique à la suite de ses études spéciales; il se consacra pendant un moment à la médecine thermale, pour aborder dans la suite définitivement les concours. Il fut nommé agrégé en 1866, et médecin des hôpitaux en 1872. Il étudia spécialement les *Maladies du rein, de la nutrition* (*Goutte, diabète*). Ayant abandonné depuis 1894 ses fonctions, il se retira dans son pays natal, où il mourut le 12 décembre 1904.

M. le Dr Hervieux (1818-1905). Entré à l'Ecole Normale en 1838, il quitta les lettres pour la médecine. Interne en 1844, docteur en 1847 (thèse : ictère des nouveau-nés), il fut nommé au bureau central en 1857. Envoyé comme chef de service à la Maternité, il y resta jusqu'à la fin de sa carrière (1883). Frappé de la mortalité effrayante des maternités, il en étudia la cause et c'est ainsi que parut son « *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches* » et qu'il joua le rôle prépondérant dans les discussions fameuses sur ce sujet. Il croyait à l'*empoisonnement puerpéral*, théorie qui contribua à renforcer l'idée de contagion, que devaient démontrer les travaux de Pasteur et de son école.

C'est Hervieux qui remplaça la vaccine humaine par la vaccine animale.

M. le Dr Du Castel (1846-1905) docteur en 1872, médecin du bureau central en 1880 ; il étudia surtout la vénéréologie et la dermatologie à l'hôpital du Midi et à St-Louis.

M. le Dr Guyot (1828-1905). Nommé médecin du bureau central en 1864, il remplaça Hervieux à la Maternité et, comme lui fut frappé de la terrible mortalité de ce service. C'est grâce à son énergique initiative que des mesures d'hygiène plus sévères furent prises. Il signala à chaque instant les négligences et les abus administratifs et c'est à lui et à Hervieux qui revient le mérite des améliorations des maternités. Consciencieux et exact dans sa profession hospitalière, il forma une phalange d'élèves travailleurs et sérieux (Rendu, Duflocq, Chevalier) auxquels il a eu la douleur de survivre.

M. le Dr Mauriac (1832-1905). Médaille d'or en 1858, médecin des hôpitaux en 1862, il fit une thèse de doctorat sur « les altérations de la fibre cardiaque et leur importance dans la pathogénie de cet organe ». Après avoir essayé de la gynécologie, il se cantonna plus tard dans la vénéréologie. Fin lettré, musicien, artiste, il voyageait beaucoup jusque dans les derniers jours de sa vie. Il est mort dans son pays natal (Dordogne). Friedel.

Pour l'année 1906, le bureau de la Société médicale des hôpitaux est composé de la façon suivante : président : M. Letulle ; vice-président : M. Barth, secrétaire général : M. Siredey ; trésorier : M. Hudelo ; secrétaires des séances : MM. Josué et Gasne.

HYGIÈNE DOMESTIQUE

Le choix d'un logement, son aménagement, son entretien (1)

Par Paul Juillerat,

Chef du Bureau de l'Assainissement de l'habitation et du Casier sanitaire des maisons de Paris.

Je ne vous apprendrai rien en vous répétant qu'une des conditions nécessaires pour conserver la santé est d'habiter un logement salubre. Depuis plus de cinquante ans tous les hygiénistes, à l'envi, proclament ce principe. Et pourtant, combien d'entre vous peuvent se vanter d'habiter un logement qui ne constitue pas un danger permanent pour leur santé et celle de leur famille ? Je voudrais tâcher de dégager devant vous et de faire pénétrer dans votre esprit, avec tout l'absolu d'un dogme, un certain nombre de principes qui devront vous guider dans le choix d'un logement.

Dans la plupart des cas, on loue un appartement parce que le quartier vous plaît, parce qu'il est voisin soit d'amis que l'on tient à voir, soit de théâtres que l'on aime fréquenter ; on examine si le salon est bien décoré, si la distribution des pièces permet l'exercice facile des devoirs ou des plaisirs mondains, si les meubles que l'on possède peuvent y trouver place. Dans d'autres cas, on prend au hasard, parce que la maison est proche des lieux où vous appellent vos occupations habituelles. Des conditions de salubrité du logement on ne se soucie guère. Tout au plus demande-t-on qu'il y ait de l'eau et que les W. C. soient du système « tout à l'égout ». Eh bien ! le choix d'un logement est beaucoup plus compliqué que cela et nous verrons que nous devons nous guider par des considérations toutes différentes de celles que l'on envisage le plus souvent. Comme, en somme, le logement est appelé à jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie de la tuberculose, nous examinerons d'abord les conditions qu'il doit remplir pour nous mettre autant que possible à l'abri de la contagion et nous nous apercevrons bien vite que le logement anti-tuberculeux est précisément le logement idéal.

La tuberculose, en effet, tue chaque année 12.000 Parisiens, causant ainsi plus du 5e du nombre total des décès. Elle est à elle seule trois fois plus meurtrière que toutes les autres maladies contagieuses réunies. Elle frappe dans tous les milieux sociaux, depuis le plus riche jusqu'au plus misérable. Comment procède-t-elle ? La tuberculose est due au développement, dans l'organisme, d'un microbe, d'un bacille, le bacille de Koch. Pour devenir tuberculeux, il faut donc introduire ce bacille dans l'économie ; il faut aussi que ce bacille trouve dans nos organes un terrain favorable à son développement, c'est-à-dire que notre organisme soit vis-à-vis de ce bacille dans un état de moindre résistance, déprimé, anémié, dépourvu d'énergie vitale. A ces deux conditions indispensables pour devenir tuberculeux, il en faut joindre une troisième : il faut que l'action du microbe soit répétée et prolongée pendant un temps assez long.

Le bacille de Koch est des plus résistants ; il n'est pas détruit par la plupart des antiseptiques usuels. Il pullule dans les crachats ou les suppurations des tuberculeux et est disséminé par eux, par myriades, dans les locaux qu'ils habitent, ou dans lesquels ils séjournent, même quelques instants. Le tuberculeux, sauf pendant la dernière période de son mal, n'est pas alité. Il va, vient, vaque à ses occupations habituelles pendant des mois, des années même. Et pendant tout ce temps, dans la rue, au bureau, à l'atelier, dans toutes les parties de son logement, partout où il passe et séjourne, il tousse, crache, répandant autour de lui par millions, dans ses crachats, dans les buées qu'il projette en toussant, les bacilles meurtriers. Ces bacilles innombrables, mêlés aux poussières, peuvent conserver pendant des mois et même des années, leur redoutable virulence, Si l'on réfléchit qu'à Paris des milliers d'hommes et de femmes promènent de tous côtés, pendant des années, des tuberculoses ouvertes, on frémit du danger permanent auquel on est exposé. Qui peut prétendre, quelle que soit sa position sociale, qu'il ne recevra jamais chez lui un tuberculeux, visiteur ou domestique, qui déposera dans son logis le redoutable germe ?

L'homme serait presque désarmé contre cet ennemi si la nature ne lui avait suscité un redoutable adversaire dans la lumière solaire. Comme tous les malfaiteurs, en effet, le bacille de Koch aime l'ombre ; la lumière solaire le met en déroute et nous avons pu dire comme conclusion de nos études sur la répartition de la tuberculose à Paris, que « la tuberculose est la maladie de l'obscurité ». Tout local obscur, que ne visitent pas les rayons solaires, peut devenir, si un tuberculeux y séjourne même accidentellement, un dangereux réceptacle où le bacille s'installera à demeure, pour infecter successivement tous ceux qui viendront l'habiter. Au contraire, un local clair, dans lequel les rayons solaires pénètrent sans obstacle, pourra être souillé par les crachats d'un phtisique ; il s'assainira tout seul en quelques minutes ou quelques heures au plus et ne pourra jamais devenir un foyer de contagion. Ces faits, que les travaux de Koch, d'Edwin Solly, de Grancher, de Brouardel, avaient mis en lumière, ont été confirmés par les belles recherches de M. le docteur Louis Rénon, les patientes investigations de Noir dans le quartier Saint-Sévérin, de Paul Strauss, de Fillassier de Mosny, de Lucien Graux, de toute une pléiade de chercheurs philantropes et aussi par les études que nous avons entreprises, au moyen des documents du Casier sanitaire, sur la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris pendant les onze dernières années. Ainsi donc nous possédons un moyen sûr, peu coûteux, d'un emploi facile, pour détruire le bacille de Koch, c'est la lumière solaire.

Cette vérité, si grosse de conséquences, a été établie il y a vingt ans. Vérifiée maintes fois, depuis, par les savants de toute nation, aujourd'hui elle est, si je puis m'exprimer ainsi, tombée dans le domaine public. Et pourtant l'action bienfaisante du soleil est connue depuis les origines de l'histoire.

Les Aryas, nos ancêtres, le révéraient sous le nom d'Indra, la forme céleste d'Agni, le feu créateur. Les théogonies mexicaines et péruviennes avaient comme dieu suprême

(1) Cette conférence a été faite au Grand Palais par M. Paul Juillerat à la suite du Congrès international de la tuberculose.

l'Astre qui vivifie et met en fuite toutes les puissances destructrices. Les empereurs du Mexique, comme les Incas du Pérou, comme les Pharaons de l'Egypte antique, se glorifiaient du titre de fils du Soleil. Le proverbe persan dit : « Où entre le soleil, le médecin n'entre pas. » De nos jours, une tribu de l'Arizona, les Hopis, nous semble avoir réalisé d'une façon saisissante les desiderata de l'hygiène moderne. Chez eux, il est interdit de construire une maison qui masque le soleil à une maison existante. Que ne prend-on chez nous exemple sur ces sauvages ? Cela prouve une fois de plus que la science humaine est un perpétuel recommencement et que l'on redécouvre sans cesse des faits déjà connus depuis des siècles.

Ces constatations nous amènent à ce premier principe : on doit choisir un logement que les rayons solaires visitent chaque jour dans toutes ses parties. Dans un tel logement, en effet, le bacille de Koch peut être introduit, il n'y restera pas. Quelques heures d'insolation le détruiront à coup sûr, On comprend dès lors que si toutes les pièces habitées d'une ville étaient chaque jour ensoleillées, la part énorme qui revient à la contagion dans le développement de la tuberculose serait réduite à zéro ; la tuberculose ne serait plus qu'une maladie ordinaire, individuelle, dont la science bientôt pourrait restreindre les ravages.

Ce ne sont pas là des vues théoriques: l'expérience, l'observation directe, en ont démontré la justesse. A Paris, nous avons constaté par une observation poursuivie pendant onze années que la tuberculose se localisait dans les maisons et les logements obscurs; que les étages supérieurs des maisons, bien éclairés, étaient moins durement frappés que les étages inférieurs sombres ; que la tuberculose, une fois introduite dans une maison mal éclairée, située dans une rue étroite, pourvue de cours insuffisantes, n'en sortait plus et continuait, malgré toutes les précautions que l'on pouvait prendre, à y décimer la population.

Au contraire, les maisons indemnes sont celles qui sont largement éclairées, dans des rues larges, avec des cours spacieuses. Rénon, dans son magistral ouvrage sur les *Maladies populaires*, que doit lire et méditer tout homme qu'intéresse l'avenir de notre race a dépeint les ravages du logement obscur. Le Dr Noir nous a montré, par des exemples vécus, que tous les autres facteurs, l'encombrement même, étaient secondaires quand on les compare à l'obscurité des logements.

La conclusion de toutes ces études, de tous les travaux des savants, la seule qui s'impose, c'est que, pour pouvoir braver le danger que fait courir à nous et à notre famille la tuberculose, il faut, je le répète, habiter un logement dont toutes les parties sont chaque jour visitées par les rayons solaires. A Paris, de tels logements sont relativement rares, malheureusement. Il faut donc savoir comment il est possible de les découvrir. Si le logement que vous avez en vue s'étend sur une seule façade de la maison, vous ne devez admettre qu'une des trois expositions est, ouest et sud, à l'exclusion du nord. Si votre appartement, ce qui est le plus fréquent, doit présenter deux faces, ces deux faces doivent respectivement regarder les régions est et ouest, c'est-à-dire que la rue doit, autant que possible, se rapprocher de la direction nord-sud.

Dans les rues étroites, celles de 12 mètres, dans les maisons pourvues de cours modernes de 5 à 6 mètres de large, ce n'est qu'à partir du 4e étage que les logements, même les mieux orientés, peuvent recevoir une insolation suffisante. Pour obtenir ce résultat dans les étages inférieurs, il faut des voies de 15 ou 20 mètres et des cours exceptionnelles, surtout dans la construction moderne. Il faut que la grandeur des fenêtres soit proportionnée à la surface des pièces, à éclairer.

Il ne suffit pas que les pièces que vous habiterez, vous et les vôtres, soient largement ensoleillées ; il faut que le soleil pénètre dans la cuisine de votre appartement. On ne saurait trop répéter qu'une cuisine obscure peut devenir, même pour un appartement clair, un foyer redoutable de contagion semant le deuil dans une famille. Tout le monde sait, et les hygiénistes les plus autorisés, Brouardel, Landouzy, Grancher, l'ont maintes fois signalé, que les domestiques fournissent dans les villes un contingent excessif à la mortalité tuberculeuse. La cause en est à l'obscurité de la plupart des cuisines. Dans la cuisine, en effet, où se trouvent réunis l'évier, la boîte à ordures, le fourneau potager et le garde-manger, la bonne, qui y séjourne 14 ou 15 heures par jour, se trouve déjà placée dans des conditions de milieu défavorables à la santé ; en fait, les domestiques, après quelques années de séjour dans une grande ville, sont presque toutes anémiées, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables pour devenir la proie du bacille tuberculeux.

Si une domestique tuberculeuse a séjourné dans une cuisine obscure, et il en est bien peu qui ne soient pas dans ce cas, les bacilles qu'elle y a déversés par millions, en toussant, en crachant, s'y installent à demeure ; ils se glissent dans toutes les fissures, dans tous les recoins, partout où la poussière s'entasse. A partir de ce jour, toute domestique qui habitera cette cuisine, anémiée déjà par son genre de vie, couchée chaque nuit dans une mansarde, glaciale en hiver, torride en été et par conséquent impropre à lui permettre un sommeil réparateur, est presque fatalement condamnée à contracter l'impitoyable maladie. Ces domestiques successives contaminent sans cesse l'appartement tout entier, les corridors, les W. C., partout où le soleil ne pénètre pas librement. Vienne une fatigue, un surmenage quelconque chez quelque membre de la famille, à son tour il est frappé. On voit qu'en dehors des raisons d'humanité qui doivent nous pousser à protéger la vie et la santé de ceux qui nous servent, notre intérêt même exige qu'il en soit ainsi.

Le second point que nous devons considérer quand nous choisissons un logement, c'est que les dispositions en soient telles que notre santé générale puisse s'y conserver intacte.

Jules Arnould définit ainsi les conditions de l'habitation salubre : « L'idéal de l'habitation serait évidemment une « création qui soustrairait l'individu, la famille ou les grou- « pes à l'action des propriétés physiques de l'atmosphère, « dans la mesure convenable et rien que dans cette mesure; « en même temps qu'elle permettrait aux intéressés de jouir « de l'intégralité parfaite des propriétés chimiques et biolo- « giques de l'air. »

Une telle habitation est celle dont l'air, incessamment renouvelé, est toujours pur, qui vous protège contre les variations de la température extérieure, dont aucune émanation malsaine ne vient vicier l'atmosphère.

Les appartements ainsi compris ne sont pas rares dans les maisons modernes. On y trouve des pièces vastes, des murs d'une épaisseur suffisante, des appareils presque parfaits pour l'évacuation rapide des matières usées, de l'eau pure en abondance. On y trouve moins souvent de bons appareils de chauffage. Les calorifères à air chaud sont détestables ; tous vicient l'air des pièces et souvent y déversent de l'oxyde de carbone dont, même quand il n'est pas à dose mortelle, les effets anémiants sont aujourd'hui connus. Vous éviterez donc avec soin les maisons chauffées par ce procédé. Evitez également les maisons dans lesquelles on fait usage des appareils de chauffage à combustion lente. Tous sont dangereux et l'on ne compte plus les accidents dont ils sont causes. Une bonne cheminée, munie d'une ventouse, où brûle du bois bien sec est encore le mode de chauffage le plus recommandable. Dans un tel logement, rien ne sera une cause de diminution de vitalité pour vos organes, et vous et les vôtres présenterez toujours à la contagion les conditions de plus grande résistance. Si vous y joignez l'influence bienfaisante de l'action directe des rayons solaires, vous pouvez être sans crainte : sauf dans des cas bien rares, la tuberculose ne saurait vous atteindre.

En résumé, choisissez un appartement bien aéré, facile à chauffer, pourvu de vastes fenêtres, exposé de telle sorte que le soleil pénètre chaque jour quelques heures dans toutes les pièces, comportant une cuisine vaste, largement ensoleillée. Fuyez les appartements sombres, repoussez les cuisines obscures, : redoutez les maisons chauffées par des calorifères à air chaud ou des appareils à combustion lente,

et vous aurez supprimé pour vous et les vôtres les principales chances de contamination tuberculeuse.

Supposons que vous ayez choisi un logement répondant à toutes ces données, il faut encore que les aménagements que vous lui ferez subir ne détruisent pas les bons effets de ses dispositions. Ici, c'est à vous, Mesdames, que je fais surtout appel parce que la décoration intérieure de l'appartement est votre domaine. Il ne faut pas de rideaux aux fenêtres, ou plutôt, il ne faut pas que les rideaux ni les persiennes soient fermées pendant le jour. Tout au plus en été, pendant la grande chaleur, est-il permis de les fermer aux heures les plus chaudes du jour. Je sais bien que vous allez vous récrier ! Le soleil mange les couleurs des tentures, des tapisseries ; il abîme !!! le mobilier. Certainement. Mais que voulez-vous y faire ? Il faut choisir entre la conservation de votre mobilier et celle des êtres que vous aimez. Il faut bien vous pénétrer de cette vérité que toute année que vous ajouterez à l'existence de vos étoffes et de vos tentures par une obscurité soigneusement entretenue, peut représenter une année que vous retranchez à l'existence d'un des vôtres. Je ne me permettrai pas de croire que vous hésiterez un instant dans votre choix.

Une autre précaution non moins importante, c'est d'éviter le balayage à sec. Il faut essuyer les meubles, les murs, avec un linge humide pour éviter de disperser les poussières toujours dangereuses, répandre sur les parquets et les tapis quelques poignées de sciure de bois humide avant de les frotter ou de les balayer. Un excellent mode de nettoyage des tapis à demeure, tapis dont l'usage ne laisse pas que d'être assez dangereux et qu'il serait désirable de faire disparaître, est l'aspiration par le vide. Mais il n'est applicable, vu son prix élevé, que pour de grands appartements. Je ne poursuivrai pas plus loin mes conseils. Vous êtes toutes, Mesdames, des maîtresses de maison accomplies et ce serait de l'outrecuidance de ma part d'insister sur l'entretien de votre logis. Je dois ajouter toutefois qu'il est indispensable, chaque fois que vous avez congédié une domestique, de faire désinfecter à fond non seulemennt la mansarde, mais aussi et surtout la cuisine. Il faut aussi faire désinfecter, avant de l'habiter, tout appartement dans lequel vous devez vous installer.

Ce que j'ai voulu vous dire, vous démontrer, ce que je voudrais avoir fait pénétrer dans votre esprit, c'est que tout local où ne pénètre pas le soleil est dangereux et peut devenir pour vous et les vôtres un redoutable foyer de tuberculose ; tandis qu'un local où le soleil pénètre ne peut jamais être infecté par un microbe.

Gœthe mourant appelait : « La lumière ! La lumière ! ». Que ce cri du grand philosophe expirant soit votre devise dans le choix d'un logement. Vous tous qui avez le souci d'éviter les maladies, la souffrance et le trépas prématuré des êtres qui vous sont chers, faites entrer largement le soleil dans vos demeures ; c'est le meilleur moyen d'en écarter la maladie, le deuil et le chagrin.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, par jour.

REVUE CHIRURGICALE

Rédacteur spécial : M. le Dr L. LONGUET,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen.

I. — **Constipation chronique et son traitement opératoire** ; par M. Arbuthnot Lane. Mémoire de 31 pages avec figures, édité par *The medical publishing company*. (*Limited*. London, 1904.)

A. *Anatomie pathologique*. — L'*ectasie* du tractus digestif est le phénomène dominant. Elle porte sur l'estomac, sur la fin du grêle, sur le cæcum, le côlon ascendant et transverse, l'anse sigmoïde, voire même le rectum, avec prédominance sur certains segments du côlon, qui peuvent être pris individuellement. Et la dilatation s'associe à un allongement en longueur. Cette distension a comme conséquences des anomalies de position, des adhérences secondaires, des obstacles à la perméabilité intestinale : α) *Anomalies de position* : le cæcum s'étale en bas et en dedans, obstruant le bassin. Le côlon transverse descend en anse très déclive, s'infléchissant en boucle, coudé à ses deux angles. L'anse sigmoïde devient plus sinueuse, plus mobile. Le rectum boursouflé prend contact avec le cæcum ; circonstance propice à l'abouchement opératoire de l'iléon dans l'anse sigmoïde ou le rectum. β) Les *adhérences secondaires* se remarquent dans ces portions du gros intestin déjà relativement fixes anatomiquement, tel le tiers supérieur du cæcum, le côlon ascendant, l'angle hépatique, l'angle splénique, le côlon iliaque. Ces segments s'adossent largement au péritoine pariétal avec lequel ils contractent des adhérences de plus en plus étendues, la surface péritonéale de l'intestin décroissant progressivement. γ) Les *obstacles de perméabilité* résultent de ces dislocations. Ils consistent en ébauche de torsion, de volvulus incomplet, portant sur le cæcum, et principalement sur l'anse sigmoïde hypermobilisée. Là, l'obstruction peut être complète, la circulation se trouvant arrêtée par la rotation de la boucle sigmoïde surchargée. D'autre part, les adhérences précitées exercent parfois sur l'intestin une tension capable d'en réduire le calibre à certains points ; et cette sténose s'exagère par la distension sus-jacente. Cette cause d'obstruction extra-pariétale s'observe surtout sur le côlon ascendant, au niveau de la crête iliaque. Enfin, il arrive que l'anse sigmoïde, après une phase, de mobilité excessive, ait son méso progressivement dédoublé, étalé, ce qui la raccourcit, la fixe à la paroi abdominale, et de ce fait rétrécit sa lumière.

La paroi intestinale s'amincit par atrophie de sa musculeuse circonstance qui complique les opérations.

B. *Causes*. — Ces lésions seraient dues en grande partie à la station debout, aux positions sédentaires de la vie civilisée ; circonstances exagérées chez la femme par le corset, et dans les deux sexes par le développement imparfait des muscles de la paroi abdominale. Dans l'attitude de la défécation, le cæcum est tiré en bas et en avant dans le pelvis, tendant à entraîner le rein droit. Ainsi nous perdons le bénéfice de l'énorme pression apportée par le contact de la cuisse et de l'abdomen dans la position accroupie. Cette position accroupie facilite l'évacuation du cæcum, du côlon ascendant et de l'anse sigmoïde qu'elle refoule en haut, en même temps qu'elle tend à retenir le rein dans sa situation normale.

C. *Symptômes*. — Ce sont d'abord des *troubles digestifs*, indigestions, nausées, vomissements, flatulence, borborygmes, bruits liquidiens dans l'iléon, constipation opiniâtre avec évacuations intermittentes du trop-plein sous forme de diarrhée séreuse irritante. Tous ces désordres sont la conséquence de la distension colique qui détermine une perturbation réflexe sur le tractus gastro-intestinal et une stercorémie chronique.

La *douleur* est sourde, spontanée, localisée sur le trajet du gros intestin, du cæcum, du côlon ascendant, de l'angle hépatique, du côlon pelvien. Elle est réveillée par la pression, l'exploration, le passage des matières. Elle se complique souvent d'irradiations névralgiques dans les branches du plexus lombaire ou hypogastrique, donnant alors le change pour une calculose rénale. Et maintes fois le chirurgien a été conduit à examiner le rein droit qu'il trouva sain, ou légèrement ptosé. Parmi les points douloureux d'élection, signalons le sous-

costal droit ; le sous-costal gauche ; le sacro-iliaque droit. Les deux premiers seraient dus à la traction exercée par la pesanteur sur les adhérences, lorsque le malade est debout ; à la poussée des matières lorsqu'il est couché. Le point sacro-iliaque droit ressortirait à l'obstruction du pelvis par le cæcum distendu. Aussi est-il particulièrement exagéré par la défécation, donnant au patient la sensation d'un obstacle qu'il ne peut vaincre.

Objectivement, l'abdomen est distendu, ballonné plus ou moins irrégulièrement. Au palper, l'on reconnaît cependant les segments coliques malades, à leur empâtement, leur cartonnage, leurs concrétions fécales, molles, dépressibles ou dures, ovillées, à leur pourtour bien limité. Au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas est encombré par le cæcum engorgé ou enflammé, descendant très bas.

L'état général s'altère plus ou moins vite. Les troubles consistant en diminution de la capacité respiratoire, entraînant comme conséquence une diminution générale des forces, et locale de la motilité intestinale, véritable parésie. C'est peut-être à un réveil de la tonicité colique par manipulation exploratrice, en même temps qu'à une désobstruction des anses hépatiques ou spléniques, qu'on doit attribuer l'amélioration temporaire plusieurs fois mentionnée à la suite de laparotomies restées infructueuses après examen du rein droit faussement considéré comme calculeux. L'haleine est fétide. Les chairs sont imprégnées de la même odeur. Il arrive même que l'incision laparotomique et surtout la large ouverture de la cavité péritonéale révèlent immédiatement à l'opérateur cet empoisonnement fétide, caractéristique de la circulation de substances toxiques dans les vaisseaux.

L'amaigrissement survient parfois brusquement, comme si les tissus, après avoir offert pendant longtemps une résistance suffisante aux poisons, cessaient tout à coup la lutte. Mais le malade peut maigrir graduellement. Ce décharnement contribue, avec l'état sec, non élastique de la peau et le facies terreux, à produire une apparence de sénilité précoce.

Les téguments sont, en effet, d'aspect sale, de teinte jaunâtre qui fait dire du malade qu'il est bilieux, que son foie fonctionne mal, que les cholagogues sont indiqués. En plus de la pigmentation générale, il y a des îlots particulièrement foncés. Ceux-ci correspondent habituellement aux surfaces exposées au frottement ou normalement sombres, comme la peau des lèvres, de l'anus, du bord inférieur de l'aisselle, ou bien celle qui recouvre les apophyses épineuses des vertèbres lombaires; et, chez la femme spécialement, la peau de la paupière inférieure et la région immédiatement sous-jacente. La partie la plus interne des paupières, les régions proéminentes de la joue et de la tempe, les conjonctives montrent nettement cette pigmentation. Elle disparaît au début sous l'influence d'un purgatif ; mais plus tard, elle est définitive avec alternatives de diminution et d'exacerbation.

A cela s'ajoutent des troubles nerveux, de l'insomnie, des variations de caractère, des somnolences rappelant l'action des narcotiques et dus à l'imprégnation des centres nerveux par les ptomaïnes en circulation. Le patient ne peut reposer sur le côté gauche par suite de la traction exercée par le cæcum surchargé.

Tous les troubles généraux se résument en ce seul mot : la *stercorémie* chronique. La stagnation des fèces par adhérences extrinsèques, par volvulus incomplet, par coudure du gros intestin, explique suffisamment les resorptions de produits toxiques au niveau de la muqueuse intestinale.

A titre de complications, signalons des *lésions utéro-annexielles* chez la femme. La présence du cæcum enflammé dans le pelvis détermine un matelassement de l'ovaire et de la trompe qui deviennent kystiques. L'utérus parésié a ses fonctions ralenties, ou, au contraire, elles sont exagérées, éréthiques avec irritations réflexes des mamelles.

La *ptose rénale* uni ou bilatérale, avec prédominance à droite, est si fréquente que nombre de malades observés par Larue avaient subi préalablement la néphrorraphie. La chute du rein serait due à la traction exercée sur ces glandes par les côlons pesants et distendus, ainsi qu'à la disparition de la capsule graisseuse par auto-intoxication stercorémique.

L'*appendicite* est une complication également très fréquente. Elle aurait pour cause les torsions ou coudures déterminée sur l'appendice par le cæcum prolabé. D'où transformation du vermium en cavité close avec rétention dans sa lumière et concrétion stercorale. Ce mécanisme serait particulièrement marqué chez l'enfant, quand la dislocation cæcale se produit alors que l'appendice est encore haut, et verticalement, et profondément situé. D'autres fois, il est dû à des adhérences de cet organe aux viscères pelviens avec lesquels il prend contact attiré par le cæcum. Dans certains cas, l'appendicite est due à un processus d'infection chronique relevant de la constipation prolongée.

La *dilatation stomacale* s'explique en partie par la prolongation des déjections entretenues par l'accumulation anormale de matières dans le tube intestinal, en partie par la quantité excessive de gaz de décomposition.

De la *diminution* de capacité respiratoire et des indigestions répétées, résulte un dépérissement par ralentissement des échanges vitaux, surtout marqué rapidement chez l'enfant ; avec engorgements lymphatiques et ascite. De là, la prédisposition à la tuberculose, au rhumatisme, à la goutte, à l'ulcère stomacal, à la gingivite, à la pharyngite, à l'amygdalite, avec déversement de produits fétides dans l'estomac, et souillure de l'air qui pénètre dans les poumons. Tous les microorganismes trouvent un excellent milieu de culture dans les tissus stercorémiés et en état de moindre résistance.

Cette polymorphie symptomatique explique les difficultés de *diagnostic* et les nombreuses erreurs commises. On croit à une calculose rénale, à une affection du foie, des voies biliaires, de l'estomac, du rectum sans penser à l'intestin. Ailleurs, on croit à une appendicite banale, on a une tendance marquée à rapporter à l'appendice toute sensibilité siégeant dans la zone de Mac Burney ; et sur cette donnée, l'on opère. On enlève le vermium libre et mobile. Une amélioration survient tant que le malade est au lit parce que la circulation des matières se fait mieux, sans action contrariante de la pesanteur, dans un intestin horizontalement placé et au repos. Puis avec la reprise de l'attitude verticale, tous les symptômes reparaissent progressivement.

Traitement. Il est évident qu'une thérapeutique médicale évacuatrice s'impose aussi précocement que possible ; cela dans le but d'éviter, avec les délabrements ectasiques du gros intestin, l'imprégation toxique et les accidents presque irrémédiables qui en sont la conséquence. Mais si l'affection est devenue invétérée, médicalement incurable, il convient d'intervenir.

α) Comme opération, Lane a plusieurs fois pratiqué avec succès des interventions de *correction* consistant en section de brides, section des bandes longitudinales, destruction d'adhérences, redressement de courbures, de coudures, de rotations par fixations pexiques de segments intestinaux ou de leur méso, avec cure attentive ultérieure du fonctionnement de l'intestin. Mais ce genre d'intervention est souvent insuffisant, et suivi d'amélioration temporaire.

β) Lorsqu'au cours de la laparotomie, on constate des lésions trop graves et trop étendues ; il faut préférer l'*iléo-sigmoïdostomie*, avec exclusion unilatérale du gros intestin ; on implante l'iléon dans l'anse sigmoïde, ou dans le rectum au cas où l'S iliaque bridé, adhérent, n'offre pas la place suffisante. Mais il est rare qu'après libération, on ne puisse dégager au dehors un segment d'anse sigmoïde utilisable.

La technique consiste 1° à sectionner l'iléon à 15 centimètres du cæcum. Pour aller vite, on appliquera sur l'intestin deux pinces écrasantes, à 3 centimètres l'une de l'autre, suivies d'une ligature circulaire à la soie en leur lieu et place. Excision du segment intermédiaire ; ligature du mésentère. Invagination des deux bouts par une suture circonférencielle en bourse. 2° approchement du bout iléal au contact de l'anse sigmoïde; 3° anastomose longitudinale latérale de ces deux segments, par une couronne de sutures pénétrant toute l'épaisseur des parois, et doublée elle-même d'une rangée de sutures non perforantes. Parfois le chirurgien anglais a anastomosé ensemble les deux branches de la boucle sigmoïde à l'aide d'un bouton de Murphy.

Les résultats de l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion sont bons, si toutefois le grêle n'est pas trop adhérent, ni trop malade. On peut craindre le reflux des stercora jusque dans le

cæcum avec complications nouvelles. Aussi les évacuations rectales seront surveillées chaque jour.

La *colectomie primitive* est trop grave chez ces malades intoxiqués, pour être recommandable. Mais faite *secondairement* lorsque la stercorémie a disparu, que le malade est rétabli, elle serait bénigne et facile. Elle conviendrait précisément dans ces cas d'engorgement cœcal consécutif à l'anastomose avec exclusion. Plus l'intervention chirurgicale sera précoce, meilleurs seront les résultats, car la fibre lisse intestinale, contrairement à la fibre striée volontaire, une fois distendue et fatiguée, ne reprend que lentement, qu'imparfaitement son énergie.

Cette étude est fort intéressante, pleine d'aperçus nouveaux. Pour la compléter, j'ai hâtivement groupé autour des observations de L. Lane (1) 1901-1903, celles de Treves (2), de Richardson (3) 1899, de Wolmer (4) S. L. 1899 ; de Trzebicky (5), de Frommer (6) 1902, de F. Franke (7) (de Brunswick) 1902 ; de von Giordano (8), de Bossowski (9), de Murray (10) 1903 ; de von Beck (11), de Lejars (12), de Michel (13), de Longuet (14) 1904 ; de Bastianelli (15), de Longuet (16), de Pozzi (17) 1905, pour ne parler que de celles qui portent mention d'opération motivée principalement ou exclusivement par la constipation et non par la colite ulcéreuse, hémorragique, ou muco-membraneuse.

Ces faits m'amènent à quelques considérations que voici :

A. *Anatomie pathologique.*—A côté de la forme *ectasique* partielle ou totale, qui est la plus fréquente, il faut faire place à une forme sténosante, contracturante, où tous les segments coliques sont uniformément *rétrécis*, et épaissis, remplis de scyballes dures, formant chapelet, perceptibles au travers de la paroi abdominale ; comme c'était le cas chez ma première opérée. Ce cas vérifie *opératoirement* l'exactitude absolue de la forme décrite récemment en clinique par Mathieu (18) sous le nom de constipation spasmodique, dont la corde colique de Glénard est l'une des expressions objectives.

B. *Cliniquement.*—J'ai observé plusieurs formes particulières dues à la prédominance d'un symptôme :

Ce sont : 1° une forme *fébrile*, où les frissons, la fievre à 38°5, et son cortège surviennent par intermittences plus ou moins régulièrement périodiques, chacune des poussées coïncidant avec une exacerbation de la constipation, et de la stagnation, (cas personnels non opérés) ; 2° une forme *pseudo-diarrhéique*, dans laquelle les évacuations trompeuses s'accompagnent néanmoins de rétention coprostasique excessive. Le flux en hypertension s'infiltre entre les concrétions stercorales et la paroi intestinale ; mais l'intestin n'en reste pas moins encombré. (Cas personnels non opérés.)

3° Une forme à prédominance *nerveuse*. C. Beck a signalé ces malades longtemps soignées comme névropathes. La cause réelle et originelle de cette névropathie passe inaperçue. Elle est due à la colite. Je rapprocherai ces faits des néphroptoses et des splenoptoses à forme nerveuse prédominante.

4° Une forme à prédominance de *tumeur*. Dans une observation de J. Ditlmar (1)(de Wilhemshagen), la masse d'ampleur exceptionnelle avait le volume d'une tête d'enfant ; elle était mate, peu mobile, régulière, ferme, située dans le flanc et l'hypochondre gauche. Quatre fois, elle avait fait une apparition soudaine, pour se dissoudre et fondre après de larges débâcles. La dernière fois, le bloc mit 4 mois à se laisser entamer et alors s'effritant en une nuit, il disparut, laissant l'abdomen souple à son endroit.

5° Une forme *pseudo-néoplasique* : Assez souvent, comme le rappelle Lejars, l'affection joue absolument le tableau du cancer ; âge avancé, teinte jaunâtre, tumeur abdominale, diffuse, état général cachectique, par suite d'une intoxication stercorémique invétérée. Avec un lavement huileux, avec un purgatif, le pseudo-néoplasme s'évanouit.

C. Au point de vue *pathogénique*, on tend à faire jouer un rôle prédominant à la congénitalité. Quant à l'explication mécanique de ptose rénale par traction sur le rein, des côlons distendus et pesants, elle me semble peu acceptable. J'ai vu la ptose colique associée à la ptose stomacale, à la ptose rénale, à la rétroversion utérine, au prolapsus génital, à la ptose de la paroi abdominale en forme de tablier. En sorte que ces ptoses, au lieu d'être subordonnées les unes aux autres, me semblent ressortir toutes à une seule et même maladie, à manifestations multiples : l'insuffisance physiologique congénitale ou acquise du tissu fibreux. A. Lane considère la colonectasie comme consécutive à la coprostase. On peut se demander si l'inverse n'a pas lieu, si la coprostase n'est pas consécutive à l'ectasie colique. Parmi les complications, s'il est vrai que l'appendicite peut être la conséquence d'un prolapsus cœcal ou d'une dilatation du gros intestin, je crois, par contre, avoir suffisamment démontré que, dans certains cas du moins, la lésion colique dyspepsigène est la conséquence d'une appendicite chronique retentissant sur le côlon ou s'y propageant (2).

D. *Thérapeutique.* La question du traitement chirurgical de la constipation chronique est encore trop neuve pour être aujourd'hui tranchée en une formule nette et précise. Voici quelle est ma manière de voir : avec tous, je suis d'accord pour reconnaître que le chirurgien ne doit intervenir qu'après l'insuffisance et l'échec bien constaté d'un traitement médical consistant en grands lavages chauds sous faible pression, régularisation des évacuations, introduction d'une sonde un peu longue dans le rectum pour faciliter l'émission des gaz ; friction, massage, electrisation intestinale (3).

A cela Mathieu ajoute les calmants, bains chauds, douches chaudes, le repos physique intellectuel et moral, la belladone, la jusquiame à titre d'anti-spasmodique. L'usage des purgatifs devra être évité autant que possible.

(1) Lane (A.). —Observations in *Clinical Journal*, June 5 th. 1901. March 25 th. 1903, January 20 th. 1904 et *Lancet* : January 17 th. 1904, January 2 nd. 1904.

(2) Treves cité par Duval.— *Revue de chirurgie* : Colectomie, guérison ».

(3) Richardson. — Cas relaté par Fitz : *American Journal of the med. sciences*, août 1899. (Colectomie, guérison).

(4) Wolmer —(S.L.) Two cases of extreme dilatation of the sigmoid flexure : colopexy, recovery. *British med. Journal*, 3 juin 1899 et « Surgical aspects of constipation ». *Lancet*, 16 juin 1900.

(5) Trzebicky, *in* Frommer p. 48. — Zur casuistick der anomalien des Dickdarmes. (*Archiv. fur klinische Chirurgie*, XLVII. I. 1902).

(6) Frommer, cité plus haut.

(7) Franke, F. (de Brunswick).— Congrès de la *Société allemande de Chirurgie* 1902 et *Semaine médicale*, p. 131, 1902 (Iléo-sigmoïdostomie sans exclusion, insuccès thérapeutique, extirpation consécutive, guérison.

(8) Giordano. — Traitement chirurgical de la colonectasie.(*Archives internationales de chirurgie*, 1903.)

(9) Bossowski. — Idiopathic dilatation of the colon. (*Annales of Surgery*, novembre 1903.

(10) Murray. — Même indication.

(11) Von Beck : 500 malades traités pour symptômes de colite chronique, dont 6 traités par iléo-sigmoïdostomie, avec 1 mort par péritonite due au bouton de Murphy. *Traitement chirurgical de la colite chronique*, 33e Congrès de la *Société allemande de Chirurgie*, avril 1904.

(12) Lejars. — Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical (1 guérison après laparotomie exploratrice) *Semaine médicale*, n° 52, p. 408, 1904.

(13) Michel. — Iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale du cæcum, du côlon ascendant, du côlon transverse dans un cas de constipation opiniâtre. (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1904.)

(14) Longuet (L.). — (Cas n° 1), opéré le 20 décembre 1904 avec le Dr Studer, médecin de l'hôpital de Vernon et Mortagne. (Laparotomie et colotomie évacuatrice, anus cœcal.) Malade *in extremis*, mort.

(15) Bastianelli (L.) — La colonoplication comme moyen de traitement des colonectasies essentielles totales ou partielles. *Policlinico*, 14 mai 1905.

(16) Longuet (L.). — Cas n° 2, opéré le 15 juin 1905. (Laparotomie, appendicectomie, salpingectomie, cæcostomie). Guérison : In Bulletins de la *Société de médecine* de Reims, 1905.

(17) Pozzi. — Colotomie évacuatrice et colonoplicature ; guérison. *18e Congrès de chirurgie de Paris*, octobre 1905.

(18) Mathieu. — *Gazette des hôpitaux*, 17 août 1905.

(1) Cas rapporté par Lejars.

(2) Longuet (L.) — De la dyspepsie appendiculaire.(*Semaine médicale*, juin 1902)

(3) Dans une observation de S. V. Levi (de Philadelphie) on a employé la strychnine et l'ésérine pour réveiller la contraction intestinale. (*Pediatric society*, séance du 13 octobre 1903, in *Archives of pediatrics* décembre 1903, p. 935.)

Chirurgicalement, deux méthodes sont en présence : la palliative, sous forme d'entéro-anastomose; la radicale, sous forme de colectomie. Or je crois au contraire à l'avenir *cæcostomie* associé aux fixatures vicérales.

La *méthode palliative* comprend :

1° La *ponction* intestinale pour évacuer les gaz. Or, cette opération me semble devoir être rejetée radicalement, comme insuffisante et dangereuse.

2° La *laparotomie exploratrice* avec massage de l'intestin n'est également qu'une défaite. Elle ne peut donner qu'un résultat temporaire fort court.

3° L'*opération correctrice* seule est encore défendue par quelques chirurgiens. Sous ce nom, je groupe un ensemble de manœuvres operatoires consistant en *section* (1) des brides, des adhérences, des bandes longitudinales (Lane) — en *fixation* (2) des segments ptosés après redressement de leurs courbures et torsions ; colopexies (Woobner) — en *colotomie évacuatrice* (3) c'est-à-dire en incision du côlon pour extraction séance tenante du ou des stercoromes, avec fermeture immédiatement consécutive, colorraphie.(Longuet, cas n° 1)— en *plicaturage*(4) du gros intestin pour en rétrécir le diamètre ectasié. (Parlavecchio; Bastianelli).

Les succès donnés par l'opération correctrice pure n'ont pas été suivis assez de temps pour emporter définitivement les convictions. Le plicaturage ne se présente pas sous le même jour qu'au niveau de l'estomac. Il me semble ajouter une série de sténoses artificielles aux sténoses pathologiques qu'on cherche precisément à supprimer. Enfin la récidive est possible comme après toutes les opérations palliatives. En sorte que l'opinion de Lane, défavorable à l'opération correctrice, dont il a fait lui-même l'expérience, semble être l'expression de la vérité.

4° L'*iléosigmoïdostomie* (5) est, dit-on, l'intervention de choix, car l'anus artificiel, avec lequel on la peut mettre en parallèle, est une infirmité dégoûtante. L'anastomose doit être cachée, et non ouverte à l'extérieur.

On pratique soit l'anastomose de l'iléon avec l'anse sigmoïde ou le rectum, soit l'anastomose du côlon avec lui-même. Et l'anastomose est simple ou bien associée à une exclusion unilatérale de l'intestin.

Cette pratique aurait le même avantage que la colectomie, sans en avoir la gravité ; ce serait une colectomie physiologique, le côlon étant fonctionnellement supprimé (Giordano).

Or, cette intervention n'est pas exempte de gravité chez les malades profondément intoxiqués de vieille date. Elle laisse subsister intégralement la stase colique, cause de la stercorémie ; et cela qu'il y ait ou non exclusion unilatérale de l'intestin. Dans deux cas, l'un de Franke, l'autre de Lane, on dut réintervenir par suite d'accidents de rétention dans le segment colique sus-jacent à l'anastomose. Le siège de la néostomie au voisinage du rectum expose le malade à des défécations diarrhéiques réitérées, incoercibles. Enfin, dans un cas, Giordano assistant à l'éclosion d'une appendicite quelque temps après l'intervention, eut le regret de n'avoir point enlevé le vermium lors de la première séance.

5° *L'anus artificiel* complémentaire on non d'une cœliotomie est pour moi l'intervention palliative de choix. Voici quelle a été ma conduite :

a) Cœliotomie abdominale, exploratrice, destinée à remédier, s'il y a lieu, à un obstacle mécanique, ablation d'une trompe malade, par exemple.

(1) Observations de *sections* des bandes longitudinales, des brides, des adhérences. Résultats insuffisants. A. Lane.

(2) Observations de *fixations* colonopexiques (bons résultats rapprochés). Woolmer, Trzebicky.

(3) Observations de *colotomie* évacuatrice. Longuet, cas n° 1, cæcotomie. Pozzi, sigmoïdotomie.

(4) Observation de *colonoplicature*. Parlavecchio (expérimentation sur les animaux. P. Bastianelli, Pozzi (bons résultats dans ces dernières observations).

(5) Observations d'*iléosigmoïdostomie simple*. Fromer, 1902 ; F. Franke, 1902 ; Giordano 1903. (guérison suivie d'une appendicite ultérieure.)

Observations d'*iléo-sigmoïdostomie avec exclusion* unilatérale : Lane 1903 ; von Beck (6 cas avec 1 mort), Michel (1 cas avec 1 guérison).

b) Appendicectomie séance tenante, le vermium étant toujours suspect pour l'instant ou pour l'avenir. *c) Fixation* à l'aide de quelques points des organes ptosés : côlon pelvien, côlon transverse, utérus. *d) Fermeture* de l'abdomen. *e) Cæcostomie* par une petite laparotomie latérale ; le cœcum est fistulisé à la plaie, au niveau de son fond sous forme d'un pertuis aussi petit que possible, réalisant en même temps une cœcopexie. Ultérieurement, *lavages* abondants du gros intestin par la néostomie.

Cette *cæcostomie* est préférable à une appendicostomie. Aboucher à la plaie l'extrémité du vermium pour introduire ensuite des sondes par sa lumière, ce serait, si non aller au devant d'une appendicite, par réveil d'une infection déjà latente dans le diverticule, du moins méconnaître l'utilité de la suppression de cet organe dans les cas de ce genre. D'autant que la situation anatomique de l'appendice est parfois défavorable à un rapprochement cutané, à moins de traction, de rotation et de torsion du cœcum, et qu'enfin le canal appendiculaire, souvent oblitéré, est inserviable comme l'a fait remarquer Lejars.

Les bénéfices de la coecostomie s'accusent immédiatement par l'évacuation des gaz et la suppression du météorisme, du ballonnement avec ses conséquences, ultérieurement, par la disparition progressive de la constipation, de la stase, et de tous les symptômes de stercorémie. La circulation des matières se rétablit sous l'influence des lavages quotidiens des côlons et de la progression déterminée par ceux-ci dans le sens physiologique. Les parois intestinales ectasiées reprennent progressivement leur calibre et leur tonicité. Enfin le spasme disparaît, au même titre que dans la gastrotomie pour sténose œsophagienne. Or, le spasme est d'importance capitale d'après les travaux de Mathieu. J'ajoute que le qualificatif d'infirmité dégoûtante n'est ici nullement justifiée. A leur arrivée dans le cæcum, les matières sont dénuées de la fétidité qu'elles ont après stagnation colique lors de toute défécation ; ce fait était fort net chez mon opérée. Et l'incontinence par la néostomie avec tous ses inconvénients d'érythème, d'inflammation est totalement supprimée si la cœcostomie est de dimension minuscule. Il n'en reste pas moins que la récidive est théoriquement possible après les opérations palliatives, quelles qu'elles soient.

2° *Opération radicale*. La colectomie suivie de la restauration de continuité pa anastomose terminale, ou termino-latérale de l'iléon au rectum est d'exécution plus complexe, de pronostic opératoire plus sérieux que les opérations palliatives. Primitive, elle me paraît imprudente chez les malades dont il s'agit dont la résistance est amoindrie par stercorémie. Au contraire consécutive, secondaire à la cœcostomie après rétablissement de l'état général, elle semble d'un pronostic plus bénin. L'avenir est peut-être dans cette suppression radicale du sac septique qu'est le gros intestin avec toute sa flore microbienne si riche et les conséquences qu'elle entraîne, conséquences sur lesquelles le professeur Metchnikoff a récemment appelé l'attention. Mais pour l'instant, l'heure ne semble pas encore venue de préconiser la colectomie pour constipation autrement qu'en seconde ligne (1)

II.— **La chirurgie enseignée par la stéréoscopie**. (*Cure radicale de la hernie inguinale, 32 stéréoscopies* ; par Camescasse et Lehman. (Editée par J.-B. Baillière ; 19, rue Hautefeuile, Paris, 1900.)

Qui donc nierait aujourd'hui l'importance de l'enseignement par la photographie et ses dérivés. Sous toutes ses formes, cette méthode complète celle du dessin, des planches, figures, schema. Elle a même l'avantage d'être plus à la portée de tous par son exécution purement mécanique. Elle est plus précise aussi, et plus censurale. Elle complète le dessin, qu'elle ne peut prétendre toutefois supplanter complètement. En chirurgie, le mode de *démonstration graphique* est d'application fort étendue. Pour ma part, j'estime que l'enseignement clinique ou opératoire est en grande partie réalisable par cette méthode. C'est le meilleur moyen d'éviter d'inutiles souffrances et des présentations de malade devant une assistance d'é-

(1) Duval cite 2 succès sur 5 colectomies (Treven-Richardson).
L. Cheinisse : In *Semaine médicale*, n° 46, p. 371, 1904, ajoute les succès de Bossowki et de Murray.

lèves pour le seul besoin de l'instruction. Or, avec les progrès de la sociologie, le jour est venu où quelque patients refusent toute exhibition publique avec leurs maladies et infirmités. Pourquoi le pauvre, disent-ils, aurait-il, à cette heure le privilège de payer les exigences de l'enseignement, alors que la science met à notre disposition de riches, de multiples moyens de représenter avec une exactitude presque parfaite, ce qu'il faut voir, entendre et savoir ?

Le livre de Camescasse-Lehman parait donc au bon moment. Il éveille notre attention sur le profit que nous devons tirer de la stéréoscopie. Et ce profit est, en effet, très réel, ne serait-ce qu'au point de vue *historique*. Ainsi le petit volume dont il est ici question nous révèle l'état de la chirurgie à la fin du siècle dernier. Nous reconnaissons l'empreinte d'un grand maître de l'époque immédiatement prébiologique. Dans la technique reproduite par ses disciples, nous assistons au règne du *pincement*. Pour une cure de hernie, le champ opératoire est, à la page 15, occupé par de nombreuses pinces à forcipressure, avec quelques grands clamps ; soit 22 anneaux disposés en couronne autour de l'incision ; avec application des mors non seulement sur les vaisseaux, mais sur le sac herniaire, sur la section aponévrotique de l'anneau inguinal externe, sur les chefs des fils.

Dans ma conception de la technique, guidée par la biologie, *l'absence totale de pincement* donne un facies absolument différent au champ opératoire. A la ligature des artères après application de pinces hémostatiques, je substitue la *ligature immédiate par un fil passé à l'aide d'une aiguille* autour du vaisseau. La forcimorçure massive a le gros inconvenient de froisser, meurtrir, contusionner, nécroser une quantité considérable d'éléments histologiques surpris en pleine santé ; ceux-là mêmes qui, voisins des diérèses, constituent les meilleurs facteurs, les premiers agents de la réparation. Je reviendrai sur cette question fondamentale de ma chirurgie biologique. Il n'en reste pas moins acquis que le livre dont nous parlons est d'un puissant intérêt historique, puisque précisément il reste pour nous l'un des stigmates la physionomiques de la chirurgie opératoire de la deuxième moitié du XIXe siècle jusqu'à l'année 1900 ; apparition de la phase biologique pure.

III. — **Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes** ; par Herman SCHLESINGER, de Vienne. (Traduction de L. Lichtwitz et J. Sabrazès ; (Deuxième partie). Edité par Vigot, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1905.)

Ce petit volume contient en 250 pages un court résumé des maladies du foie et de la vésicule biliaire, de la rate, du pancréas, du rein et du bassinet, de la vessie. La partie clinique tient une large place ainsi que la discussion du diagnostic et des indications opératoires. A côté d'observations personnelles, on trouve un reflet des travaux les plus importants publiés sur ces sujets. Toutefois ces questions sont encore en grand nombre trop fluctuantes pour qu'on puisse aboutir à des solutions nettes sur le chapitre de thérapeutique.

IV. — **Chirurgie du système nerveux ; crâne et encéphale ; rachis et mœlle** ; par BERGER et H. HARTMANN (rédigée par Marion). (Editée par Steinhel, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1905.) (Illustrée), par Varice.

La chirurgie du système nerveux reste en retard sur celle des autres viscères, malgré les progrès de la technique générale. Et ses résultats sont encore loin d'être satisfaisants. L'œuvre considérable de Chipault a mis les questions au point. Les travaux de *Duret* constituent d'autre part une œuvre personnelle non moins documentée. Marion s'en est inspiré, et grâce à ces travaux, il a cherché et réussi à écrire un livre essentiellement pratique. Aucun doute qu'il n'ait présenté aussi clairement que possible « l'indication de ce qu'il faut faire dans chaque cas et la meilleure façon de le réaliser ». Et pourtant la tâche était particulièrement ingrate, chaque opérateur n'ayant, dans l'espèce, qu'une expérience fort restreinte. Ce gros ouvrage est donc recommandable à plus d'un titre. Il est de ceux qu'on ne peut guere analyser ; sa lecture s'imposant à tous ceux qui s'adonnent spécialement à cette branche fort intéressante de la chirurgie.

VARIA

Congrès International d'Assistance publique et privée de Milan (Italie) au printemps de 1906.

L'initiative du Congrès de Milan étant partie de Paris, la France se doit à elle-même d'y être convenablement représentée. L'adhésion ne sera pas sans utilité pour les personnes que leurs occupations empêcheront de se rendre en Italie au mois de mai prochain ; contre le versement de la cotisation de vingt francs, elles recevront non seulement le bulletin préparatoire de ce Congrès, dont 4 numéros sont déjà parus, mais aussi le compte rendu complet des séances et la collection des rapports comprenant des travaux originaux de notabilités du monde entier sur les cinq questions de l'ordre du jour.

Ces questions ont trait : à l'assistance des étrangers ; à l'éducation des auxiliaires bénévoles de l'assistance publique ou privée ; à la protection de la jeune fille et de la femme isolée ; à la lutte contre la mortalité infantile ; à l'évolution sociale qui tend à substituer progressivement la prévoyance à l'assistance.

En outre, le Congrès publiera une statistique internationale et rétrospective de l'assistance dans les grandes villes.

Les *adhérents* et *adhérentes* qui pourraient disposer d'un mois ne profiteront pas seulement des facilités de communications accordées pour se rendre à Milan, ville nouvellement desservie par la voie ferrée du Simplon, et pour visiter son exposition internationale, des réductions sur les chemins de fer leur seront accordées pour excursionner en Italie, notamment pour un voyage circulaire permettant de visiter en vingt jours les principaux établissements d'assistance du Royaume. Pour donner un aperçu de ce voyage d'études et d'agrément, dont les dernières dispositions restent à régler, il suffit de faire connaître, que, moyennant le prix à forfait de 330 fr. on sera défrayé de toutes dépenses d'hôtels, voitures, gondoles d'excursion, compris les divers pourboires et la rémunération des guides, du 27 mai au 17 juin, à Milan Venise, Bologne, Florence, Fiesole, Rome, Caserte, Naples, Sorrente, Pompeï, Battipaglia, Messine, Taormina, Catane, Palerme, Tivoli, Sienne Pise, Gênes et Turin.

On sait d'autre part que le Congrès se tiendra du 23 au 27 mai. Durant cette période, tout adhérent pourra trouver à Milan le logement et la nourriture (trois repas) dans les hôtels désignés par le Comité, à partir de 9 fr. 25 par jour, compris lumière et service.

La cotisation de 20 francs doit être envoyée, avec l'adhésion, au Trésorier du Congrès International d'Assistance *Palazzo Municipale Milano* (Italie).

Les collectivités peuvent adhérer comme les individus. Les gouvernements s'y feront représenter ; les villes, les départements, les établissements publics, les œuvres charitables, y sont également invités.

Si vous voulez vous épargner la peine de prendre un mandat-poste international, vous pourrez adresser le montant des adhésions recueillies par vos soins, en un chèque ou en toute autre valeur sur Paris, à M. Rondel, secrétaire du Comité International, 161, boulevard Murat (XVIe), qui se chargera de les transmettre collectivement.

Ordonnance pratique contre la tuberculose.

Nous lisons dans l'*Eclaireur du Ve Arrondissement* la lettre suivante d'un conseiller municipal socialiste que nous voudrions bien voir contresignée par tous les élus parisiens :

Les illustres Esculapes, qui *congressionnent* chaque année dans les grandes villes d'Europe, contre la Tuberculose, font des efforts surhumains pour trouver dans le domaine de la science médicale un remède à ce terrible fléau, qui fauche tous les ans, rien qu'en France, 175.000 vies humaines. Est-ce bien dans la science médicale que nous devons chercher le remède ? N'est-ce pas plutôt dans le domaine économique des nations ?

L'ordonnance suivante, rigoureusement observée, ne serait-elle pas plus efficace que tous les remèdes pharmaceutiques ?

1° *Eviter de tuer le ver, le matin, sur le zinc* ; 2° *Se dispenser*

de prendre avant chaque repas l'apéro, *qui n'est que la fausse clef qui ouvre l'appétit* ; 3° *Observer scrupuleusement le repos de la nuit* ; 4° *Tenir le corps, les vêtements et le linge propres* ; 5° *Travailler 8 heures par jour, sans surmenage physique* ; 6° *Habiter un logement largement aéré et bien éclairé ; autant que possible ensoleillé* ; 7° *Faire trois repas par jour, de nourriture saine et suffisamment abondante.*

Le Docteur de la Sociale, Jean Colly, *Conseiller municipal.*

P. S. — On m'objectera que, pour faire établir cette ordonnance, il faut beaucoup d'argent ? Je réponds par avance : que les articles 1 et 2 apportent au contraire des économies dans le ménage ; que le 3e est facilement réalisable ; que le 4e ne coûte pas grand'chose ; que le 5e, quoique difficilement applicable, peut néanmoins être réalisé, si les travailleurs le veulent fermement. Il n'y a que les gens qui ne font rien qui sont opposés à la journée de 8 heures. Et qu'enfin, pour ce qui est des 6e et 7e articles, le monde du travail, ce grand producteur de toutes les richesses, n'a qu'à réclamer un peu plus énergiquement qu'il l'a fait jusqu'à ce jour ses droits à la vie. Dans une société bien harmonisée, au point où nous en sommes du progrès réalisé, chacun devrait pouvoir se loger à l'aise, s'habiller à sa taille et manger à sa faim. J. C.

FORMULES

I. — Contre la diarrhée des tuberculeux.

Phosphate tricalcique	2 grammes
Mie de pain de froment	4 —
Gomme pulvérisée	14 —
Sucre blanc	12 —
Eau de fleurs d'oranger	2 —
Eau distillée	q. s. p. 200 cc.

A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées à soupe ou par verres à madère. Rénon.

II. — Contre les adénites tuberculeuses.

Calot (de Berck) cité par le Dr Loze dans sa thèse conseille les injections, dans le ganglion, de 1 c.c. de :

Naphtol camphré	ãã 1 gramme
Emulsine	
Glycérine neutre	

à mélanger dans un mortier au moment de s'en servir.

Ou bien :

Huile stérilisée	ãã 34 grammes
Ether	
Naphtol camphré	20 —
Iodoforme	9 —
Créosote	2 —
Gaïacol	1 —

On ne doit d'après Loze ne jamais injecter plus d'*un centimètre cube.* L'injection se fera lentement, en évitant de la faire dans du tissu sain ou dans le foyer d'un abcès, siège d'une hémorragie.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 3 décembre au samedi 9 décembre 1905, les naissances ont été au nombre de 1046, se décomposant ainsi : légitimes 754, illégitimes 292.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 937, savoir : 472 hommes et 465 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 4. — Rougeole : 19. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 1. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 0. — Tuberculose des poumons : 174. — Tuberculose des méninges : 22. — Autres tuberculoses : 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : 68. — Méningite simple : 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 62. — Maladies organiques du cœur : 79. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 27. — Pneumonie : 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 96. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 12. — Cirrhose du foie : 10 — Néphrite et mal de Bright : 29. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 26. — Débilité sénile : 36.

— Morts violentes : 27. — Suicides : 9. — Autres maladies : 116. — Maladies inconnues ou mal définies : 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : légitimes 42, illégitimes 20.

Distinctions honorifiques.—Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Boursier, Lebruy, Lance, Minet, Roche, Astier, Delmas, Guichard. — *Officiers d'Académie* : MM. Rœser, Beauvellard, Plicque, A. Dumont, Mouton, Bretonville.

Légion d'honneur. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. Devaux, Legendre, Neiret, médecins-majors.

Société médicale du littoral méditerranéen. — Dans sa dernière séance, la Société médicale du littoral méditerranéen a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1906. Ont été élus : Président : Dr Cuiter (Cannes) ; vice-présidents : Dr Vivant (Monte-Carlo) ; Moriez (Nice) ; Barety (Nice) ; Sardou (Nice) ; secrétaire général : Dr Hérard de Bessé (Beaulieu) ; trésorier : Dr Bonnal (Nice) ; Archiviste : Dr Ardoin (Nice) ; secrétaires : Drs Mignon (Nice) ; Gilli (Nice) ; Bienfait (Cannes).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Delarue, député radical de l'Allier. M. Delarue a légué toute sa fortune (800.000 environ) à la ville de Gannat et sa maison de Gannat destinée à devenir un Musée local ; de M. Mégnin, vétérinaire, membre de l'Académie de médecine ; de M. le Dr Piéchaud, professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Chronique des hôpitaux.

Fondation ophtalmologique Adolphe de Rosthschild, 29, rue Manin et rue Priestley, 56-58 (Buttes Chaumont). — Médecin en chef : Dr A. Trousseau. — Cette fondation reçoit les malades atteints d'affections oculaires curables. — *Opérations* : Le mercredi à 9 h. du matin : Dr A Trousseau. — *Consultations* : Tous les jours de 9 à 11 h. le matin : Dr Sulzer. — Tous les jours de 1 à 3 h. le soir : Dr Millée. — Les mardi, jeudi et samedi de 7 à 8 h. du soir : Dr Hourmouziadès et Dr Vigier.— *Services auxiliaires* : Réfraction et examens fonctionnels : Dr Polak. — Electrothérapie : Dr Bissérié. — Bactériologie et histologie : Dr Duclos. — Oto-rhino-laryngologie : Dr F. Landolt.

Hospice de Bicêtre. (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville *Visite* du service (gymnastique, danse, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 9 h. et demie très précises. *Consultations médico-pédagogiques* gratuites pour les enfants, le jeudi à 9 h. 1/2.

Clinique d'accouchement Tarnier. — Professeur Pr Budin. — Tous les mardis à 9 heures : *Leçons de clinique obstétricale.* Tous les samedis à 9 heures, *Leçons sur l'allaitement et l'hygiène du nourrisson.*

Hopital de la Charité. — Leçons de clinique obstétricale. — M. le Dr Maygrier (amphithéâtre Potain), le jeudi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique mentale et nerveuse). —M. le Dr J. Voisin, le jeudi à 10 heures.

Hopital Laennec. — M. le Dr E. Barié : *Leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur, le mercredi à 10 heures.*

Hopital de la Pitié. — Dr Rénon : *Maladies du cœur et du poumon* (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle) le vendredi à 10 heures du matin.

Hopital Broca. —Le Dr G. Thibierge, à 10 h. du matin, leçons sur les maladies de la peau et la syphilis (avec présentation de malades).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes

Bourneville : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages. Prix : 1 franc.

Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Librairie A. LECLERC
19, rue Monsieur-le-Prince.

Vaudet (Paul). — Technique précise de radiothérapie. 1 vol. In-8° de 156 pages. Prix.. 5 fr.

Boureille. — Le sud-ouest parisien tuberculose et tuberculisation. In-8° de 112 pages. Vaillot, imp. à Nemours.

Premier congrès de l'hygiène des travailleurs et des ateliers. 1904. In-8° de 160 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 13 JANVIER 1906

Le Progrès Médical

IDENTIFICATION PAR LA MORSURE. — Un maréchal des logis de gendarmerie vient d'inventer un procédé tout à fait curieux pour permettre à ses collègues de reconnaître l'identité des malfaiteurs : c'est, si l'on peut dire, *l'identification par la morsure.*

Dernièrement, des cambrioleurs s'introduisirent chez une brave femme de Fismes, dans la Marne, et en ressortaient sans laisser aucune trace utile de leur passage. Le maréchal des logis chargé de l'enquête, M. Gaudron, en cherchant dans la maison quelque indice révélateur, aperçut un tas de pommes. Il prit un à un les fruits, les examina et finit par en trouver un dans lequel on avait mordu ; *l'empreinte*, toute fraîche, révéla une dentition très défectueuse et assez particulière. Il partit en campagne, emportant quelques pommes.

Le lendemain, il rencontrait dans une commune voisine deux individus de mauvaise mine. Il entra en conversation avec eux et finalement leur offrit une pomme. A peine l'un d'eux avait-il mordu au fruit que le gendarme le lui arrachait des dents, et comparait la seconde à la première. Une concordance absolue ne lui laissait aucun doute et sans permettre au personnage de revenir de sa stupéfaction, il l'arrêtait, ainsi d'ailleurs que son compagnon. La pomme, qui perdit notre mère Eve, avait aussi trahi le cambrioleur de Fismes. (*Semeur de l'Oise*, 25 nov. 1905.)

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

(COURS. IIIe LEÇON.)

La stérilisation du matériel de suture, ligature, sondage, drainage ;

Par le Pr L. **LONGUET** (de Rouen).

SOMMAIRE : Aperçu historique. Phase prépastorienne ; phase pastorienne ; phase biologique.

§ I. *Enumération et nature des objets* : Fils de substance animale, fils de substance végétale, fils métalliques, bobines, drains de substance animale, de substance végétale, métallique, sondes, brosses. Réduction numérique possible de ces divers objets pour tous les besoins de la chirurgie. La question de résorbabilité.

§ II. *Stérilisation germicide* : Lister. A : méthode antiseptique.— B : méthode de l'ébullition. — C. méthode de la vapeur d'eau « fluente à 100° » et « stagnante à 120° », Seule, cette dernière confère une stérilisation germicide absolue. Mais elle est inconstamment et incomplètement sporicide, elle a l'inconvénient d'hydrater le matériel de suture, ligature, drainage, sondage, favorisant ainsi les infections secondaires.

§ III. *Stérilisation sporicide* : Longuet. A : méthode de la vapeur anhydre sous pression à 185°. Elle est applicable au cas particulier, se présente avec des avantages de deshydratation, de dessiccation. de sécurité stérilisante absolue, étant constamment sporicide.

Messieurs,

Aujourd'hui, je vais étudier avec vous les moyens dont nous disposons pour stériliser le matériel de suture, ligature, drainage, sondage utilisé en biochirurgie humaine et comparée. Ce lot d'objets fort dissemblables se compose de fils et bobines, de drains et sondes, de brosses, ces dernières pour la préparation des téguments. S'il m'arrive d'effeuiller le chapitre de la ligature et de l'hémostase, celui du drainage et de ses indications, celui de la purification des mains et des champs opératoires en général, je me réserve d'exposer plus tard ma manière de voir sur ces importantes questions, afin de ne point m'éloigner pour l'instant. de la stérilisation par laquelle j'ai commencé cet enseignement de la biologie chirurgicale.

A. L'emploi des fils, des drains, des sondes, en chirurgie, date des temps les plus reculés. Ainsi Avicenne utilisait le fil de soie. Bertapaglia (1460) celui de lin, Paré, au XVIe siècle, érigea la ligature en méthode dont la vulgarisation se fit vers la fin du XVIIe siècle.

Après quoi, elle retomba dans l'oubli, pour reprendre faveur le jour où A. Cooper, en 1822, lia un anévrysme poplité avec une substance précédemment inaugurée par Rhazes pour la suture de l'intestin : ce lien était la corde à boyau dont Porta constata expérimentalement la résorbabilité. Flaubert, de Rouen, se servit vers 1860 de fil de fer pour réunir les fragments osseux après résection de l'humérus. Mais ces ligatures furent toutes suivies d'un tel cortège de complications qu'on dut à nouveau délaisser les fils pour d'autres moyens d'hémostase, torsion, compression, écrasement, cautérisation. Aux chirurgiens de cette époque, il manquait des notions fondamentales de biologie. Ils ignoraient, nos premiers ancêtres, que par les fils ils semaient des « germes » vivants dont la pullulation trouble la cicatrisation normale des plaies en apportant « la vie parasitaire dans la vie humaine ». Le fait de lier une artère sur un vivant n'est point, comme on l'a cru trop longtemps, aussi simple que celui de serrer un lien sur une canule introduite dans l'aorte, ou la carotide, pour injecter un mort.

B. Avec Pasteur, la lumière se fit sur un point. La notion de contamination possible, fréquente même, par le matériel de ligature, apparut en pleine lumière. Lister en 1867 vit là une source méconnue d'infection dont il sut tirer enseignement. Il s'appliqua à supprimer des fils tout germe vivant, et porta son choix sur l'antique corde à boyau dénommée « catgut » par les Anglais. Dès lors le catgut acquit rapidement une préséance qu'il a conservée jusqu'à ce jour, sans avoir été détrôné jamais par un rival. D'autant qu'il a pour lui la précieuse qualité de résorption habilement mise en relief par son promoteur.

C. Avec « l'ère biologique » actuelle, la question se dresse à nouveau pas encore résolue. Et d'abord à la germicidation poussée très loin par nos devanciers, il nous faut substituer la sporicidation.

D'autre part, certaines des notions biologiques nous incitent à réformer notre manière de voir sur la valeur des substances utilisées. C'est ainsi qu'à mon sens, le catgut doit désormais rester au même titre que les éponges, à l'époque listérienne, à laquelle tous deux appartiennent historiquement, pour faire place à d'autres matériaux absolument et parfaitement sporicidables. Enfin nous avons à tenir compte du mode de réaction de l'organisme, vis-à-vis de ces corps étrangers, du rôle leucocyto-phagocytaire du terrain cellulaire de la plantation, autant de points encore peu éclaircis.

§ I. GÉNÉRALITÉS SUR LE MATÉRIEL de suture, ligature, sondage, drainage).

Voyons d'abord les principaux fils utilisés jusqu'à ce jour. Ils sont de souche différente, d'origine animale : exemple, le catgut; d'origine végétale : exemple, la soie ; d'origine métallique : exemple, le fil d'argent.

Parmi les fils de *substance animale*, je relève en première ligne le boyau de mouton ou de chat, dit *catgut*, réhabilité par Lister (1) en 1867 et les Anglais. Plus tard, en 1884, les Russes, avec Putiloff (2), préconisèrent le *tendon de renne* ou fil d'Ostiaks ; et plus tard encore en 1888, en Amérique avec O. Marcy, on vit apparaître les fibres du *tendon de la queue du Kanguroo*. Sans parler des lanières de peau de daim, ni du tendon de baleine plutôt proposés que mis en pratique.

A cette liste j'ajoute les crins de cheval, les crins du Japon, et surtout les crins de Florence (1), fibres extraites des glandes séricigènes du ver à soie, dont l'innovation remonte à Passavant, en 1865, mais la vulgarisation à vingt années seulement. Si nous mettons les crins à part — car ils se comportent sous tous les rapports comme des fils métalliques, malgré leur provenance animale — nous voyons que les fils de cette catégorie se recommandant surtout par leur résorbabilité. En sorte que s'ils sont infectés ou mal stérilisés, ils n'entretiennent — dit-on — aucun accident durable vu leur disparition opportune. Par contre, ils sont de souplesse médiocre, de résistance moyenne, et de stérilisabilité difficile, à ce point que dans la récente thèse de mon élève Deschamps, vous ne relèverez pas moins de 100 modes de préparation pour le seul catgut.

II. Les fils de *substance végétale* — ne parlons pas des inusités, tels ceux de chanvre ou de coton — sont représentés en première ligne par la *soie*. Billroth vers 1880 réhabilita ce fil à l'occasion de ses interventions sur le tube digestif. Et l'on vit alors des soies de tout calibre, de toute texture ; ronde ou tordue ; plate ou tressée ; cette dernière préférable parce qu'elle glisse mieux et se « desserre » moins. Depuis lors, on a voulu, tout comme jadis, perfectionner ce fil, le rendre plus glissant, plus lisse, plus résistant en l'imbibant d'huile, en le poissant de cire, de savon. Cependant qu'un nouvel arrivant gagne du terrain, c'est le fil de *lin*, réhabilité en 1895 par Quénu et Longuet. Ici encore, je vois qu'on s'efforce à l'étranger, d'améliorer le fil de lin par l'empoissement à la celluloïde (2), précaution qui — pour le dire dès maintenant — présente le double inconvénient de supprimer la résorption possible, et de rendre la stérilisation plus difficile. Bref, les fils d'origine végétale ont pour eux la souplesse maxima, mais ils sont moins résistants, moins facilement stérilisables que les métalliques.

III. Parmi les *fils métalliques*, celui d'*argent*, préconisé en Amérique par Marion Sims, a successivement détrôné celui de plomb, de cuivre ou de laiton, de fer recuit ou étamé ou galvanisé, celui de platine et d'or. Voici pourtant que récemment un fil nouveau, en *aluminium* bronzé, utilisé par Delagénière, tend à prendre

(1) *Le Catgut*, préconisé en Angleterre par LISTER, fut adopté immédiatement par PAGET 1870, par GIBB (ligature de la fémorale) réunion *per primam*, mort d'érysipèle (quelques jours après). WATSON constate et confirme la résorbabilité. — En Allemagne, il fut préconisé par FISCHER, NUSSBAUM, ESMARCH. En France par BŒCKEL, et surtout J. L. CHAMPIONNIÈRE.

(2) *Tendon du renne* préconisé en Russie par PUTILOFF, et surtout SNEGUIREFF, en France par TUFFIER.

(1) Le crin de Florence n'est pas du crin et ne vient pas de Florence. Ce n'est pas non plus de l'intestin du ver à soie, mais la fibre extraite des glandes séricipares du bombyx mori, avant qu'il ait commencé à filer son cocon, c'est de la soie non filée.

Passavant (de Francfort-sur-le-Mein) s'en servit en 1865 dans une staphylorraphie. Mais c'est surtout Granville Bantock, en Angleterre, qui l'utilisa, et le vulgarisa pour la ligature et les sutures cutanées.

(2) Fil à la celluloïde. C'est un fil anglais ordinaire, de bonne qualité, qui, après dégraissage soigné, est trempé dans une solution spéciale de celluloïde, puis lavé, séché, stérilisé à maintes reprises. Il a un aspect grisâtre, une surface unie, lisse, brillante, une grande résistance, une rigidité supérieure à celle de la soie, mais il est assez souple pour être noué. Il se laisse mieux enfiler, car la celluloïde qui l'imprègne étant insoluble, il ne se gonflerait jamais sous l'action de l'eau, ou des liquides de l'organisme. Pour les mêmes raisons, il ne s'infecterait pas au contact des liquides et pourrait par conséquent être employé pour toutes les sutures et ligatures perdues, dans les cas ou le catgut serait contrindiqué à cause de sa solidité ; enfin il ne risquerait jamais de casser comme la soie. Ce fil à la celluloïde a été préconisé par Linhart, Trendelenburg, Lawson Tait, Pagenstecher (d'Elberfeld) et Schlutius (de Krefeld).

dans cette catégorie la même place que le fil de lin dans la précédente. Les fils métalliques ont pour eux la résistance maxima, la stérilisabilité la plus facile par suite de leur trame compacte, non poreuse, originairement inaccessible aux bactéries. Mais ils manquent de souplesse, d'où la difficulté de les nouer; ils sont coupants, d'où l'impossibilité de les utiliser pour les ligatures ; ils sont complètement irrésorbables, demeurant pour toujours ensevelis à l'état de corps étrangers enkystés dans les tissus, vestiges du passage des chirurgiens.

Il n'est pas jusqu'à la question de *bobine* qui n'ait son importance au point de vue de la stérilisation. Il existe des modèles de tout genre, plaques de verre ou de métal, cylindres de verre ou de métal, etc., etc. Laissez-les tous. Seuls les cadres répondent au desideratum, parce qu'ils permettent l'accès de l'agent sporicide sur toute la circonférence des fils, et non sur une demi-circonférence. Le professeur Terrier (1) a souligné cet avantage, et préconisé des cadres métalliques inoxydables en nickel pur. Adoptant cette pratique, j'ai confectionné de grands cadres à l'aide de fils d'aluminium. J'ajoute que la question d'oxydation n'existe plus avec la vapeur anhydre. Ici un conseil : veillez à ce que l'enroulement du fil soit sur une seule rangée. Vous comprenez bien que s'il y a superposition, les fils superficiels empêchent l'accès de l'agent germicide ou sporicide jusqu'aux rangées profondes. J'insiste enfin pour que vous preniez l'habitude de manier les fils par l'intermédiaire de pinces et ciseaux stériles ; jamais avec les doigts ni les mains même préalablement lavées. Vous seriez singulièrement surpris si vous examiniez au microscope, la quantité de cellules détachées par îlots ou lambeaux de l'épiderme humide à chaque manipulation. Or, avec ces colonies épidermiques en voie de nécrose, ineptes à la greffe, vous déposez sur les fils nombre de staphylocoques blancs ; c'est-à-dire que vous apportez à la fois des parasites-germes et un milieu de culture, celui-ci composé de vos débris organiques macérés ; d'eau trouble provenant des mains humides et du fil lui-même imprégné d'eau, par les méthodes hydratantes de stérilisation usuelles. Ce sont là minuties qui paraîtront peut-être indignes d'intérêt. Elles ont cependant — croyez-moi — une grande importance. Il y a sans ces précautions une source méconnue d'infections dites secondaires, en réalité primaires, mais d'apparition tardive.

La question des *drains* se présente à nous sous le même jour que celui des fils. Aux anciens revient le mérite d'avoir apporté les premiers modèles, de s'être ingéniés à trouver une substance inoffensive pour les tissus. Tant que le drainage fut appliqué, avec Chassaignac aux seules plaies suppurantes, la stérilisation même imparfaite, avait sinon un intérêt secondaire du moins un effet peu apparent. Mais lorsqu'avec Arnaud et Roux (de Toulon) en 1848, le drain fut préconisé à titre préventif, dans les diérèses non infectées, le rôle des germes se manifesta ici évident comme pour les fils. Aussi les Listériens se préoccupèrent-ils de n'utiliser que des tubes purifiés.

Dans la liste, je relève : 1° des drains de *substance animale* en tête desquels figure le *catgut* en tube, en faisceau ou en paquet (Chiene), l'*os décalcifié*, le crin de cheval en faisceau ou paquet (White et Marschall) : la résorbabilité est ici encore, sauf pour le crin de cheval, ou de florence, l'avantage prédominant.

2° Les drains de *substance végétale*, comprennent en première ligne ceux de caoutchouc durci ou de *caoutchouc rouge*, des lanières, des mèches de gaze simple, ou phéniquée, ou *iodoformée* (Billroth) ; des tubes de *carton d'amiante* (Longuet).

3° Les *drains métalliques* sont d'*argent*, de *plomb*, suivant une pratique ancienne, ou mieux d'*aluminium*. On peut placer à côté d'eux malgré leur texture différente, mais à cause de leur rigidité similaire, les *drains de verre*, préconisés par Kœberlé (1). Leur vogue fut éphémère, malgré la facilité de leur stérilisation, de leur entretien, car ils sont fragiles, cassent, constituant alors dans les plaies des corps étrangers piquants ou coupants.

Très soucieux de faciliter l'écoulement des liquides, quelques chirurgiens ont substitué au « drainage tubulaire » simple, le drainage par mèches absorbantes, véritable « drainage capillaire » ; ou mieux encore le « drainage mixte, tubulo-capillaire » tubulaire à la périphérie, capillaire au centre. Dès 1867, Kœberlé (2) utilisait cette pratique mixte très estimée depuis par plusieurs gynécologistes, Hegar et Kaltenbach, Wiedow, Saenger, Kehrer, Delagénière. Et j'apprends qu'en ce moment à Boston, à Philadelphie, on se sert pour la cavité péritonéale, de « drains-cigarettes » constitués par une mèche de gaze enveloppée d'un mince feuillet de caoutchouc, de la même façon que le tabac d'une cigarette est entouré d'une feuille de papier (3).

Les bougies, explorateurs, sondes et *cathéters* sont également de structure très variable. Mais on y retrouve toujours soit la *provenance animale*, soit la *provenance végétale* : exemple les sondes de caoutchouc rouge, ou celles de gomme ; soit la *provenance métallique* : exemple les sondes d'argent, les sondes nickelées, les sondes d'étain. D'une manière générale, en matière de sonde, de bougie, d'explorateurs, mes préférences vont à l'aluminium, à cause de la légèreté, de la souplesse, de la facile stérilisabilité de ce métal. Mais je n'entends point ici généraliser, systématiser, ni surtout disqualifier les instruments habituels, telle la sonde en caoutchouc rouge si infiniment précieuse en pratique courante. D'ailleurs, les conditions ne sont nullement celles que j'envisage plus particulièrement, c'est-à-dire le cas d'une intervention en perspective, en préparation, ou celui d'une plaie à créer ou à réparer.

Enfin les *brosses* sont constituées soit de *matière animale*, soit de *matière végétale*, de crins par exemple, assimilables aux soies sous le rapport de la stérilisabilité. Je les mentionne seulement, sans discuter aujourd'hui s'il convient de préparer les téguments par nettoyage mécanique ou chimique.

En résumé, voici un bien confus assemblage d'objets très différents qui nécessitent chacun isolément un procédé de stérilisation spécial. Vous connaissez ma tendance, mon travers d'esprit, j'aime à simplifier. Or, il me semble qu'il y a intérêt à se conformer à une méthode unique, si l'on veut obtenir une cons-

(1) Terrier. — De l'asepsie opératoire : *Revue de chirurgie* 1897. Ces cadres ont de 6 à 8 centimètres de long sur 2 centimètres de large.

(1) Le drainage préventif a été également préconisé par Azam (de Bordeaux), puis par Lister en Angleterre.

(2) Kœberlé remplissait une canule de verre de bourdonnets d'ouate phéniquée destinée à l'absorption.

(3) Je laisse de côté le tamponnement à la Mikulicz qui est un tamponnement et non un drainage. Qu'il me suffise de dire que je n'ai jamais recours à cette manœuvre, n'ayant constaté que des inconvénients dans les cas où je l'ai vu employer.

tance dans les résultats. Et d'abord j'estime que la liste des matériaux en discussion, doit être raccourcie. Ainsi les objets de provenance animale, sont exclus délibérément de ma pratique. Bien plus, je pense que cette suppression réalise un grand progrès. Comment, par exemple, persister à accepter avec quiétude d'esprit dans notre technique, une matière comme le catgut, fait de boyau de mouton, c'est-à-dire d'intestin susceptible de véhiculer, d'héberger des microorganismes sporulés extrêmement résistants, parmi lesquels figurent des spores de tétanos et de charbon ! En vérité peut-on imaginer un choix biologique plus mauvais ! Vous me direz : Laissons le catgut, mais ses voisins de même souche animale sont bons n'étant point originairement septiques, ainsi le tendon de la queue des Kanguroo. Oui, mais ils n'en restent pas moins des tissus organiques nécrosés, c'est à dire éminemment putrescibles à la moindre approche micro-parasitaire.

Au reste, quelle est donc la raison de cette faveur ? c'est la qualité de *résorption*. Eh bien ! discutons un peu la portée de cet argument. Je commence par laisser de côté les fils pseudo-résorbables, comme le fil du tendon de Kanguroo, puisque sa disparition, disent ses défenseurs, exige au minimum 3 à 5 mois de séjour dans les plaies. Pour peu que ce fil soit un peu volumineux, bien solide, germicidé et durci par l'acide chromique, on peut pressentir que le processus de digestion durera des mois et des années. Voilà pourquoi sans doute, les Listériens reviennent toujours au fil dont ils cherchent à s'éloigner ; le catgut, type du fil résorbable. Et de fait, Gibb, puis Watson, ont cliniquement constaté ; Porta dans 33 cas sur 80, Schuchardt, Marcy, Callender, Holmes, Flemmigg, ont expérimentalement vérifié cette disparition totale. Donc elle existe, premier point acquis. Mais est-elle constante, deuxième point ?

Pratiquant un jour une laparotomie pour accident lointainement consécutif à une cure radicale de hernie, je découvris, au centre d'un gros gâteau épiploïque, un réseau de fort catgut germicidé, enseveli là depuis la première opération datant de 5 ans. Il était, ce catgut, si peu altéré que je reconnus une ligature, exécutée suivant une technique que je n'emploie jamais : la ligature en chaîne. Ce fait n'est pas unique ; j'en ai rassemblé 4 autres de Bryant, plus 1 cas de Murinoff (catgut retrouvé intact après 70 jours), 1 cas de Sanger, 1 cas de Dœderlein (ces deux gynécologues constatèrent l'intégrité du catgut chez des femmes ayant survécu à l'opération cœsarienne). A cela s'ajoutent, les vérifications expérimentales d'irrésorbabilité, consignées 47 fois par Porta, puis par Guterbrœck, par Meyer, par Thompson pour le catgut germicidé à l'acide chromique. Ne nous laissons donc point prendre à un mirage, et convenons que la croyance à la constante disparition du boyau de chat ou de mouton dans nos tissus est mal fondée. Un fait mieux établi, c'est la possibilité d'accidents dus à l'usage de cet intestin : Tantôt il se résorbe trop vite, et alors nous assistons, s'il a été utilisé comme agent de ligature, à des hémorragies mortelles de l'utérine comme dans un cas, non unique, rapporté par Lafolie (1) ; de la fémorale, comme dans une observation relatée récemment par Moreau ; s'il a été employé à titre de fil de suture, à des ruptures de cicatrice, à des éventrations. Tantôt l'irrésorbtion est totale ; ceci se produit surtout en cas d'intervention pour affection septique, c'est-à-dire dans l'éventualité où précisément la résorption nous apparaît comme particulièrement désirable. Elle fait défaut parce que la phagocytose est insuffisante, troublée par l'évolution microbienne. Où est donc l'avantage du catgut ? D'autant que ce boyau est d'une désinfection reconnue tellement difficile que les nouvelles méthodes de purification imaginées à son intention se multiplient sans trêve. Or, aucune de ces techniques, y compris la mienne (1) ne peut prétendre ici conférer une sporicidation absolue. Comment jamais atteindre les spores qui, si elles existent, siègent non pas à la périphérie du fil, mais bien en plein centre, dans l'ancienne lumière intestinale virtualisée par torsion, traction et enroulement ? Le spectre de complications infectieuses, septicémiques, charbonneuses (2) ou tétaniques, plusieurs fois signalées, me semble facile à écarter désormais ; rejetons définitivement le catgut. Et si j'en dis autant de ses voisins, les autres fils organiques animaux, c'est parce que je crois de mauvaise pratique biologique d'introduire sous forme de fibres nécrosées « la mort dans la vie ».

Ce départ fait, le champ s'éclaircit. Les matériaux végétaux et métalliques entrent en ligne. En ce qui concerne les fils, je pense qu'on peut, sauf pour quelques rares interventions, faire toute la chirurgie avec une seule espèce de fil, de calibre différent. Mes tendances vont en droite ligne vers le fil d'aluminium, à cause de sa facilité de stérilisation absolue. Il est regrettable qu'il soit un peu coupant, rigide, blessant par ses pointes. Or la pratique exige un fil souple pour les tissus souples. Voilà pourquoi je m'en tiens au fil de lin. Sans vouloir imposer ma manière de voir, je le préfère au *crin de Florence*, parce que souple, il se prête mieux aux nœuds, aux ligatures, aux sutures perdues ; qu'il ne coupe pas la peau ; qu'il donne, s'il est très fin, de belles lignes cicatricielles jamais pigmentées, jamais disgracieuses en « échelle de perroquet » ; qu'il est, comme dit Quénu, d'une ablation moins douloureuse, ne présentant pas de bouts rigides formant levier de transmission à la plaie des moindres ébranlements pendant le pansement.

Je le préfère à la *soie*, comme plus solide, à diamètre égal ; comme moins poreux et par conséquent mieux sporicidable, pouvant supporter 185° en milieu anhydre déshydratant ; comme susceptible de résorption totale après plusieurs mois, par attaque et digestion phagocytaire de la part des leucocytes. J'ai constaté cette disparition, inconstante d'ailleurs, pour les fils fins et récemment Neuber (3) l'a vérifiée également.

Enfin, il me semble préférable au *fil d'argent*, pourtant si facilement stérilisable, mais trop rigide, trop coupant, trop difficile à nouer, blessant par ses extrémités coupées ; d'application et d'ablation difficile au fond des cavités. Toutefois je le répète, je laisse place aux préférences personnelles, ne prétendant nullement imposer mon choix, car demain peut-être le fil idéal, jusqu'ici introuvé, sera découvert ou supprimé par la naissance de méthodes hémostatiques autres que la ligature, et de moyens de réunion autres que la suture.

Une même évolution sporicidique simplificatrice me conduit à raisonner pour les autres matériaux

(1) LAFOLIE. — Asepsie et antisepsie, *Thèse de Bordeaux*, 1900-1901.

(1) DESCHAMPS. — Le catgut. *Thèse de Paris*, 1905.

(2) CHARTERS SYMONDS. — Un cas de charbon. Le mouton dont provenait le catgut, fut ultérieurement reconnu mort de charbon. Communication à la *Société de médecine et chirurgie de Londres*, 28 février 1893.

(3) NEUBER. — *Société de médecine* de Kiel, juillet 1904.

comme pour les fils. Ainsi, pour les grandes interventions abdominales, les drains en amiante avec mèche de gaze centrale me semblent particulièrement recommandables. Ceux de caoutchouc supportant mal la préparation dans la vapeur hydrique ou anhydre à 150°. Quant aux sondes, bougies, explorateurs, sous la forme métallique demi-souple en aluminium, ils méritent mention favorable. Spécifions bien le cas de leur emploi pour grandes interventions, par exemple sur les voies biliaires ou urinaires. En toute autre occasion, la sporicidité ne s'impose plus avec une aussi étroite rigueur, s'il n'y a pas de tranche cruentée, pas de diérèse fraîche, pas de vaisseau ouvert; mais une surface de plaie déjà résistante, organisée, protégée par épithélium, ou épithélialisation, non saignante, accoutumée à la défense. Il en est souvent ainsi dans la pratique usuelle de la petite chirurgie courante journalière où la germicidation apparaît comme suffisante.

Je ne veux point terminer ce premier chapitre sans vous rappeler une fois de plus combien il importe ici comme pour le matériel de pansement, de procéder, avant toute stérilisation, aux soins préliminaires de propreté : lavage anhydre, blanchissage, dégraissage. Si vous choisissez la stérilisation par vapeur anhydre au toluène, la besogne est simplifiée. Il n'y a aucune manœuvre de dégraissage, aucune manipulation préalable à exécuter ; le toluène comme la benzine, dissolvant les graisses. Vous n'aurez donc alors qu'à placer vos cadres, chargés de fils en compresse, avec les drains, les instruments, ou les objets de pansement, dans les récipients d'aluminium du modèle déjà décrit.

Ceci fait, quelles sont les méthodes de stérilisation aujourd'hui en usage ? Qu'il s'agisse de préparations pour usage immédiat, ou pour usage retardé, — ce dernier vaut moins, — vous chercherez un effet germicide ou sporicide. Ici encore vous retrouvez la classification des méthodes qui nous est maintenant familière :

STÉRILISATION GERMICIDE

A. *Méthode antiseptique* (Lister, 1867).
B. *Méthode de l'air chaud* (A. Reverdin, 1888).
C. *Méthode de l'ébullition* (Nilson, 1888).
D. *Méthode de la vapeur « fluente »* à 100° ou « stagnante » à 120° (Schimmelbusch, 1890).

STÉRILISATION SPORICIDE

A. *Méthode de la vapeur anhydre comprimée* à 190° (Longuet, 1900).

(*A suivre.*)

Enquête sur les sourds-muets. — Le ministre de l'intérieur, désireux de répondre aux vœux du Parlement en ce qui concerne l'assistance des sourds-muets des deux sexes, a décidé de procéder à une enquête spéciale dans tous les établissements consacrés à ces anormaux. Cette enquête a été effectuée en 1905 pour les établissements situés dans les départements de l'Ain, de l'Aisne, de la Côte-d'Or, du Doubs, d'Eure-et-Loir, du Loiret, de Meurthe-et-Moselle, du Rhône et de la Seine. Elle va se continuer en 1906 et a déjà donné lieu lieu à des rapports très documentés où sont formulés des observations et des desiderata qui permettront d'étudier les mesures à prendre en vue de l'amélioration du sort de ces déshérités et notamment pour le développement de leur enseignement professionnel. (*Le Temps*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Le dossier sanitaire devant les Conseils de revision. Comment on doit l'établir.

L'ouverture prochaine des conseils de revision rend intéressante la question du dossier sanitaire, dont la nécessité a été reconnue par nos assemblées législatives. Déjà en 1899, nous avions, dans ce journal, appelé l'attention du public médical sur l'importance des certificats délivrés aux jeunes conscrits. Les arguments que nous invoquions ont été repris par nos confrères, membres du Sénat ou de la Chambre des députés, et le *Progrès médical* est heureux d'avoir été l'un des premiers à signaler l'importance de ces certificats et à leur donner force de loi dans les décrets établis. Notre devoir d'experts devient donc, par cela même, plus formel, et notre responsabilité, aussi bien devant l'armée, c'est-à-dire devant le pays, que devant nos clients, s'accroît davantage. Nous devons donc nous efforcer d'apporter dans la rédaction de ces certificats non seulement la plus scrupuleuse exactitude, mais aussi la clarté la plus grande, le sens clinique le plus irréprochable. Nous le devons d'autant plus que nous allons nous trouver en présence de demandes nombreuses, parce qu'il n'y a plus d'autres moyens d'éviter le service et que la simulation va devenir le moyen de défense de tous les paresseux ou poltrons. Malheureusement, on est obligé de constater que les certificats médicaux ne sont pas toujours rédigés comme je viens de le dire. Un de nos confrères de l'armée, le médecin-principal Mareschal, attaché à la place de Paris, — dont l'expérience — considérable à ce point de vue, puisqu'il compulse chaque année plusieurs centaines de certificats, n'a d'égale que sa parfaite urbanité déontologique, et sa bienveillance pour les péchés véniels qu'une trop grande sollicitude maternelle ou des intérêts respectables peuvent excuser, — a fait, le 14 juin 1905, devant les membres de l'Union fédérative des médecins de réserve, une très intéressante conférence sur ce sujet. Nos confrères qui voudraient lire ce travail (et je ne saurais trop les y engager) publié dans le numéro 2 du *Bulletin officiel de l'Union*, comprendront combien est difficile la tâche du médecin-militaire pour déjouer la paresse ou la mauvaise foi de jeunes gens, s'appuyant le plus souvent sur des certificats extorqués par surprise, sur des recommandations politiques ; escomptant les craintes d'un article ou d'un reportage fallacieux. Ils reconnaîtront combien un certificat donné mal à propos ou mal rédigé mettra dans l'embarras nos confrères militaires ; partagés entre le sentiment des intérêts qu'ils sont chargés de défendre et la crainte de se tromper dans l'appréciation de faits exposés incomplètement ou sans clarté.

Les exemples qu'il a choisis entre des milliers qu'il aurait pu citer entraîneront cette conviction que mes assertions n'ont rien d'exagéré. Je ne puis, à mon grand regret, donner ici une analyse complète de ce travail, et je dois me contenter d'indiquer les desiderata constatés le plus souvent par notre confrère dans la rédaction de ces certificats :

1° Absence de diagnostic ;
2° Diagnostic imprécis et peu scientifique ;
3° Diagnostic dramatisé, en contradiction évidente avec les conclusions demandées ;
4° Certificats fantaisistes, non légalisés, ne paraissant pas émaner de médecins ;
5° Simple énoncé des allégations de l'intéressé ;
6° Conclusions inopportunes au point de vue militaire, quoique rationnelles au point de vue médical ;
7° Manque de précision ;
8° Diagnostic dissimulé.

La conférence faite par notre confrère embrasse la rédaction des certificats de toutes espèces. Indiquer les règles à observer dans chaque cas particulier (permissions, prolongations de congés, convalescences, réformes, etc.) serait l'œuvre d'un véritable traité de médecine médico-légale militaire. Aussi, je dois me borner à donner seulement mon avis sur la façon dont nous établirons les certificats destinés à former le dossier sanitaire remis au conseil de revision.

Deux cas peuvent se présenter.

1° La lésion est évidente et grossière. Il existe une difformité que le premier venu peut constater, une maladie si manifeste qu'il est impossible de s'y méprendre, une tuberculose avancée, par exemple ; une affection cardiaque dont les signes sont appréciables à tous les points de vue ; une déformation du squelette incompatible avec un service quel qu'il soit.

Dans tous ces cas, aucun certificat n'est nécessaire, à mon avis, parce que nous n'avons rien à apprendre à nos confrères militaires, ni sur une lésion qu'ils sont à même de reconnaître aussi bien que nous, ni sur les conséquences qu'elle peut avoir au point de vue militaire, dont ils apprécieront les exigences avec une compétence plus grande que la nôtre. Néanmoins, devant l'insistance de nos clients qui croient à la toute-puissance des certificats, nous pourrons être contraints de l'établir. Dans ces cas, il devra être très explicite, décrire en quelques mots nets et concis la lésion constatée ; mais on s'abstiendra de tirer des conclusions au point de vue militaire. En effet notre rôle doit se borner à affirmer la lésion que nos confrères peuvent constater comme nous ; notre responsabilité devant nos clients est dégagée par le fait que nous avons appelé l'attention du conseil sur leur réclamation. Seul notre confrère militaire est à même de décider en connaissance de cause si cette lésion, sur laquelle notre accord est commun, est compatible avec tel ou tel degré du service militaire.

2° Bien différent est le second cas, dans lequel les lésions sont visibles, mais d'une gravité plus ou moins discutable ; ou bien ont disparu sans laisser de traces physiques appréciables, sinon un état de santé plus ou moins précaire, et sont susceptibles d'un réveil inopiné.

Il ne suffira plus de donner un simple énoncé de la lésion ou de l'affection latente que nous avons constatées autrefois, dans leur complète manifestation symptomatique, ou dans des récidives répétées. Il faut encore citer les causes qui les ont produites, la marche que la maladie a présenté, les conséquences qu'elle a pu entraîner sur la santé générale, sur le développement de l'individu, afin que notre confrère soit bien renseigné sur la possibilité d'une aggravation de cette lésion ou d'un réveil de cette maladie, par le fait d'exposer notre client aux mêmes causes étiologiques ; sur les dangers qu'il lui fera courir en le plaçant dans un milieu privé de toutes les conditions hygiéniques particulières dont nous avons maintes fois reconnu pour lui la nécessité. Non seulement, nous devons fournir à notre confrère toutes les indications capables d'éclairer sa religion, mais encore, en pareil cas, notre devoir est de donner des conclusions nettes au point de vue du service, puisque, mieux que personne, nous avons pu étudier l'influence de certaines circonstances sur cette lésion ou cette affection, puisque notre conviction des dangers qui résulteraient pour notre client, si on le plaçait à nouveau dans de semblables conditions, est formelle, et que notre responsabilité serait engagée si nous ne la faisions pas connaître.

Quelques exemples viendront confirmer ma manière de voir.

Un jeune homme, vers l'âge de 12 ans, en se livrant au jeu du « cheval fondu » reçoit sur le dos plusieurs de ses camarades. Il tombe, et quelques jours après, il entre à l'infirmerie où l'on constate un léger gonflement douloureux au niveau de la région dorsale. Après quelques mois de traitement, il reprend le cours de ses études, conservant toujours une légère voussure au niveau de la région dorsale, et très sujet à s'enrhumer. Vers l'âge de 16 ans, il est atteint d'une bronchopneumonie double, qui nécessite plusieurs semaines de traitement, après lesquelles il est retiré définitivement du lycée, pour continuer son éducation dans sa famille.

Au moment de l'appel de sa classe, sa nutrition et sa musculature générale sont assez bonnes ; la région dorsale présente une légère voussure avec un peu de scoliose, sans toutefois que cette déformation soit assez prononcée pour qu'on puisse la constater quand il est habillé. Antécédents héréditaires fortement entachés d'arthritisme. Si ce jeune homme, dont la lésion du squelette n'est pas absolument incompatible avec le métier militaire, tout au moins dans les corps non combattants, est soumis aux influences morbides du milieu de la caserne, il va courir le risque de voir sa résistance organique, dont les antécédents morbides indiquent déjà la fragilité, fortement diminuée par les causes délétères auxquelles il sera exposé, et qui pourront provoquer le réveil d'une dyscrasie dont je ne puis affirmer la disparition complète, puisque j'ai constaté la susceptibilité morbide de ce jeune homme, puisque je connais, en outre, l'hérédité familiale, de par laquelle il se trouve placé en état de résistance moindre. Il est de mon devoir d'exposer tout au long à mon confrère la genèse, la filiation des phénomènes observés, de montrer comment cette lésion qui paraît, *a priori*, compatible avec le service militaire, et qu'on pourrait considérer comme une difformité congénitale ou de croissance, est de nature fort suspecte, et par cela même nécessite une mesure plus radicale que celle qu'on serait disposé à prendre, je veux dire l'éloignement du service actif, et non le classement dans un

corps d'infirmiers ou de secrétaires, vivant en caserne, et au milieu duquel le jeune homme ne serait pas à l'abri d'un réveil possible de sa dyscrasie.

Autre exemple. — Un jeune homme, vers l'âge de 10 ans, présente, à la suite d'une scarlatine, une albuminurie qui persiste plusieurs mois. A 13 ans, il est atteint d'une fièvre typhoïde au cours de laquelle l'albumine réapparait en assez grande quantité. Pendant plusieurs années, les analyses pratiquées à diverses reprises dénotent dans les urines des quantités minimes d'albumine, avec recrudescence à l'occasion de la moindre fatigue ou d'indispositions passagères.

Depuis deux ans, l'albumine a disparu dans les urines ; mais l'état général de la santé laisse à désirer, quoique les apparences extérieures ne soient pas mauvaises. La langue est fréquemment saburrale, l'appétit capricieux, les fonctions intestinales irrégulières, la céphalée fréquente ; l'essoufflement arrive au moindre effort ; on constate une extrême susceptibilité des bronches, quoique l'auscultation ne revèle aucun signe suspect ; l'examen cryoscopique et la recherche de la toxicité urinaire ont démontré l'existence d'un ralentissement de circulation glomérulaire et une mauvaise épuration rénale. En fait, je suis persuadé de l'existence d'une albuminurie résiduale avec lésion rénale minimum, mais persistante et pour laquelle le service militaire quel qu'il soit peut être l'occasion d'un réveil grave. Mais l'état de santé extérieure n'indique rien de tout cela ; l'examen des urines, si on le pratique, ne présentera plus rien de suspect au point de vue de l'albuminurie. Et pourtant, si le médecin militaire non prévenu incorpore ce jeune homme, même à titre d'essai, même en le surveillant, les conséquences peuvent être déplorables. Il est donc nécessaire que je lui fasse partager ma conviction et ma manière de voir, en lui exposant le résultat de mes observations, en mettant à l'appui toutes les preuves cliniques nécessaires, que je lui donne clairement mon avis au sujet du danger qu'on peut faire courir à mon client en adoptant telle ou telle mesure à son égard.

Comment, en pareil cas, sera rédigé le certificat médical que notre devoir professionnel nous impose.

Nous entendons dire quelquefois par les familles : « Donnez-nous un certificat très bref : quand il est trop développé, le Conseil ne les lit pas. » Il y a souvent beaucoup de vrai dans cette assertion, et je crois qu'il est préférable, en principe, d'établir des certificats brefs, nets et concis. Cette règle est-elle applicable dans le cas que je viens d'examiner ? Oui, si l'on procède de la façon que je vais indiquer : J'établis sur papier timbré un certificat déclarant que M. X., est atteint de telle ou telle maladie ou lésion, en ayant soin de donner un diagnostic précis, court, conforme aux données cliniques, et je donne mes conclusions en basant mon avis sur l'importance des causes que l'observation m'a prouvé susceptibles d'augmenter la gravité de la lésion ou l'affection actuellement latente. Mais, en même temps, pour justifier ma manière de voir, pour permettre à mon confrère d'être renseigné en parfaite connaissance de causes, je relate sur papier libre l'observation détaillée du passé pathologique de mon client, en énumérant les conditions étiologiques, les phénomènes morbides qu'elles ont pu provoquer, les résultats obtenus par les différents examens cliniques, bactériologiques, chimiques, la marche de la maladie, ses récidives, etc. Voilà ce qui doit constituer le dossier sanitaire qui n'est plus, ne doit pas être, en pareil cas, un simple certificat.

De toutes façons, l'attention du médecin militaire sera attirée sur notre client par la lecture rapide du certificat lui-même. Si sa conviction n'est pas faite immédiatement, si, le temps pressant, il ne peut, au moment du Conseil, prendre connaissance de l'observation détaillée qui doit dissiper ses doutes, il suffira d'ajourner l'examen à la fin de la séance, et de prendre avec son camarade une décision en toute connaissance de cause. Dans un précédent travail, publié dans le *Progrès médical*, sur la réforme des conseils de revision, je disais qu'il serait juste que le médecin ayant établi un certificat fût mis à même de discuter, en fin de conseil, sa manière de voir avec ses confrères militaires. Je ne vois pas quelle objection on pourrait faire à cette proposition.

Le médecin serait libre d'assister ou non son client devant le conseil ; les frais résultant de son déplacement seraient affaire entre lui et la famille. En revanche, je suis persuadé que cette consultation entre confrères civils et militaires — bien préférable à l'adjonction demandée par quelques députés, de médecins civils comme experts permanents dans les conseils de revision — aurait les plus heureux résultats, tant au point de vue du soin que les premiers apporteraient dans la rédaction de leurs certificats, que de la considération et de l'importance que les seconds y attacheraient. Car, je ne puis m'empêcher de croire que, lorsqu'un confrère, quel qu'il soit, est mis à même de reconnaître le scrupule, la sagacité, le vrai sens clinique, apportés dans l'exposé de faits énumérés avec une certitude évidente, on puisse conserver un doute sur la réalité d'un cas dont les signes actuels ne permettent pas néanmoins de certifier l'existence. Et précisément voici ce que je demande, ce que j'ai toujours demandé, ce qui doit être, parce que nous sommes, les uns et les autres, pénétrés de la dignité de notre profession et du respect que nous nous devons mutuellement ; en pareil cas, notre certificat seul doit déterminer la décision à prendre, puisque l'absence de signes manifestes empêche actuellement de contrôler l'évidence des faits antérieurs ; et puisqu'en cas de doute il serait dangereux de faire subir à notre client une épreuve dont il ne sortirait pas indemne.

Tel est, à mon avis, la conduite que nous devons suivre les uns et les autres. En agissant ainsi, nous resterons dans le rôle si élevé, si noble que nous avons à remplir. Nous resterons les arbitres impartiaux des droits que nous avons réciproquement à défendre. Nos confrères militaires seront mis à l'abri par cette consultation faite en commun des revendications ultérieures, des chantages plus ou moins honnêtes dont on les entoure pour obtenir des faveurs. Ils n'auront plus à lutter seuls contre les objurgations de politiciens plus ou moins scrupuleux réclamant injustement pour

des électeurs influents, de ronds-de-cuir ministériels, utilisant le papier officiel pour chercher à imposer une faveur dont l'obtention rehausserait leur valeur négative ; enfin, le commandement, dégagé de toute crainte de scandale, n'aurait plus quelquefois la tendance de dicter à nos confrères une décision qu'ils hésitaient à prendre.

Ainsi nous aurons été les artisans de la dignité et de l'indépendance professionnelles, qui sont la devise de notre corporation, quel que soit le vêtement que nous portions.

A. DEMMLER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 janvier 1906.

Nouveau procédé d'isolement gastrique pour l'obtention et l'étude de la sécrétion gastrique pure du porc.

M. MAURICE HEPP présente à la Société du suc gastrique rigoureusement pur prélevé de l'estomac du porc grâce à une nouvelle méthode opératoire d'isolement gastrique (1). Les raisons qui ont conduit M. Hepp à cette nouvelle façon d'opérer sont les suivantes : par l'exclusion gastrique simple, sans oblitération pylorique, qu'il pratique depuis plusieurs années, on ne peut recueillir qu'un suc mélangé d'une certaine quantité de bile et de sucre pancréatico-duodénal thérapeutiquement actif, mais impropre à l'étude physiologique rigoureuse. Par la séquestration totale de l'estomac on obtient un suc pur, mais la quantité de la sécrétion diminue rapidement et la santé de l'animal s'altère. C'est pourquoi il a pensé qu'il convenait de laisser à l'animal une partie de son estomac, tant dans l'intérêt de sa santé que pour lui permettre d'entretenir la sécrétion de la poche séquestrée, en déversant dans son intestin une certaine quantité de la substance excito-sécrétoire dont Froin a démontré l'existence dans le suc gastrique. L'estomac ainsi séquestré sécrète une quantité quotidienne de 600 à 700 cc., la santé du producteur restant bonne et la sécrétion « orthodoxe ». Reste à savoir si les animaux ainsi opérés pourront être conservés en bonne santé pendant trois et quatre ans, comme ceux dont l'estomac est seulement unilatéralement exclu.

Quant aux analyses pratiquées sur le suc gastrique obtenu par le nouveau procédé opératoire, elles ont démontré que le suc gastrique de porc est franchement plus riche que les sucs humain et canin. Le suc gastrique canin est un suc gastrique de carnivore hyperchlorydrique. Le suc gastrique de porc, au contraire, est certainement celui qui se rapproche le plus du suc humain et c'est celui qu'il importe le plus d'étudier, au point de vue physiologique, en vue de la médecine humaine.

Ictère et sécrétion biliaire.

M. EMILE GÉRAUDEL. — Les deux glandes distinctes et imbriquées du foie entraînent par leur physiologie des conséquences importantes.

La *glande porte* (périphérie du lobule) est une glande à sécrétion interne avec déchets hématiques venus de la rate, elle fabrique des pigments et produit une cholémie normale intra-hépatique.

L'autre glande à sécrétion externe, glande *sus-hépatique* (centre du lobule) reprend au sang intra-hépatique les pigments déversés par la glande porte. L'oblitération des voies biliaires entraîne l'arrêt de la glande sus-hépatique et son atrophie ; la glande porte n'est pas altérée, la cholémie intra-hépatique déborde le foie et devient générale et il n'y a pas d'ictère de rétention. Celui-ci est fonction de la défaillance de la glande sus-hépatique.

Mucinase dans les matières fécales.

M. RIVA a étudié les variations de la muccinase dans les matières fécales. Ce ferment, découvert par Roger, n'est pas influencé par l'état physique des selles ni par la durée de la traversée digestive. La constipation habituelle, la dysenterie chronique, influent sur la présence de la muccinase en l'augmentant. La quantité du mucus et des muco-membranes dans les selles augmentent proportionnellement à l'intensité de la diarrhée.

Ascite opalescente due à une mucine.

MM. F. A. GOURAUD et COSSET ont observé dans le service de M. le prof. Dieulafoy une ascite opalescente, non clarifiée par le liquide d'Adam, ne contenant pas de graisse, éclaircie par l'acide acétique et donnant toutes les réactions de la mucine.

Réactions colorantes des acides gras.

M. JACOBSON (de Bucarest) étudie une méthode de coloration décelant les acides gras libres, surtout dans les selles de nourrissons et permettant d'étudier la digestion des graisses chez les enfants dyspeptiques.

Toxicité du contenu intestinal.

MM. ROGER et GARNIER ont présenté leurs études sur la toxicité de l'intestin grêle des lapins (Soc. biol., 4 nov. 1905) : ils ont ensuite recherché la toxicité des extraits de l'intestin grêle du chien. Ceux-ci sont très virulents pour le lapin, les entérotoxines y atteignent 144,5 et provoquent la mort après injection des veines périphériques à la dose de 0 cc. 41 à 1 cc. 3 par kilogr. d'animal. La mort n'est pas due aux coagulations intra-vasculaires : le foie neutralise en partie ces poisons : il faut trois fois plus de toxique si ce liquide est introduit par la veine porte.

Le poids du résidu sec de ce liquide est infime. Le poison intestinal du chien tue le lapin à dose de 76 milligr. par kilog ; l'alcool détruit la molécule toxique ; les corps dissous par l'alcool ou ceux qu'il précipite n'ont pas le pouvoir toxique du produit primitif.

Les poisons intestinaux du chien viennent de l'alimentation et diminuent quand on soumet l'animal au régime lacté ; il faut alors 4 à 8 cent. cubes pour tuer l'animal injecté et les entérotoxines s'abaissent à 38 gr., l'intestin fabrique donc avec le lait quatre fois moins de poison qu'avec la viande.

L'hématolyse normale.

M. FROIN a observé 80 fois, sur 178 liquides hémorrhagiques, après centrifugation immédiate, une teinte brunâtre ou brun jaunâtre due à l'hémoglobine dissoute dans le liquide. Il s'agissait de liquides cancéreux, tuberculeux, contenant beaucoup d'urée. La réaction de Gmelin y est presque constante et le pigment biliaire y coexiste avec le mono-nucléaire. Ces faits s'opposent à ceux où on voit l'hémoglobine se transformer au fur et à mesure de sa mise en liberté en pigment jaune ou en pigment biliaire. Cette hématolyse est vraiment l'hématolyse normale ; tandis qu'on peut nommer hématolyse anormale celle où l'hémoglobinolyse n'évolue pas parallèlement à la globulolyse. Ce sont là faits exceptionnels, concernant les liquides cancéreux et tuberculeux.

Tension artérielle chez les convalescents.

MM. ODDO et ACHARD (de Marseille) ont, dans leurs recherches cliniques sur la tension artérielle chez les convalescents, observé 3 phases successives : tension faible, tension moyenne instable, tension stable. L'instabilité est chez la plupart caractère de la tension artérielle et du système cardiaque et il

(1) Voici en quoi consiste le procédé : on commence par sectionner l'œsophage, parfaitement isolé des nerfs pneumogastriques, au-dessus du cardia ; on l'implante ensuite, par une anastomose termino-latérale, sur le duodénum, puis, ayant rétabli ainsi la continuité du trajet digestif, on amène l'estomac dans la plaie de laparotomie ; on effondre en un point le petit épiploon au contact de la petite courbure et on saisit l'organe transversalement entre deux clamps. On le sectionne alors franchement en deux poches que l'on ferme respectivement ; l'une, pylorique, demeure la propriété de l'animal ; l'autre, cardiaque, conservant tous ses vaisseaux et tous ses nerfs, est fistulisée à la peau : c'est elle qui fournit le suc gastrique pur.

faut chez eux graduer très prudemment la reprise de la fatigue musculaire et de l'effort. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier.

Conditions légales pour l'emploi des Rayons X.

M. Chauffard dépose un intéressant rapport montrant tout l'intérêt de la récente proposition du Prof. Debove, qui voudrait réserver aux seuls médecins le radiodiagnostic et la radiothérapie. Il montre l'importance et les difficultés de ce diagnostic, ses applications nombreuses, et s'accroissant chaque jour. Il signale les erreurs possibles. M. Lucas-Championnière, dit-il, insistait tout récemment, avec juste raison, sur les erreurs, aussi préjudiciables pour le malade que pour le chirurgien, qui sortent trop souvent de certaines officines radiographiques ; il citait des exemples de fausse fracture du fémur, soi-disant constatée par la radiographie, alors qu'elle n'existait nullement en réalité ; d'une fracture du radius qui, sur la radiographie, avait été prise par un empirique pour une luxation d'un os du carpe. « Tout un monde de radiographes ». dit notre collègue, tend à perpétuer dans le public les opinions les plus fausses sur les fractures et les consolidations. Assurément, il n'est ici aucun de nos collègues en chirurgie qui ne puisse s'associer à cette déclaration, et lui apporter l'appui de plus d'une observation personnelle, citer des cas où une erreur de diagnostic radiologique a pu entraîner des infirmités ou des incapacités définitives.

Au point de vue thérapeutique, l'importance n'est pas moins grande. Un traitement mal dirigé peut entraîner des aggravations des accidents. Un radiographe novice peut même s'exposer lui-même à des dangers sérieux.

M. Chauffard conclut que, déjà en ce qui concerne le diagnostic, la jurisprudence admet que cette partie, la plus importante et la plus délicate de l'art médical, est exclusivement réservée au médecin. A plus forte raison, tout traitement radiothérapique pratiqué ou dirigé par une personne non munie d'un diplôme médical constitue l'exercice illégal le plus avéré de la médecine.

Il y a donc là une situation irrégulière, ambiguë, dont la prolongation ne peut paraître que regrettable et dangereuse.

Si donc, comme nous l'espérons, l'Académie se rallie à la proposition de M. Debove, seuls les médecins, ou les dentistes diplômés, en ce qui concerne la pratique odontologique, doivent être autorisés à appliquer les rayons Rœntgen au diagnostic et au traitement des maladies. La radiologie leur appartient aussi indiscutablement que les autres branches des sciences médicales ; leur en réserver la pratique exclusive, c'est prendre non seulement leurs intérêts, mais, ce qui importe beaucoup plus, les intérêts du malade et de la société.

L'Académie sera dans son rôle de protectrice de la santé publique en adoptant et en appuyant de sa haute autorité la proposition qui lui a été soumise par M. Debove.

En conséquence, votre commission propose à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

Considérant :

Que l'emploi médical des rayons Rœntgen peut déterminer des accidents graves ;

Que certaines pratiques peuvent créer un danger social ;

Que seuls les docteurs en médecine, officiers de santé ou dentistes diplômés (en ce qui concerne la pratique odontologique) sont capables d'interpréter les résultats obtenus au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies :

L'Académie est d'avis que :

L'application médicale des rayons Rœntgen, par des personnes non pourvues des diplômes ci-dessus, constitue un acte d'exercice illégal de la médecine.

L'épidémie cholérique d'Allemagne.

M. Chantemesse montre l'enseignement à tirer des mesures aussi radicales qu'efficaces appliquées récemment en Allemagne contre l'invasion du choléra.

L'Allemagne a préparé dès 1900 une loi d'exception, applicable au choléra, à la peste, à la fièvre jaune, au typhus, à la lèpre, à la variole. Cette loi impose la déclaration rigoureuse des cas, la nécessité d'une constatation précise, avec, s'il est nécessaire, l'autopsie des cas suspects, et revêt le médecin du district d'une sorte de dictature sanitaire momentanée. Elle prescrit la surveillance des malades et des suspects, poussée jusqu'à la possibilité de l'isolement absolu. Elle prévoit que le domicile d'un malade pourra être pourvu d'une marque apparente qui le désigne à l'attention publique et, si le malade ne peut être efficacement isolé chez lui, la loi exige que lui et ceux qui le soignent soient transportés et isolés ailleurs.

Cette loi si rigoureuse de 1900 fut encore renforcée par celle de février 1904 qui dispose : isolement certain de tout malade ; observation de cinq jours et isolement possible de tout suspect ; isolement de tout porteur de bacilles en apparence bien portant, mais considéré comme un malade.

On édicta un règlement très rigoureux visant la surveillance sanitaire de la navigation intérieure et de la batellerie. Les bateliers reçurent l'instruction ci-dessous rédigée en sorte de commandements religieux :

Tu peux te protéger toi et ta famille contre le choléra.

Le poison cholérique est contenu dans l'eau avec laquelle ta profession te met en contact.

Ne bois pas l'eau des rivières. Ne t'en sers pas pour te nettoyer, ni toi ni les objets dont tu fais usage.

Ne puise de l'eau qu'aux fontaines munies d'un écriteau favorable.

Avant de prendre tes repas, lave-toi les mains avec de l'eau et du savon.

Ne mange que des aliments cuits.

Ne souille pas l'eau des rivières avec des déjections et fais cette défense à ceux qui dépendent de toi.

Emploie pour tes besoins des vases spéciaux qui te seront remis et qui contiennent du lait de chaux.

En cas d'indisposition va trouver le médecin le plus proche.

Le service allemand organisa le long des fleuves et des canaux, où s'était répandue l'épidémie, un service de surveillance médicale. La visite était faite à des postes fixes ou en cours de route par des canots portant un médecin et signalés à l'attention publique par un pavillon blanc. Chaque district de surveillance fluviale disposait d'un local pour l'isolement des malades et d'un second pour celui des suspects. Les médecins veillaient à ce que les bateliers ne fissent usage que d'une eau pure et des vases étaient remis pour que les déjections subissent une désinfection énergique avant d'être jetées à l'eau. Les bateaux fluviaux devaient arborer un drapeau jaune pour signaler la présence à bord d'un cas de choléra, un drapeau noir pour un décès cholérique. Dans l'un et l'autre cas, les bateaux étaient arrêtés et ceux qui se trouvaient à bord, isolés. L'analyse bactériologique des selles était pratiquée et ce n'est qu'après deux examens négatifs que les suspects étaient remis en liberté.

En France notre service d'inspection sanitaire obtient déjà de bons résultats en arrêtant aux gares frontières les suspects, proscrivant l'entrée du linge sale, donnant des passeports sanitaires, assurant la désinfection des water-closets, des gares et des trains, surveillant la santé des voyageurs en cours de route.

Mais notre loi de 1902 paraîtra bien débile à l'égard de la loi allemande de 1904, qui sacrifie sans hésiter les agréments de l'individu malade ou simplement de l'homme suspect de choléra au bien général de la collectivité. Vis-à-vis de l'admirable règlement allemand qui commande la manœuvre de l'émigration, le règlement français, qui date de 1862, est bien insuffisant.

M. Chantemesse compte revenir, dans une prochaine séance, sur les améliorations nécessaires à cet antique règlement.

M. Brouardel demande s'il ne serait pas utile d'avoir un règlement spécial à chaque maladie pestilentielle, au lieu de dispositions trop générales ne s'appliquant à aucune maladie en particulier.

M. Chantemesse approuve pleinement cette proposition.

Traitement des névralgies faciales rebelles.

Le Professeur Raymond montre les bons résultats obtenus dans le traitement des névralgies faciales rebelles par les injec-

tions profondes d'alcool cocaïné à titre progressivement croissant, suivant la ténacité des cas.

Il est très utile d'ajouter quatre gouttes de chloroforme par centimètre cube de solution d'alcool cocaïné. A.-F. PLICQUE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

I. — **Traité élémentaire de clinique thérapeutique** ; par Gaston LYON, ancien chef de clinique à la Faculté. 1 gros vol. in-4° de 1700 p., chez Masson, 1905.)

C'est la continuation d'un travail considérable qui permet à M. Gaston Lyon de nous offrir la 6e édition, revue et augmentée, d'un ouvrage fort apprécié depuis son apparition. Sa caractéristique est une mise au point raisonnée de la conclusion thérapeutique des divers chapitres de la médecine (*maladies des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire* ; *maladies du système nerveux, maladies infectieuses, maladies de la nutrition*) y compris les *empoisonnements* (mercure, phosphore, arsenic, sulfure de carbone), les *intoxications* (aliments, venin des serpents, saturnisme, tabagisme, morphinomanie, alcoolisme), et les *accidents causés par les agents physiques* (foudre et électricité, froid et chaleur, air comprimé, raréfié, confiné). Il est peu facile, vu l'importance de l'ouvrage, d'en présenter à égal titre les diverses parties. Et nous sommes personnellement enclin à l'analyse de la *thérapeutique des maladies des voies digestives*, telle que l'expose M. Gaston Lyon.

Avec un court aperçu de la pathogénie de l'ŒSOPHAGISME, l'auteur en donne le traitement général et méthodique ; *hydrothérapie, applications chaudes* au-devant du cou, *bromures, valérianates, cocaïne*, « sans d'ailleurs accorder trop « de confiance aux moyens médicamenteux » ; traitement *psychique* et *hygiénique*. Si besoin est, *dilatation* méthodique par des *bougies* ou des *olives* ; M. Lyon préfère les olives, et nous aussi. Plus difficile est *l'électrisation*, indirecte, ou directe par la franklinisation hertzienne, la faradisation ou la galvanisation.

Passons sur l'EMBARRAS GASTRIQUE dont on connaît en général le traitement, en rappelant l'utilité du *lavage de l'estomac*, les *compresses humides* sur l'estomac, et en terminant par cette formule de purgatif salin :

Sulfate de magnésie	30 gr.
Sirop de framboises	30 gr.
Eau	100 gr.

Les GASTRITES CHRONIQUES motivent une classification, à propos de laquelle nous sommes heureux de voir l'esprit positif de M. Lyon remettre en juste valeur les précieuses données du *chimisme stomacal* (1), en lui donnant toute l'ampleur méritée (p. 77), mais en mettant en garde contre une appréciation trop absolue. Glissons sur le régime alimentaire, où nous trouvons le *bouillon*, moins nutritif que stimulant, avec ses indications et ses contre-indications qui ne sont pas suffisamment observées dans la pratique. Les *lavements alimentaires* sont réduits, surtout après les recherches de MM. Alb. Mathieu et Ch. Roux (2) à leur juste valeur, et voici une recette très complexe, ainsi que l'affectionne M. le Professeur Albert Robin :

(1) Nous ne rappellerons pas les travaux de notre ami Winter ni les nôtres sur ce sujet.

(2) *Gaz. des hôp.*, 22 déc. 1903.

Œufs frais	n° 1-3
Peptone liquide	40 à 50 gr.
Solution glucose à 20 %	100 gr.
Sel marin	2 gr.
Pepsine	0 gr. 50
Laudanum	III gouttes.
Bouillon frais q. s. pour 250 c.c.	

F. s. a. un lav. alimentaire.

La partie médicamenteuse est sainement pesée par M. Lyon, qui cite le traitement de l'*hypopepsie* par M. Robin en prescrivant les sels de potasse à petites doses :

Azotate de potasse	0 gr. 50 centig.
Sulfate de potasse	0 gr. 05 centig.
Poudre d'ipéca	0 gr. 01 centig.
Bicarbonate de soude	0 gr. 30 centig.

pour 1 paquet à prendre avant chaque repas.

A propos de l'emploi de l'acide chlorhydrique, il peut être avantageux de l'associer à l'albumine, comme le recommande M. Linossier, et de ne l'utiliser qu'à petites doses, comme le demandent en particulier MM. Mathieu et Huchard :

Acide chlorhydrique	0 gr. 50 centig.
Eau distillée	500 gr.

un verre à madère après chaque repas.

N'oublions pas l'acide phosphorique, très utilement employé dans l'hypopepsie, malgré le point d'interrogation posé par M. Lyon (p. 138) :

Acide phosphorique officinal	10 gr.
Phosphate acide de soude	20 —
Eau distillée	200 —

de 1 à 4 cuill. à café, suivant la tolérance.

Dans les *dypepsies nervo-motrices*, M. Mathieu fait prendre, spécialement aux flatulents gastro-intestinaux, un des paquets :

Sulfate de soude	1 gr.
Chlorure de sodium	2 —
Bicarb. de soude	2 —

pour un paquet, à prendre le matin à jeun ou demi-heure avant le repas, dans un verre d'eau de St-Galmier.

Mais, d'après M. Hayem, le sulfate de soude peut être dangereux dans les cas d'hypopepsie, laquelle a souvent eu pour cause l'abus des purgatifs salins, et des cures aux eaux de Carlsbad. Cette opinion est appuyée sur des recherches dont une série a été faite par nous au laboratoire de ce professeur (1). Par contre, et toujours d'après M. Hayem, le sulfate de soude peut être prescrit chez les hyperpeptiques, aux doses de 6 à 8 grammes, pendant 3 à 4 semaines au minimum. Voici une solution qui convient aussi bien aux hypo- qu'aux hyperpeptiques :

Chlorure de sodium	3 gr.
Sulfate de soude	3 —
Eau distillée	1 litre.

à prendre par quart de litre ; froide au chauffée à 40°

La DILATATION DE L'ESTOMAC commande une thérapeutique symptomatique bien complexe, lorsque le traitement n'est pas justiciable de la chirurgie. La *constipation*, pour ne relever qu'un symptôme, sera uniquement combattue par les *lavements*, le *massage*, ou par les médicaments suivants, recommandé par le regretté M. Soupault :

Phosphate de soude	5 gr.
Sulfate de soude	4 —
Bibarb. de soude	3 —

pour 1 paquet à dissoudre dans une bouteille d'eau et à prendre le matin à jeun, a raison d'un verre tous les 2 jours.

Comme traitement général, les injections sous-cutanées de *cacodylate de soude*, les *compresses de Priessnitz*, les *frictions* sèches ou à l'alcool, *l'hydrothérapie*, la *gymnastique suédoise* le repos prolongé à la *campagne* ou de préférence dans une *station de montagne*.

(1) CORNET. — *Bull. médical*, 18 fév. 1893.

Passons, après enjambée, à l'ULCÈRE DE L'ESTOMAC. Se bien mettre en mémoire, que l'*alimentation rectale exclusive doit précéder l'emploi du régime lacté.* Voici une formule de lavement due à Boas :

Lait	250 c. c.
Jaune d'œuf	nº 2
Sel de cuisine	une pincée.
Vin rouge	1 cuill. à bouche.

Faire prendre 3 lavements dans les 24 heures, après un lavement évacuateur chaque matin.

Cette formule précédente est, comme une quantité d'autres, de valeur nutritive bien contestable, et les *lavements d'eau tiède* (200 c.c.) auraient la même valeur, s'il n'y avait peut être lieu de tenir compte de l'influence morale sur le malade.

Le CANCER DE L'ESTOMAC n'a présenté, hélas ! jusqu'ici, d'autres considérations thérapeutiques que celles qui sont déjà connues du praticien, en faisant la distinction entre le *cancer limité*, le *cancer diffus*, et le *cancer des orifices*. M. Lyon repasse cependant en revue cette médication si décourageante : *glaces*, *boissons gazeuses*, *cocaïne*, *condurango*, etc., ainsi que le *chlorate de soude* qui, d'après M. Brissaud, son premier préconisateur, aurait, à la dose quotidienne de 8 à 16 grammes, fait cesser les hématémèses, la cachexie et les vomissements, tout en diminuant la tumeur, et remontant le poids et l'appétit.

Terminons ici cette courte revue par la médication des COLIQUES. La colique est-elle due au météorisme ?

Administrer, dans ce cas, l'*éther*, la *teinture d'anis*, la *liqueur d'Hoffmann* sous la forme suivante :

Liqueur ammoniacale anisée	10 gr.
Liqueur d'Hoffmann	2 gr.

XX à XXX gouttes dans de l'eau sucrée :

ou la potion suivante :

Teinture d'anis	XX gouttes
Ether sulfurique	XXX »
Laudanum	X »
Sirop simple	50 grammes.
Eau de mélisse	125 »

1 cuillerée à bouche toutes les heures.

BIBLIOGRAPHIE

La médecine et les médecins en France à l'époque de la renaissance: par le Dr WICKERSHEIMER. (Maloine, éditeur.)

Le peintre commence par tracer les traits généraux du tableau qu'il se propose de peindre. L'historien en fait de même. Ainsi, avant d'étudier la médecine pendant la Renaissance faut-il savoir ce que l'on entend par « époque de la Renaissance ». M. Wickersheimer a suivi cette règle, aussi son livre s'ouvre-t-il par un exposé très net de l'époque à la fois évolutionnaire et révolutionnaire que fut le XVIe siècle. Ceci dit, il nous fait faire connaissance avec le médecin d'alors ; le costume, les honoraires, les différents travaux, la vie et le secret professionnel du médecin sont exposés dans le premier chapitre. Cette partie de l'ouvrage aurait peut-être gagné à être plus étendue ; quelques détails l'auraient animée ; cependant elle est intéressante par sa documentation.

La seconde partie du livre est consacrée aux écoles de Médecine de Paris (1) et de province et à l'enseignement chirurgical. Les renoueurs, les sages-femmes, les arracheurs de dents suivent les chirurgiens. Puis vient une étude longue et détaillée des théories scientifiques et philosophiques des médecins du XVIe siècle.

L'auteur montre les erreurs, les croyances amusantes des confrères d'alors, mais il ne faudrait cependant pas trop rire de leur ignorance, car aujourd'hui, si nous savons beaucoup

(1) Voir à ce sujet le petit ouvrage du Dr NOIR : *l'Ancienne Faculté de la rue de la Bûcherie.*

plus, nous sommes beaucoup plus exposés à nous tromper. Qui nous dit qu'il n'y a pas encore quelque *frugistique* dans notre chimie ?

Presque la moitié du livre de M. Wickersheimer est donc consacrée à cette étude générale écrite dans un esprit large et net. Les anatomistes liront avec intérêt la partie consacrée à leur science. Le XVIe siècle n'a-t-il pas été appelé le siècle de l'anatomie ? Mais une étude approfondie des textes de l'époque, que l'auteur cite à l'occasion et un sens critique bien dirigé font que toutes les parties de ce chapitre sont autant de petites pierres qui, réunies, forment une belle céramique d'ensemble. Cependant l'analyse du traité de Laurent Joubert aurait pu être plus approfondie et être l'objet d'un travail analogue à celui qu'a publié M. Figard sur Jean Fernel (1).

D'autres pages nous font assister aux luttes des chirurgiens avec les médecins d'une part, avec les barbiers de l'autre. Nous n'insisterons pas à ce sujet, nous ne saurions en effet que répéter ce que nous avons déjà dit dans un precédent article (2). Ce livre est, en somme, digne de figurer avec avantage dans une bibliothèque de curiosités médicales et nous ne saurions trop en recommander la lecture.

Marcel B.

CORRESPONDANCE

A propos des accidents de la chloroformisation.

Notre distingué collaborateur, M. le Dr Raymond, professeur agrégé des Facultés de médecine, nous écrit la lettre suivante :

Mon cher Secrétaire,

Je croyais que la question de la syncope au début de la chloroformisation était tranchée : je vois, en lisant votre dernier « Bulletin » qu'il n'en est rien, et qu'un de nos confrères a maille à partir avec la justice mal informée sur ce point.... comme sur tant d'autres. Je suis frappé de la phrase prononcée par le malade : « Tu viens donc à mon enterrement ». C'est que je suis convaincu, en effet, de l'importance du facteur psychique dans les accidents de chloroformisation, et si je suis arrivé à cette conviction, c'est à la suite d'un exemple personnel qui m'a fait « travailler la question ».

Peut-être, aussi bien, mon observation sera-t-elle utile à notre confrère pour sa défense.

En 1884, j'étais interne du professeur Richet. Notre maître consacra un jour une de ses cliniques aux accidents du chloroforme, et il démontrait que par le procédé qu'il employait il n'avait jamais d'accidents. Mais M. Richet était quelque peu prolixe, et il était bien évident que les seuls mots que devait retirer le patient, présent à la leçon, étaient ceux de *danger* et de *mort*. La leçon finie, M. Richet me commande de donner le chloroforme ; *à peine m'étais-je approché du malade* qu'il tomba en syncope. Nous eûmes toutes les peines du monde à le faire revenir à la vie. C'est vous dire que ce triste souvenir de ma carrière médicale est bien précis à ma mémoire et que je suis de ceux qui pensent : 1° qu'on peut mourir de la peur du chloroforme ; 2° qu'il ne faut pas jeter la pierre à ceux qui sont les *témoins* de tels accidents.

Non ignari mali, miseris succurrere disco.

Veuillez agréer, mon cher secrétaire, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Paul RAYMOND.

(1) Un médecin philosophe au XVIe siècle par L. Figard. Alcan, édit.

(2) *Progrès Médical*, 3 juin 1905.

LES INFIRMIERS ET LE CONSEIL MUNICIPAL. — La commission du personnel du conseil municipal a décidé de porter de dix à vingt et un, avec une indemnité de 1 franc, le nombre de jours de congé accordés au personnel infirmier des hôpitaux. La commission a également décidé la création de quatre-vingt-dix postes de veilleurs et veilleuses, de manière à assurer au personnel trois nuits de repos par mois.

VARIA

L'Enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à Tours.

Une note ayant trait à l'enseignement de la laryngologie à Tours à été égarée et n'a pu être utilisée dans l'article de notre collaborateur le Dr Paul Laurens (Numéro des Etudiants). Voici le texte de cette note que nous devons à l'obligeance de M. Archambault, de Tours :

« Comme professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, j'ai, après entente avec la commission administrative de l'hospice, ouvert en 1895 une clinique oto-rhino-laryngologique avec consultation gratuite, deux fois par semaine, pour les malades de l'hôpital et pour les malades du dehors. Les élèves de notre école sont admis à la consultation. Je leur fais des leçons à l'occasion des malades qui se présentent et je les habitue à faire des examens de larynx, d'oreilles et de nez ; ce sont donc des leçons essentiellement pratiques. Telles sont les grandes lignes des renseignements que j'avais fait parvenir au Dr Laurens ».

MÉDECINE PRATIQUE

Les Formiates.

Le 14 mars 1905, le professeur Huchard, de Paris, et le docteur Clément, de Lyon, ont présenté à l'Académie de médecine une communication sur la valeur thérapeutique des formiates ; leur étude était basée sur des expériences prises et contrôlées, pendant deux années, sur eux-mêmes et sur des malades. Voici les conclusions très importantes de leur rapport :

« 1° Les formiates peuvent être donnés à l'homme sain et à l'homme malade dans une quantité presque illimitée.

« 2° Les formiates produisent une action tonifiante sur tout le système musculaire, non seulement sur les muscles des membres et des différents segments du corps, mais autant, et même davantage, sur les fibres musculaires des organes, tels que le cœur, l'estomac, la vessie, et sur la tunique musculaire des artères.

« 3° L'action tonique des formiates est immédiate et constante ; elle se manifeste, chez l'adulte, après trois doses de 1 gramme prises dans l'intervalle de 24 heures ; cet effet atteint son maximum après un usage continué pendant 10 jours, et se maintient alors intégralement pendant le même laps de temps ».

Une personne qui prend, pendant quelques jours, 3 grammes de formiate, éprouve, aussitôt, un sentiment qui la porte au mouvement et à l'activité. Elle ne redoute ni le travail, ni l'effort, et, chose plus remarquable, elle a beau se mouvoir et travailler, elle ne ressent ni fatigue ni lassitude. Cet effet, stimulant et réconfortant, se fait sentir chez tous les individus, aussi bien chez les vieux que chez les jeunes, chez les malades que chez les bien portants. Un sujet, qui n'avait pu fournir qu'un travail de 21 kilogrammètres, effectue, après avoir pris trois fois 4 comprimés de poly-formiate à 25 centigrammes chacun, un travail de 106 kilogrammètres.

L'effet tonifiant des formiates, chez les personnes âgées, provient de l'action stimulante sur les muscles de la respiration et sur les fibres musculaires du cœur et des artères. L'oppression et les palpitations disparaissent, parce que le sujet respire plus facilement et plus profondément ; le cœur travaille plus à l'aise, et les artères font circuler le sang plus facilement, dans tous les tissus et dans tous les organes. Ainsi est maintenu et rétabli l'équilibre dans la circulation. Les formiates conservent au cœur et aux artères leur fonction normale, sont le remède préventif et rationnel contre l'artério-sclérose.

Les formiates ont des effets remarquables dans tous les états d'épuisement nerveux : dans les névropathies, caractérisées par la dépression physique et morale ; ils réveillent rapidement la vitalité et le tonus musculaire, et font disparaître la lassitude et la dépression, si fréquentes au réveil et que le malade appelle la *neurasthénie matinale*. Stimulant les muscles de l'estomac et de l'intestin, les formiates activent et régularisent la digestion : ils améliorent ainsi la nutrition et brisent le cercle vicieux qui retient les neurasthéniques dans leur état de faiblesse et d'épuisement.

Huchard et Clément ont insisté sur l'action diurétique des formiates ; non seulement la quantité des urines augmente, mais les produits de désassimilation et les matériaux ternaires deviennent plus abondants dans les urines. C'est ainsi que les formiates sont surtout indiqués aux arthritiques, c'est-à-dire à tous ceux dont la nutrition est ralentie : il est hors de doute que, par leur action tonifiante, les formiates seront associés, le plus heureusement et au plus grand profit pour les malades, aux cures thermales telles que celles de Vichy, Pougues, La Bourboule, Evian, etc.

Clément, de Lyon, a prouvé, par des expériences faites sur lui-même et sur de nombreux malades, l'innocuité absolue des Formiates vis-à-vis des organes de la digestion. Au contraire, l'atonie de l'estomac et de l'intestin disparaissent, la fonction du foie est activée et régularisée, la sécrétion de la bile devient plus abondante. Il est hors de doute que dans le traitement de la constipation habituelle, les Formiates sont appelés à remplacer tous les laxatifs, purgatifs et drastiques, qui ne sont jamais que des palliatifs et irritent presque toujours l'estomac et l'intestin. De nombreuses expériences ont déjà démontré que, dans les constipations rebelles, l'emploi de quatre comprimés de Poly-Formiate, à chaque repas, continué pendant dix jours, amène une fonction régulière de l'intestin, qu'il est très facile de maintenir.

Il est à remarquer que l'action stimulante des Formiates ne s'exerce pas seulement sur l'homme et sur les animaux. L'agriculteur n'ignore pas les propriétés excitantes de ce produit et les utilise pour activer la germination des graines. On fait des arrosages avec une solution au millième, et, au lieu d'une dizaine de jours, ce qui est le délai habituel pour les semis faits à la saison d'été, on obtient ainsi un début bien plus hâtif de la germination, en deux ou trois jours environ. C'est ce qui a donné l'idée au docteur Vermeulen, directeur de l'*Institut de mécanothérapie* de Paris, d'étudier l'action des Formiates sur la croissance.

M. Vermeulen a d'ores et déjà pu conclure que, dans les retards de croissance, le Poly-Formiate (qui seul a été employé dans ses expériences), a une action stimulante sur l'ostéogénèse, qui se manifeste dans la troisième ou quatrième semaine de la médication par une reprise de la croissance. Ce praticien fait mention des effets qu'il appelle « surprenants » des Formiates dans la scoliose habituelle du premier degré. « L'attitude vicieuse, écrit-il, qui, devenue habituelle, se transforme en scoliose, est, en général, l'effet d'un déséquilibre entre les muscles et le squelette ; l'enfant se tient mal parce que ses muscles sont trop faibles ; l'action tonifiante des Formiates produit chez lui un effet si rapide, que ce médicament est devenu pour moi un auxiliaire indispensable du traitement orthopédique. »

Le Poly-Formiate Couturieux, qui correspond à l'équation minérale du plasma vivant, est la forme la plus rationnelle et, dirions-nous, la plus physiologique, parce que, par sa composition spéciale, il compense la déminéralisation fonctionnelle de l'organisme. Le comprimé est la forme pharmaceutique la plus avantageuse ; il est facile à prendre et permet un dosage mathématique et une conservation parfaite.

Doses : Adultes : 3 à 4 comprimés avant ou pendant chaque repas (soit neuf à douze par jour) ; après dix jours, suspension de traitement pendant dix jours. Enfants : de sept à douze ans, trois fois par jour, 2 comprimés. De douze à dix-huit ans, trois fois par jour, 3 comprimés.

Ecole de marine de Bordeaux. — Par décision ministérielle du 29 décembre 1905, M. l'étudiant en médecine Raymond (Armand-Eugène), classé le 52e à la suite du concours de 1905, a été nommé élève du service de santé de la marine à l'école de Bordeaux.

Conférence du Dr Jean Charcot. — Le Dr Jean Charcot fera, le mardi 30 janvier, à la mairie du quatrième arrondissement, une conférence sur son exploration au pôle Sud. Cette soirée, organisée par le « Foyer du soldat de Paris », présidée par M. Maurice Braibant, réunira un millier de militaires de toutes armes de la garnison parisienne.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 17 janvier.* — *M. Cammas* : De l'emploi du fer (médication adjuvante) dans le traitement de la syphilis (MM. Landouzy, Brissaud, Reclus, Legueu). — *Mme Jacobson* : Maladies ankylosantes (MM. Brissaud, Landouzy, Reclus, Legueu). — *M. Dheilly* : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du diaphragme par contusion ou effort (MM. Reclus, Landouzy, Brissaud, Legueu).

Jeudi, 18 janvier 1906. — *M. Tourrenc* : Etat mental des incendiaires (MM. Joffroy, Raymond, Hutinel, Dupré). — *M. Poirault* : Les méthodes de traitement de l'épilepsie (MM. Raymond, Joffroy, Hutinel, Dupré). — *M. Huet* : Tuberculose latente réveillée subitement par une intervention sur un autre foyer tuberculeux. (Etude expérimentale sur l'action de certains poisons tuberculeux) (MM. Hutinel, Joffroy, Raymond, Dupré). — *M. Lebrun* : Empirisme et remèdes populaires : (MM. Chantemesse, De Lapersonne, Jeanselme, Auvray). — *M. Giraud* : De la révision en matière d'accidents du travail portant sur l'appareil de la vision (MM. De Lapersonne, Chantemesse, Jeanselme, Auvray). — *M. Casteran* : Du traitement rationnel et précoce de l'œil abortif (MM. Budin, Pozzi, Hartmann, Demelin). — *M. Senellard* : De la durée du travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares (MM. Budin, Pozzi, Hartmann, Demelin). — *M. Lescure* : Contribution au traitement palliatif du cancer du col de l'utérus (MM. Pozzi, Budin, Hartmann, Demelin).

Examens de doctorat. — *Lundi, 15 janvier.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Reclus, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Broca (Aug.), Mauclaire.

Mardi, 16 janvier. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Poirier, Faure, Demelin. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Hutinel, Gouget, Jeanselme. — 4e (Salle Broussais) : MM. Gilbert, Dupré, Langlois. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, Thiéry, Auvray. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Marion, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Rénon, Carnot.

Mercredi, 17 janvier. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Sébileau, Proust. — 2e (Salle Corvisart) : MM. Gautier, Gley, Branca. — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Terrier, Lepage, Cunéo.

Jeudi, 18 janvier. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Berger, Poirier, Faure. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Bezançon, Richaud. — 2e (Salle Béclard) : MM. Launois, Langlois, Maillard. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Le Dentu, Thiéry, Brindeau.

Vendredi, 19 janvier. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Tuffier, Cunéo, Pierre Duval. — 2e (Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Balthazard, Macaigne. — 5e (obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi 20 janvier. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Chantemesse, Thirolois, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon : MM. Achard, Vaquez, Bezançon.

Cours annexe de clinique chirurgicale. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, le docteur Aimé Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, est chargé d'un cours de clinique annexe à la faculté de médecine de l'Université de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Année scolaire 1905-1906

Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine.

Novembre 1905. — Chamontin, Influence de la suggestion sur les soldats du premier Empire. — Quentel, Sur la genèse et l'évolution normale de l'uréthrite gonococienne chez l'homme. — Charrier, De la conduite à tenir dans les grands traumatismes des membres. — Perreaux, Appendicite pelvienne infantile. — Durouy, la douleur à la pression du pneumogastrique au cou dans la tuberculose pulmonaire. — Dotézac, La hernie inguinale est-elle un accident du travail. — Yvernogeau, Contribution à l'étude de la trichotillomanie. — Noury, Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosiques de la lèvre chez l'homme. — Robert, étude sur les intoxications par les vapeurs d'alcool. Etude expérimentale et clinique. — Duval, De la duplicité du canal génital (anatomie et physiologie). — Delaboudinière, Des anomalies de l'uretère. — Delomeau, Contribution à l'étude de la scopolamine comme anesthésique génital. — Lacouture, Contribution à l'étude des manifestations cliniques aiguës de la tuberculose appendiculaire. — Dénier, Hernies traumatiques du pancréas. — Lapouble, Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire.

Décembre 1905. — Dumora, Paraphasie, jargonaphasie et démence (Recherches cliniques et anatomo-pathologiques). — Brouqueyre, De l'éosinophilie générale et locale dans les kystes hydatiques. — Plazy, Traitement du décollement de la rétine. — Lafont, De la cure radicale de la hernie rurale par le procédé de Guibé et Proust. — Duburquois, Hématologie de la coqueluche — Le Berre, Etude des causes de déchéance des races indigènes dans nos colonies. — Robin, De l'étiologie de la fièvre jaune. — Pichon, Les maladies vénériennes aux colonies. Leur prophylaxie dans l'armée coloniale. — Brochet, Essai de procédé manuel de topographie cranio-encéphalique. — Bodet, des vices de réfraction de l'acuité visuelle du sens chromatique et du champ visuel dans l'armée et la marine. — Casabianca, Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les nourrissons. — Jambon, Des sinusites syphilitiques. — Bruneau, Contribution à l'étude du délire alcoolique d'après 54 observations prises à la clinique psychiatrique de l'hopital Saint-André.

FORMULES

III. — Contre la tuberculose.

Carbonate de chaux	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux	0 » 20
Chlorure de sodium	0 » 15
Magnésie calcinée	0 » 05

Pour 1 cachet. Trois par jour aux repas. (Paul Ferrier).

IV. — Contre l'hyperidrose plantaire.

Matin et soir, pédiluve de 5 litres d'eau très chaude, additionné de 5 gr. de borate de soude et d'une teinture de benjoin. Poudrer ensuite les pieds et les chaussettes avec :

Talc en poudre	} āā 50 gr.
Poudre d'iris	
Acide salicylique	2 gr.

(Gaucher).

V. — Contre l'acné de la face.

Lotions le soir après un lavage chaud avec :

Soufre précipité	6 gr.
Talc pulvérisé	2 »
Glycérine	60 »
Eau de roses	120 »
Teinture de quillaya	10 »

(Gaucher).

VI. — Contre les dyspepsies.

Pour calmer les douleurs précoces à la suite des repas :

Chlorhydrate d'héroïne	0 gr. 05
Chlorhydrate de cocaïne	0 » 10
Liqueur de Hoffmann	5 »
Sirop de fleurs d'orangers	20 »
Eau chloroformée	50 »

2 à 3 c. à café dans un demi-verre d'eau à la fin du repas.

ou :

Bromure de calcium	10 gr.
Hydrate de chloral	2 » 50
Codéine	0 » 30
Sirop d'éther	30 »
Eau distillée	110 »

1 c. à café dans de la tisane chaude de camomille.

(M. Soupault).

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des congestions pulmonaires et des hémoptysies par l'Hélénine.

Introduite dans le sang, l'Hélénine de Korab exerce à un haut degré une action stimulante, accompagnée de diminution de la tension vasculaire et d'abaissement de la température, rigoureusement observée par les appareils du professeur Marey du Collège de France (communication à la *Société de Biologie*). La propriété, bien démontrée, que possède l'Hélénine de diminuer la tension vasculaire, fait d'elle un médicament précieux pour combattre les congestions pulmonaires et prévenir les hémoptysies.

De là résulte l'avantage incontestable de l'employer dans les phases d'ulcérations et même de cavernes, où la fonte des tissus fait craindre la rupture d'un vaisseau ayant pour cause la disproportion entre la tension vasculaire et la paroi sanguine amincie. L'Hélénine s'administre sous forme de globules du Dr de Korab à la dose de 2 à 4 par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 24 décembre au samedi 30 décembre 1905, les naissances ont été au nombre de 994, se décomposant ainsi : légitimes 717, illégitimes 277.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1009, savoir : 531 hommes et 478 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 16 — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 220. — Tuberculose des méninges : 17. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 58. — Méningite simple : 22. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 47. — Maladies organiques du cœur : 86. — Bronchite aiguë : 23. — Bronchite chronique : 23. — Pneumonie : 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 118. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 8. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1.— Hernies, obstruction intestinale : 9. — Cirrhose du foie : 16. — Néphrite et mal de Bright : 20. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 27. — Débilité sénile : 45. — Morts violentes : 31. — Suicides : 15. — Autres maladies : 108. — Maladies inconnues ou mal définies : 22.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64 qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 16.

Distinctions honorifiques : — *Légion d'honneur* : Officier : M. Ruault, à Paris. — Chevalier : M. Gaillard, à Paris.

Acte de courage et de dévouement. — Médaille de bronze : M. O'Follewel, à Paris.

Un médecin sous-préfet. — M. Gouzy est nommé sous-préfet de Nontron.

La succession de M. Lejars. — Par arrêté préfectoral, M. Caillens, chef de bureau de 4e classe à l'Assistance publique, est chargé du service du personnel en remplacement de M. Lejars.

Service de santé militaire. — *Réserve et territoriale* : Sont nommés ou promus.

Médecin principal de 1re classe de réserve, le médecin principal de 1re classe de l'armée active retraité Audet, 10e région.

Médecins principaux de 2e classe de l'armée territoriale, les médecins principaux de 2e classe de l'armée active retraités Camus, 5e région ; Famechon, 1re région.

Médecins-majors de 1re classe de l'armée territoriale, les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraité Moutie, 17e région ; Leuc, 16e région ; Fix, 19e région ; Chamieze, 19e région ; Beaumier, 7e région ; Guégan (Tunisie) ; Félix, 11e région.

Médecins-majors de 2e classe de l'armée territoriale, le médecin major de 1re classe de l'armée active retraité Haller, 13e région ; Calba, 3e région, médecin-major de 2e classe de l'armée active ; Robert, 18e région.

Médecins aides-majors de 1re classe de l'armée territoriale : Chabaneix, 12e région, médecin aide major de 1re classe de l'armée active ; Demange, 6e région.

Médecins aides-majors de 2e classe de réserve, les docteurs en médecine : 15e région, de Paretti ; 10e region, Labbé ; 15e région, Dalard ; 12e region Dupic : 16e région Barbot ; 16e région, Michel ; 17e région, Mombet ; 10e région, Mauban ; 8e région, Petit ; 20e région, Sauvage ; 3e région, Pagniez ; 20e région, Huguier ; 5e région, Grébault ; 10e région, Bridant ; 11e région, Froin ; 4e région, Arnal ; 15e région Imbert ; 19e région, Cabessa ; 12e région, Gadaud ; 5e région, Tissot ; 17e région, Puyaubert ; 4e région, Lemierre ; 9e région, Tillaye ; 14e région, Bertier ; 14e région, Rolland ; 11e région, Lequerre ; 11e région, Cotennec ; 12e région, Bourras ; 17e région, de Meller de Labarthe.

15e région, Kovier ; 3e région, Cormon ; Engel : 18e région, Lande ; 10e région, Tessier ; 8e région, Liabot ; 6e région, Mairesse ; 6e région, Bourguet ; 5e région, Rollin ; 11e région, Barthélemy ; 10e région, Bloch ; 4e région, Denis ; 2e région, Semper ; 1re région, Grapez ; 15e région, Desanti ; 12e région, Boyer ; 4e région, Crenet ; 14e région, Tomasi ; 12e région, Barbancey ; 10e région, Brunet ; 16e région, Bordes ; 3e région, Fabre ; 4e région, Finet ; 1re région, Merveille ; 13e région, Mougeot ; 5e région, Juillet ; 12e région, Verdier ; 16e région, Colliere ; 3e région, Petit ; 8e région, Peguet ; 11e région, Cattin ; 13e région, Binet ; 10e région, Marquet ; 13e région, Flechet ; 9e région, Bouchet ; 15e région, Alamelle ; 20e région, Job ; 7e région, Troussard ; 6e région, Jesson ; 15e région, Roux ; 12e région, Neboux ; 11e région, Warot ; 6e région, Candon ; 14e région, Beriel ; 2e région, Debono.

16e région, Guiraud, Piet ; 2e région, Mezie ; 1re région, Galland ; 8e région, Bourée ; 3e région, Chapotin ; 10e région, Oppenheim ; 16e région, Castany ; 11e région, Monique ; 1re région, Bertrand ; 15e région, Arnoux ; 10e région, Le Duigou ; 3e région, Clavel ; 13e région, Richard ; 1re région, Lernout ; 9e région, Couffon ; 10e région, Petit ; 9e région, Mazoux ; 17e région, Adoue ; 3e région, Poinsot ; 17e région, Esquirol ; 15e région, Barse ; 14e région, Gentil ; 18e région, Gendrou ; 8e région, Berthezenne ; 19e région, Auzimour ; 4e région, Mignon ; 6e région, Bolet ; 5e région, Doin ; 20e région, Abrand ; 16e région, François ; 16e région, Babeau ; 6e région, Forthomme ; 20e région, Roussel ; 9e région, Dubreuil-Chambardel ; 18e région, Perus ; 1re région, Faucheux ; 18e région, Foubert ; 14e région, Guérin ; 17e région, Ducasse ; 6e région, Fontaine ; 20e région, Thirion.

16e région, Boyer ; 8e région, Dupont ; 13e région, Compris ; 13e région, Desgeorges ; 15e région, Balestre ; 18e région, Dudon ; 15e région, Garimond, Bordères ; 2e région, Fiatte ; 14e région, Pavy ; 2e région, Obers ; 1re région, Maes ; 16e région, Galen ; 20e région, Canel ; 16e région, Rives ; 8e région, Beaufils ; 16e région, Cocural , 19e région, Montes ; 12e région, Verdeaux ; 13e région, Roddier ; 16e région, Stoltz ; 11e région, Roger ; 10e région, Morvan ; 16e région, Goiny.

Médecins aides-majors de 2e classe de l'armée territoriale : Les docteurs en médecine : 9e région, Roulleau ; 15e région, Sinoncelli ; 13e région, Faucheux ; 5e région, Caramanos ; 10e région, de Guérin ; 11e région, Artaud ; 3e région, Lévy-Valency ; 1re région, Schultz ; 5e région, Iselin ; 6e région, Bocquet.

Médecins sénateurs. — Ont été élus sénateurs aux élections du 7 janvier : MM. les Drs Lannelongue (Gers), Petitjean (Nièvre), Flaissières, (Bouches-du-Rhône) ; Viget (Loiret).

Parmi les candidats malheureux, nous relevons les Drs Cazes, Dupouy (Gers), Dumont, Tissier (Indre), Thomas (Manche), Beaufils (Nièvre), Debierre (Nord).

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des beaux-arts et des cultes en date du 29 décembre 1905, un concours s'ouvrira le 10 juillet 1906, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

La disparition de la fièvre jaune a Cuba. — La légation de Cuba à Paris communique à la presse une dépêche de son gouvernement, l'informant qu'il n'existe plus aucun cas de fièvre jaune à la Havane ni sur aucun autre point du pays.

Collège de France.— M. François Frank a repris ses leçons sur les mécanismes de la fonction respiratoire le mercredi 10 janvier à 3 h. 3/4. Il fera ses leçons de démonstrations les vendredis à 11 heures.

Faculté des sciences de l'Université de Marseille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique des beaux-arts et des cultes en date du 10 janvier 1905, la chaire de botanique agricole de la faculté d'Aix-Marseille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

La maladie du jour. — L'anémie et la neurasthénie vont-elles être déchues de l'empire de la mode ? Il se pourrait, car on vient de découvrir en Amérique une nouvelle maladie, qui ne manque assurément pas de charme poétique. Cette maladie nouvelle est l'ostéocie, autrement dit la maladie de la légèreté.

L'ostéocie ou légèreté des os se manifeste au bain. Certaines personnes, des jeunes filles surtout, s'y sentent si légères, si impondérables... qu'elles ne peuvent réussir à plonger dans l'eau. Pour pouvoir rester assise au fond de sa baignoire, au lieu de remonter à la surface avec la promptitude d'un bouchon, Mlle M... est obligée de se munir, à chaque main, d'haltères pesant huit kilos. On craint même qu'elle ne vienne un beau matin à s'élever dans les airs, telle une vierge d'Assomption. Maladie de la légèreté ; maladie bien féminine, n'est-ce pas ? (*L'Aurore*, 11 janvier.)

Inhumation précipitée. — D'après une nouvelle adressée de Milan au *New York Herald* et reproduite par le *Matin*, il y a quelques jours, mourait à Castellina, en Toscane, un paysan âgé de cinquante ans. Après le service funèbre, la bière fut déposée

dans la chambre mortuaire du cimetière en attendant l'inhumation. Pendant la nuit, le prétendu mort se réveilla de son sommeil léthargique et, saisi d'épouvante à l'aspect du lieu où il se trouvait, se jeta sur la porte, l'enfonça et courut chez lui, toujours enveloppé de son linceul. En le voyant, sa famille horrifiée le prit pour un spectre et refusa de le recevoir. Ce fut à grand'peine, qu'il parvint à se faire reconnaître. Les autorités ont ouvert une enquête sur cette déclaration de décès trop hâtive.

Enseignement maternel des poivrots. — Voici le jour de l'an. L'imagination des spécialistes pour les jeux récréatifs et instructifs de l'enfance est sans limites. Je viens d'admirer aux vitrines d'un grand magasin, sous la rubrique d'« Etrennes utiles » un jouet merveilleux intitulé le *Petit liquoriste*, copie exacte du comptoir de marchand de vin.

Ce comptoir, large de près d'un mètre, est garni de tous ses accessoires, brocs, seaux, percolateur, robinets, verres de toutes dimensions, etc., etc. Dans le fond, 12 bouteilles : absinthe, vermouth, marc, cognac, rhum, cassis, calvados, amer Picon, anisette, gomme, menthe, curaçao. Plus haut les liqueurs de marque. Un cadran indique l'heure aux jeunes clients, et, dit le prospectus, « *la gerbe de fleurs habituelle donne une note gaie habituelle à ce gentil commerce* »...

Voilà ce qu'on appelle de l'enseignement maternel commencement de siècle. Faites donc des Sociétés de tempérance, des Congrès contre la tuberculose ! Tous les efforts de prophylaxie sont enrayés par les choses les plus simples en apparence qui sous une forme gracieuse font sourire pour amener plus tard des accidents terribles plus néfastes que la guerre.

A la demoiselle préposée au rayon des jouets, je demandais si ce jouet se vendait ? « A merveille, monsieur ; les petits garçons en sont fous ! Pendant que les jeunes demoiselles prépareront la dînette dans leur vaisselle, ces messieurs prendront l'apéritif au bar ! » *Et nunc erudimini.* A. Rousselet.

Triple cas de Gémellarité. — Ce sera vraiment une cérémonie peu banale que celle qui se déroulera dans la matinée du 9 janvier, à la mairie du dix-septième arrondissement. Deux frères jumeaux, peintres de talent, MM. Alphonse et Gabriel Chanteau, y échangeront leur foi avec deux charmantes jeunes filles, sœurs jumelles également, Mlles Geneviève et Suzanne Renaud. Les garçons d'honneur seront aussi deux jumeaux, cousins de MM. Chanteau, les frères Gustave et Maurice Freunzer. (*Progrès de Lyon*, 7 janv.)

Nécrologie. — Nous avons le regret annonce la mort de M. le docteur Dupont, vice-président du conseil général de la Haute-Savoie, où il représentait le canton de Laroche. Il était chevalier de la Légion d'honneur et âgé de soixante-deux ans.

Chronique des hôpitaux.

Fondation ophtalmologique Adolphe de Rosthschild, 29, rue Manin et rue Priestley, 56-58 (Buttes Chaumont). — Médecin en chef : Dr A. Trousseau. — Cette fondation reçoit les malades atteints d'affections oculaires curables. — *Opérations* : Le mercredi à 9 h. du matin : Dr A Trousseau. — *Consultations* : Tous les jours de 9 à 11 h. le matin : Dr Sulzer. — Tous les jours de 1 à 3 h. le soir : Dr Millée. — Les mardi, jeudi et samedi de 7 à 8 h. du soir : Dr Hourmouziadès et Dr Vigier. — *Services auxiliaires* : Réfraction et examens fonctionnels : Dr Polak. — Electrothérapie : Dr Bissérié. — Bactériologie et histologie : Dr Duclos. — Oto-rhino-laryngologie : Dr F. Landolt.

Hospice de Bicêtre. (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 9 h. et demie très précises. *Consultations médico-pédagogiques* gratuites pour les enfants atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Clinique d'accouchement Tarnier. — Professeur Pr Budin. — Tous les mardis à 9 heures : *Leçons de clinique obstétricale.* Tous les samedis à 9 heures, *Leçons sur l'allaitement et l'hygiène du nourrisson.*

Hopital de la Charité. — *Leçons de clinique obstétricale.* — M. le Dr Maygrier (amphithéâtre Potain), le jeudi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique mentale et nerveuse). — M. le Dr J. Voisin, le jeudi à 10 heures.

Hopital Laennec. — M. le Dr E. Barié : *Leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur*, le mercredi à 10 heures.

Hopital de la Pitié. — Dr Rénon : *Maladies du cœur et du poumon* (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle) le vendredi à 10 heures du matin.

Hopital Broca. — Le Dr G. Thibierge, à 10 h. du matin, leçons sur les maladies de la peau et la syphilis (avec présentation de malades).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ENFANT, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeur-rédacteur en chef, M. Henri ROLLET, 32, avenue du Château à Bellevue (Seine-et-Oise), France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, RUE DES CARMES

BOURNEVILLE : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages. Prix : 1 franc.
Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants { France, 6 francs. Étranger, 7 francs 50.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 3 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 20 JANVIER 1906

Le Progrès Médical

AVIS POUR LES NUMÉROS MANQUANTS

Nous rappelons également à nos abonnés et à nos correspondants que les NUMEROS MANQUANTS de 1905, réclamés avant le 31 janvier 1906 seront envoyés gratuitement. Passé ce délai, envoyer pour chaque numéro **25 centimes.**

PSYCHIATRIE

Les Psychopathies chez le paysan ;

Par le Dr TERRIEN

Médecin directeur de la maison de santé de Doulon-lès-Nantes

Autrefois on se plaisait à considérer l'hystérie et la neurasthénie comme des affections presque exclusivement urbaines. Les bals, les spectacles, les plaisirs de tous genre, le surmenage intellectuel, et moral, sont autant d'éléments propres à favoriser le développement des névropathies. Et le paysan, le rustre, qui paraît être à l'abri de toutes ces causes, de toutes ces influences, devait de ce seul fait y être moins fréquemment exposé. Car le paysan a la vie calme, il ignore toutes les grandes émotions, il n'a pas autant que l'habitant des villes le souci de la lutte pour l'existence. Il se contente de peu. Il vit sans grandes ambitions, partant sans grandes déceptions. La terre lui suffit. Il ne connaît guère que son champ, sa charrue et ses bœufs. Même sa famille semble le préocuper moins que son bétail. Or comment se fait-il que les névroses, les psychonévroses, aient envahi la campagne, dans des proportions telles qu'elle n'ait plus rien à envier sur ce point aux grandes cités tumultueuses et industrielles ? Car il n'est pas niable que les névropathies soient extrêmement fréquentes chez les paysans. Parmi eux, on trouve beaucoup d'hystériques, beaucoup de neurasthéniques, plus qu'à la ville si j'en juge par mon expérience personnelle. C'est du moins là le résultat que m'ont fourni mes 16 années de clientèle, dont 12 années passées au fond du bocage vendéen, le reste à la ville. Quant aux raisons explicatives, je vais, dans cette brève étude, essayer de les rechercher ; j'en ai dit ailleurs quelques mots dans un mémoire sur les maladies nerveuses en Vendée (*Archives de Neurologie*) ; mon enquête s'appliquait naturellement d'une façon spéciale à la région qu'alors j'habitais.

Je disais : « Le paysan est un buveur, 5 ou 6 litres de vin semblent être une dose fort raisonnable aux paysans du Bocage et les buveurs à cette dose sont légion. Mais ce sont, il est vrai, des buveurs presque exclusifs de vin, du vin qu'ils récoltent eux-mêmes, vin non frelaté par conséquent. Les buveurs d'alcools, d'apéritifs, les buveurs mixtes, vin et alcools, sont de très rares exceptions. Et si l'on rencontre quantité d'ivrognes, on y trouve fort peu d'alcooliques. » Ce fait m'avait frappé, dès le début et j'en avais fait mention au congrès des aliénistes à Angers et dans une note lue à l'Académie de médecine par le Professeur Laborde, lors de sa discussion avec Lancereaux sur la cause des cirrhoses du foie. Toutefois de ces habitudes d'intempérance, d'ivrognerie même en l'absence de l'alcoolisme, découle pour les descendants la tare dégénérative. Les enfants ne sont-ils pas conçus le plus souvent dans ces heures d'ivresse. C'est après avoir sacrifié à Bacchus que le paysan buveur sacrifie surtout à l'Amour. Et les enfants naissant dans d'aussi déplorables conditions ne sont ils pas voués aux névropathies ? Et ce que je viens de dire pour le paysan vendéen, je puis l'appliquer aux paysans en général s'ils ne boivent pas tous d'une façon aussi continue, aussi exagérée qu'en Vendée, cependant ils sont buveurs, et les dimanches, les jours de marché, sont jours de fête, jours de réjouissances et les réjouissances se manifestent toujours chez eux par d'abondantes libations suivies le plus souvent des mêmes excès génésiques. Ainsi l'alcoolisme, l'ivrognerie sans alcoolisme doivent être rangés parmi les causes des psychopathies chez le paysan, en raison de l'influence nocive que ces excès exercent sur lui et sur sa descendance.

Il y a également cette autre considération qu'un milieu de primitifs, comme l'est le milieu campagnard, où les idées supertitieuses dirigent tant de cerveaux, où règne le fanatisme religieux, où la croyance en tout ce qui est surnaturel est si profondément enracinée, qu'un tel milieu peut voir se développer plus aisément les névropathies. L'enfant au coin du feu, dans les longues veillées d'hiver, entend raconter les histoires les plus fantasques de revenants, de sorciers. Le jour

il y pense, la nuit il y rêve. Toutes ces images, toutes ces représentations terrifiantes, ne sont-elles pas propres à ébranler le système nerveux, à le surexciter au point de produire bientôt un état névropathique qui sera l'hystérie ou la neurasthénie. Et ceci est bien vrai non seulement pour le paysan vendéen, mais pour tous les paysans à quelque coin du sol qu'ils appartiennent. On retrouve presque partout chez eux cette même mentalité, ces mêmes mœurs. Et ces idées de sorcellerie qu'on imprime dans ces jeunes cerveaux, qui les ébranlent d'une si étrange et si déplorable façon, au point d'en faire promptement de petits névropathes, de petits hystériques, ces idées contiennent leur action nocive, l'enfant devenu homme. Le cerveau en reste pour toujours imprégné. Un malheur vient-il fondre sur son bétail, vite le paysan en reporte la cause sur des influences étrangères, sur des personnes, sur des voisins, qu'il accusera d'avoir empoisonné son toit, tari le lait de ses vaches, de leur avoir donné telle maladie qui tue. On juge aisément les ravages produits par de telles conceptions, par toutes ces idées obsédantes de sorcellerie, de maléfices, sur une mentalité déjà compromise. Les psychonévroses jaillissent aisément dans de tels milieux.

J'ai appelé aussi l'attention sur les mariages consanguins si fréquents dans le monde des paysans. Je pourrais citer certaines grandes communes où l'on ne trouve que quelques familles. Les raisons en sont multiples. D'abord voyageant peu, restant fixé au sol qui l'a vu naître (bien que depuis quelques années il émigre davantage à la ville) le paysan ne connaît guère que ceux qu'il approche. On se mariera donc entre voisins, et ce voisin sera le plus ordinairement son parent. Et puis, autre raison de ces mariages consanguins; on ne veut pas que quelques lopins de terre contigus parce que provenant de la même famille soient séparés et on unit les propriétaires. On vise l'union du sol, souvent avant de viser l'union des personnes. Plus que partout ailleurs peut-être le mariage est le marché honteux que l'on sait. Tous ces mariages consanguins, qui favorisent la dégénérescence mentale, ne favorisent-ils pas également les névropathies. On peut ajouter l'impaludisme, qui, quoique plus rare qu'autrefois, n'en existe pas moins dans certaines régions. Et les plus frappés, ce sont toujours les paysans qui vivent au milieu de ces marais, qui y travaillent et qui, plus qu'aucun autre, en respirent les miasmes qui s'en détachent.

Egalement et dans le même ordre d'idées, les soins hygiéniques sont chez eux beaucoup plus rudimentaires. Le paysan est sale. Il est donc plus qu'un autre exposé aux infections et aux auto-intoxications. Or, on n'ignore pas le rôle important, considérable, qu'infections, intoxications, auto-intoxications jouent dans l'éclosion des psychoses et des psycho-névroses. Autre remarque que j'ai faite en étudiant la genèse des accidents hystériques de mes paysans, remarque dont on comprendra bien vite l'importance, puisqu'elle servira à établir la production vraiment anormale de l'hystérie à la campagne : j'ai constaté que les accidents hystériques étaient fréquemment dus à l'imitation. Et cette constatation, je l'ai faite surtout à la campagne. Tel malade a fait de l'hémiplégie hystérique parce qu'un voisin, un médullaire marchait péniblement, traînant la jambe; un autre a fait de l'astasie-abasie parce que, se trouvant un jour faible des jambes, il s'est imaginé qu'il ne pourrait bientôt plus se tenir debout, comme sa voisine clouée sur un fauteuil par une paraplégie spasmodique, et, 15 jours après, ne marchait plus qu'en rampant ; un autre fera du tremblement hystérique, en vivant près d'un parkinsonien, 6 jeunes filles feront de la pseudo-coxalgie (épidémie de Saint-Fulgent) parce qu'elles ont approché leur camarade fixée dans un appareil pour coxalgie; un autre fera de la pseudo-méningite, du diabète hydrurique hystérique, du cheyne-stokes hystérique, de la pseudo-appendicite hystérique, parce qu'il aura vécu près d'un homme mort de méningite, d'un malade souffrant de polyurie diabétique, d'un cardiaque à respiration de Cheyne Stokes (*Progrès médical*) près d'une femme opérée d'appendicite. Je prends des exemples que j'ai eus sous les yeux. Il imitera, cet hystérique, sous forme de manifestations psychiques, les manifestations d'une maladie organique ou inorganique dont il a été l'attentif témoin. Et cet esprit d'imitation particulier à l'hystérie trouvera son application plutôt à la campagne qu'à la ville, où là on vit isolé des voisins, où l'on s'ignore, où l'on ignore par conséquent les affections de tous ceux qui vous entourent. Il n'en est plus de même à la campagne où l'on vit dans une sorte de communauté familiale, ou tout le monde d'un même bourg ou même des bourgs voisins se connaît. Il n'existe pas une maladie grave qui ne soit connue de tous, même dans ses plus petits détails, avec ses multiples manifestations. On va très fréquemment visiter le malade ; le soir, à la veillée, on en parle ; c'est le sujet de la conversation, on le plaint, on se lamente sur son sort et l'on tremble pour soi que la même affection vous saisisse. Or, chez le prédisposé, chez celui qui a l'hystérie en puissance, sans qu'elle se soit encore manifestée d'une façon tangible, cette crainte exagérée du mal suffit souvent pour créer le mal, mal psychique, bien entendu. C'est surtout vrai, quand cet hystérique est un paysan, à culture intellectuelle rudimentaire, recevant plus vite les impressions du dehors que ne vient pas réfréner la raison. J'ai pu citer dans un travail tout récent de nombreux exemples où cette étiologie de l'accident hystérique nous apparaît avec la plus grande netteté. Si l'imitation n'est pas capable de produire à elle seule l'hystérie, elle peut créer des accidents hystériques chez des hystériques nés. Et je suis persuadé que beaucoup de ces prédisposés auraient pu traverser la vie sans souffrir d'accidents hystériques si le milieu ambiant dans lequel ils s'agitent n'était venu leur en fournir le modèle. C'est donc bien là une nouvelle cause, une nouvelle source de psychopathies, une nouvelle source d'hystérie, et qui se manifestera, pour les raisons que j'ai indiquées, beaucoup plus chez le paysan que chez le bourgeois et l'ouvrier.

Enfin je mentionnerai, pour expliquer que les psychonévroses, chez le paysan, sont toujours en croissance, je mentionnerai que le travailleur des champs n'est plus l'homme heureux d'autrefois, à qui la terre suffisait pour lui créer les joies matérielles, les seules qui le touchent particulièrement. La lutte pour l'existence, sans être aussi âpre qu'elle l'est à la ville, a pénétré cependant, depuis quelques années, la campagne; il faut désormais que le paysan peine, souffre pour donner à lui et à ses enfants le simple bien-être qu'il convoite ; lui qui ne connaissait que le surmenage physique a appris à connaître le surmenage moral, pour lequel il n'était pas fait. L'inquiétude du présent, de l'avenir, l'a envahi. On comprendra donc sans peine, après toutes ces données, que le paysan fait de l'hystérie et de la neurasthénie autant, je dirai plus, que le bourgeois, l'industriel et l'ouvrier des villes.

Hystérie, neurasthénie, les psychoses sont-elles chez lui de même ordre ? Offrent-elles chez lui quelques particularités ? Il n'y a pas l'hystérie du paysan, la neurasthénie du paysan. On trouvera cependant que l'hystérie surtout se présente sous des aspects un peu spéciaux.

Un fait d'abord m'a frappé dans l'examen de tous mes paysans hystériques, c'est la très grande rareté de la forme convulsive. Je ne puis dire le nombre d'hystériques que j'ai vus et étudiés à la campagne, mais il est considérable. Est-ce 500 ? Est-ce 1000 ? Je ne sais. Ce chiffre paraîtra exagéré pour qui ne connaît pas la Vendée, il ne le sera pas pour celui qui aura jeté les yeux sur tous les mémoires que j'ai fait paraître sur la question. Eh bien ! dans ce gros chiffre d'hystériques, je n'ai rencontré que quatre fois la forme convulsive. Chez tous les autres, ce sont des paralysies diverses, contractures, astasies-abasies, chorées rythmées, des pseudo-méningites, de l'aphonie, de la cécité, etc., puis des malades avec manifestations moins éclatantes, étouffements, vomissements, anorexie, dyspepsie, névralgies, etc. d'origine hystérique. Mais de crises, presque jamais. Et c'est heureux, car c'est bien là la forme la plus rebelle au traitement. Une autre particularité, c'est la facilité vraiment surprenante avec laquelle on arrive à supprimer les accidents hystériques du paysan. C'était vraiment devenu un jeu pour moi, une amusette, de supprimer une hémiplégie, une contracture, un tremblement, des vomissements hystériques. Un simple commandement, sans l'aide de sommeil provoqué, le plus souvent suffisait. On en trouvera la preuve dans mes diverses publications. La persuasion effaçait en quelques minutes ce que l'auto-suggestion le plus souvent avait produit.

Mais dira-t-on, pour les hystériques de la ville, n'est-ce pas la même chose ? Si je dois m'en rapporter à mon expérience personnelle, je répondrai catégoriquement que non. J'ai pu, en effet, depuis que j'ai abandonné la campagne pour la ville faire une sorte de contre-épreuve. Je n'ai plus actuellement des succès aussi brillants. Pourtant le médecin est le même, et je ne sache qu'il se soit déjà amoindri. Mais le sujet est différent. Ce n'est plus le paysan crédule, confiant, j'entends au point de vue médical, ce n'est plus le paysan si facile à impressionner, à convaincre qu'une simple pression sur la jambe agitée de tremblements choréiques, par exemple, suffira à mettre au repos, qu'une simple cuillerée d'eau à laquelle il attachera une vertu magique arrêtera ses vomissements, qu'un simple courant faradique, même quand pour un défaut de la pile le courant ne se produit pas, donnera en quelques minutes le mouvement à un membre paralysé. Non, c'est un sujet toujours impressionnable, parce qu'hystérique, mais à un degré beaucoup moins accusé, un sujet moins confiant, un sujet qui raisonne son cas, qui essaie d'apprécier, de juger la médication qu'on lui institue ; d'en peser l'importance. Il doute davantage : et le doute, chez l'hystérique, empêche le succès de la cure. A l'hystérique, il faut la foi. Au paysan hystérique, il est plus facile de la donner. Aussi est-ce chez lui que les miracles scientifiques sont aisés, c'est chez lui que j'ai obtenu mes plus faciles succès. Avec mes malades de la ville, même avec les hystériques hospitalisés chez moi, à mon sanatorium, je n'obtiens pas les mêmes résultats brillants, bien que ces malades se trouvent dans des conditions beaucoup plus favorables, puis qu'isolés de la famille, du milieu qui a vu éclore leur affection. Aussi suis-je en droit de prétendre que les accidents hystériques du paysan sont plus facilement curables. Je tenais à signaler ce fait.

Dernière particularité : j'en ai dit un mot en étudiant plus haut la fréquence des psychopathies ; une forme qui n'est point rare chez le paysan et qui se présente surtout chez lui : ce sont des accidents hystériques d'imitation. J'ai dit ce qu'ils étaient et pour quoi la campagne devait, plutôt que la ville, y donner lieu. On ne sera pas exposé à trouver à la ville une petite épidémie de pseudo-coxalgie analogue à celle que j'ai indiquée. A la ville l'hystérique fait spontanément son accident, sans y être incité par les voisins qu'ordinairement il ne connaît pas.

Pour la neurasthénie, je ne vois rien de spécial à signaler : céphalée, asthénie musculaire, rachialgie, dyspepsie, impuissance au travail, dégoût de tout ce qui intéressait autrefois, ce sont en réalité les mêmes stigmates que l'on rencontre dans la neurasthénie du bourgeois et dans celle du paysan. Ce dernier toutefois accusera moins souvent le vide cérébral ; n'étant pas habitué aux efforts intellectuels, il souffre moins de son incapacité, de son amoindrissement, de son inaptitude à tout travail du cerveau. Et puis j'ajouterai pour clore ces courtes réflexions sur la neurasthénie. Chez le paysan où l'hystérie est si facilement curable, je parle bien entendu des accidents, puisque d'après moi on guérit simplement l'accident, et non l'hystérie, on ne change pas le terrain ; chez le paysan la neurasthénie est aussi tenace que chez le bourgeois, contrairement donc à l'hystérie. Il est vrai de dire que la psychothérapie, chez le neurasthénique, quel qu'il soit, a fort peu d'effet, à moins qu'il ne soit entaché d'hystérie. D'abord l'hypnose, qui est la suprême ressource pour combattre un accident hystérique que la persuasion simple n'a pu réussir à supprimer, ne peut pas être utilisée dans la neurasthénie, pour la bonne raison qu'on n'obtient jamais le sommeil, quoiqu'en dise Bérillon et son école ; le sommeil hypnotique étant un phénomène hystérique, on ne peut par conséquent le produire que chez celui qui a l'hystérie en puissance, en germe. Dernière remarque : tandis qu'à la ville, la neurasthénie y est plus fréquente que l'hystérie, j'ai trouvé à la campagne la proportion inverse, l'hystérie s'y rencontre le plus souvent.

Quant aux affections vésaniques pures, j'ai été surpris de ne pas trouver le chiffre considérable que semblait devoir commander le terrain tout spécial sur lequel s'étendait ma clientèle ; clientèle de dégénérés, clientèle de buveurs. Dans ce pays de dégénérés où les porteurs de stigmates physiques de dégénérescence se rencontrent à chaque pas, où l'on trouve quantité de tiqueurs, de bègues, de sourds-muets, de ptoses, de faces asymétriques, j'ai vu en 12 ans, 19 aliénés avec délire nettement caractérisé, pouvant nécessiter l'internement. C'est peu si l'on songe à la grande étendue de ma clientèle, et au terrain, c'est peu si l'on songe aux habitudes d'ivrognerie de nos paysans. Il est vrai que ce sont des ivrognes de vin naturel et peu alcoolisé (6 à 7°). Et puis l'état social, le genre d'existence, la vie active en plein air, le travail musculaire permanent doivent annihiler en partie l'action nocive des boissons spiritueuses. Son genre de nourriture, son alimentation presque exclusivement végétale (haricots, pommes de terre, choux) produisant moins de fermentations digestives, élaborant

moins de toxines, met le paysan dans des conditions meilleures pour conserver indemnes ses cellules hépatiques, cérébrales et neutraliser les effets du poison. Notre savant confrère, le Dr Culerre, médecin directeur de l'Asile de la Roche-sur-Yon, est venu appuyer mes affirmations en disant que les délirants alcooliques reçus dans son établissement étaient surtout des buveurs de cabarets, des buveurs mixtes, vins et alcools. Or ce n'est pas chez les paysans qu'on les trouve généralement. Ils boivent chez eux ou chez le voisin et toujours du vin. Ainsi le *delirium tremens* et le délire alcoolique chronique sont rares chez le paysan. Le paysan faisait autrefois très rarement de la paralysie générale. J'en ai soigné 2 en 12 ans, dont un appartenant à la classe bourgeoise. Il est probable qu'en raison du service militaire obligatoire, le paysan pourra contracter à la ville la syphilis et sera, de ce fait, susceptible à son tour de verser moins rarement dans la paralysie générale. Chez les paysans touchés par la vésanie, il m'a été donné de remarquer la place importante que prennent les idées de sorcellerie, de mysticisme dans le délire de ces malades. Rien de surprenant quand on songe à quel point le paysan normal est hanté par les idées superstitieuses.

J'apporterai enfin mes conclusions. Laissant de côté les vésanies qui n'offrent rien de particulier, je dirai que les névroses, l'hystérie et la neurasthénie ne doivent plus être considérées comme des maladies surtout urbaines. La campagne autant peut-être plus que la ville leur paie un très large tribut.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'exercice illégal de la médecine à l'Etranger

Ce mal dont souffre la profession médicale existe dans tous les pays, et, loin de diminuer, il ne fait que s'accroître d'année en année. Ecoutons les plaintes des confrères français et étrangers. En France, le pharmacien a beaucoup restreint son champ d'opération. Bien entendu, il fait encore toujours le premier pansement après un accident, il continue à délivrer des drogues à la domestique et même au bourgeois, qui le consultent sur certains malaises. Mais il peut alléguer pour son excuse que le sergent de ville ou le public lui amène le blessé, que le médecin n'était pas chez lui et qu'on ne peut pas laisser souffrir ou saigner le malheureux en attendant. D'ailleurs, il ne néglige pas de conseiller une consultation médicale, lorsque le traumatisme est quelque peu sérieux ou lorsqu'il soupçonne une maladie grave. Le pharmacien sait que le médecin pourrait à son tour lui nuire, en dépréciant les drogues qu'il vend à un malade qui ne guérit pas assez vite. Ce n'est donc pas de ce côté que vient le mal. Le véritable rebouteux est plus dangereux, mais hâtons-nous d'ajouter que leur nombre en France, laisse loin derrière celui que donnent les statistiques d'Allemagne, d'Angleterre et d'Amérique.

La « Medizinalstatistik » de Prusse signale pour l'année 1903, 5148 rebouteux contre 4104 l'année précédente, et dans ce chiffre ne sont pas compris les masseurs, les infirmiers et les barbiers, qui tous font plus ou moins une concurrence illégale aux médecins. Ce qui fait 22,8 rebouteux pour 100 médecins. Dans certains districts, il y a même plus de rebouteux que de médecins. A Berlin seul, 1013 charlatans pratiquent à côté des 2875 médecins. La population berlinoise a augmenté de 30 % de 1897 à 1902, le nombre des « *Naturheilkünstler* » a augmenté de 57 %. Pas étonnant, alors, que dans la capitale allemande il y ait un nombre très respectable de praticiens exemptés de patente, parce qu'ils ne gagnent que 600 à 1200 francs par an. Cette misère de la profession est due à la « Geweibefreiheit » (liberté de métier) et au Gewerbegesetz qui déclare l'art de guérir comme un métier.

Il existe en Allemagne 835 sociétés de « guérison par la nature » (Naturheilkunst), qui ont lancé en 3 ans 392.000 brochures prônant l'excellence de la thérapeutique naturelle pour l'application de laquelle on n'a pas besoin du médecin diplômé. Un journal de la société tire à 112.000 numéros ! et le livre de M. Bilz, prophète de ces confréries malfaisantes a été vendu à un million d'exemplaires ! On n'a pas idée de la clientèle énorme, soignée par feu Kneipp et qui a passé aux mains de ses successeurs. Nous signalons à ceux qu'intéresse cette question le journal « Hygienische Blätter » qui a pour but de combattre le charlatanisme et qui donne des faits du plus haut intérêt.

En Angleterre, la situation n'est pas meilleure. Le praticien anglais se plaint du « quack » (rebouteux), des « quackadvertisements » (réclame dans la presse), du pharmacien et de l'opticien, qui donnent des consultations et instituent séance tenante le traitement. Il se plaint des gardes-malades engagées par certaines communes et surtout de la nurse et du pasteur, qui prend charge non seulement de l'âme mais aussi du corps de ses paroissiens. Bien entendu, la nurse anglaise, telle qu'on la voit dans les hôpitaux, est une infirmière supérieure à tous les points de vue tant qu'elle travaille avec le chef. Elle devient nuisible et dangereuse pour le praticien dès qu'elle s'établit à son compte. Il arrive en effet souvent qu'elle met en pratique par elle-même les connaissances acquises pendant son stage à l'école d'infirmières ; elle le fait d'autant plus facilement, qu'elle est instruite en général et que ses notions de médecine sont très étendues (voir les programmes de ces écoles de Londres !) Beaucoup de praticiens accusent leurs confrères de se servir des nurses pour faire de la clientèle. Ils les reçoivent dans leurs familles, les comblent de cadeaux, etc., et en retour se font proposer par elles aux malades. Le pasteur tient par le même moyen les praticiens, et gare à celui qui lui déplaît ou qui ne favorise pas son église.

Le paradis du charlatan est sans conteste la libre Amérique, où il y a cependant actuellement 1 médecin pour 600 habitants (dans les villes). Les « ostéopath » les « vitapath » et tous les guérisseurs en path sont d'anciens infirmiers chassés des hôpitaux ou encore d'anciens étudiants en médecine *enlisés*, fruits secs,

qui n'ont pu obtenir de diplôme. Et cependant tout le monde sait, quel trafic de parchemins est pratiqué par certaines écoles. A New-York il y a à peu près 2000 rebouteux (bonesetters, quacks), appartenant aux sectes les plus variées. C'est en imitant les « *christian scientists* » les faithcurists que s'est formée la secte des « Gesundbeter », dont a eu à s'occuper naguère la police allemande. Combien d'émules n'a pas eu la « mother Eddy » (mère Eddy). Il ne faut pas croire, que le quack peut pratiquer librement dans tous les Etats de la confédération. Des amendes variant entre 250 et 400 francs leur sont octroyées, mais qu'est-ce cela pour un ostéopath, qui gagne 30.000 francs, et dont l'autorité dépasse celle du meilleur chirurgien de l'endroit. Dans l'Oueida County (Etat de New-York) pratique un rebouteux avec tant de succès qu'un jury n'oserait pas le condamner. Sa valeur pour le public ne dépend pas de son savoir et de son habileté, mais de ce qu'il gagne.

Ces quelques faits montrent combien grand est le mal partout et combien urgente est une organisation internationale pour la lutte contre l'exercice illégal de la médecine. Espérons que le prochain Congrès nous fera faire un pas en avant dans notre défense.

Dr G. Friedel.

Du placement des aliénés, en particulier des enfants.

En *octobre* 1903, Mme Thé.... nous amena à notre consultation du jeudi, à Bicêtre, son fils Lucien, né le 5 mai 1900, atteint de crises nerveuses depuis l'âge de 27 *mois* (juillet 1902). Avant, il était nerveux, mais avait percé toutes ses dents sans convulsions. « Ça l'a pris tout d'un coup, en dormant, dans l'après-midi : c'était le début d'une méningite. De 1 h. 1/2 à 4 h. (*mardi*) *convulsions*. Retour de la connaissance pendant 15 minutes. Puis, réapparition des *convulsions* généralisées, contracture, secousses à 4 h. 1/4 jusqu'à 5 heures, le *samedi*. Il est resté 3 semaines malade. »

Alors ont suivi, dès la convalescence, des *étourdissements*, ensuite des accès (novembre 1902). A partir de là, persistance des accidents épileptiques. En octobre 1903, accès nombreux, admission à l'hôpital général de Rouen et, au bout de 15 jours, envoi à l'asile de Quatremares où il reste 2 mois. Il en est renvoyé parce que, durant ce temps, il n'avait pas eu de crises. Un médecin conseille d'aller de Rouen à la campagne.

Le mari, employé au chemin de fer de l'Ouest (110 fr. par mois, après retenue), demande son changement pour Gisors, il y aura 3 ans le 29 mars. Le médecin de la Compagnie refuse, assure-t-on, de délivrer le certificat pour l'admission dans un asile. Le pharmacien du pays donne une lettre de recommandation pour le médecin du dispensaire de la Cité du Midi, lequel l'adresse à M. le Dr L. Guinon, de l'hôpital Trousseau. Au cours de l'examen, l'enfant a eu un *accès* et (par humanité) M. L. Guinon rédige un certificat constatant : « débilité mentale, avec accès d'épilepsie, arrêt de développement intellectuel, instabilité physique, excitation continuelle qui rendent presque impossible la vie dans la famille et nécessitent l'admission dans une maison d'éducation spéciale » (1). Paris, 16 janvier 1906.

Et on ajoute mon adresse personnelle, sans doute afin d'aider au placement. Or, l'enfant appartenant à l'Eure, je ne puis le faire admettre à Bicêtre. La signature de notre distingué collègue de Trousseau n'étant pas légalisée (ce qu'exige la loi) Mme T... est obligée de retourner chez le commissaire de police du quartier de cet établissement (quartier Picpus). Enfin je lui indique les autres *formalités* à remplir pour faire admettre l'enfant à l'asile du département de l'Eure, où ses parents ont leur domicile de secours, c'est-à-dire à Navarre, près Evreux.

Ces déplacements de la famille et de l'enfant, ces visites à trois médecins non payés), auraient pu être évités en remplissant, au pays même, les formalités légales : demande au préfet de l'Eure, certificat de médecin légalisé par le maire ou le commissaire de police, bulletin de naissance.

On nous reproche quelquefois d'accorder trop de place dans ce journal aux questions d'assistance. On voit, par ce fait, que d'ennuis, de dépenses, le médecin, qui doit être l'homme secourable par excellence, pourrait épargner aux familles s'il était bien au courant des conditions à remplir pour l'hospitalisation des aliénés, adultes et enfants. Nous reviendrons bientôt sur cette question, à un point de vue général, à propos d'une lettre très intéressante de M. le Dr Triboulet. B.

(1) Mieux aurait-on dit « établissement spécial » ou « asile d'aliénés ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1906

Coloration des hématoblastes du sang humain.

M. Nollet (de Montpellier) se sert du réactif de Gerson. et, au moyen d'une méthode spéciale, il arrive à colorer les hématoblastes du sang humain.

Modification de la tétanie.

M. Prévost et Mlle Stern (de Genève) ont étudié l'action d'un courant alternatif appliqué de la bouche à la nuque et alternativement de la nuque à la bouche chez des chiens thyroïdectomisés atteints de tétanie. Cette action est capable d'éloigner les crises de tétanie et prolonge nettement la survie de l'animal.

Chlorure de sodium du lait.

M. Porcher (de Lyon) a trouvé très occasionnellement dans le lait, à des doses très variables, du chlorure de sodium. Il ne dépend pas de l'alimentation et sa dose dépend surtout d'un processus purement physique, la régulation de l'équilibre osmotique.

Suc pancréatique et glycémie.

M. Parisot établit par des expériences que l'emploi du suc pancréatique dans le système nerveux produit de l'hyperglycémie et de la glycosurie, l'injection de sécrétine dans la veine porte ne produit pas d'hyperglycémie dans la veine sus-hépatique, ce qui est un argument en faveur de l'indépendance des deux fonctions hépatiques ; la fonction biliaire et la fonction glycogénique.

Cryoscopie de petites quantités de liquide.

M. Hamburger décrit une méthode permettant l'analyse cryoscopique de quantités très minimes de liquide.

Dosage du chloroforme.

M. Nicloux a dosé le chloroforme dans l'air, le sang ou dans tout liquide par un procédé très simple qu'il a trouvé.

E. P.

---

*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier.

L'emploi des rayons de Rœntgen.

Le remarquable rapport de M. Chauffard donne lieu à une des discusions les plus importantes qui aient eu lieu depuis longtemps à l'Académie.

M. Pinard rappelle qu'on a craint de voir employer les rayons X pour produire la stérilité ou l'avortement. Ces craintes semblent excessives. Depuis 1896, est établi, à la clinique Baudelocque, un service de radiographie ; des femmes ont été soumises à des séances d'une durée de 30 à 40 minutes, et cela à plusieurs reprises, et cela au début, au cours, à la fin de la grossesse, après l'accouchement. Un certain nombre d'entre elles ont été revues ; aucune n'a paru en avoir souffert. Voilà pour l'individu.

De ces femmes, 22 sont revenues accoucher à Baudelocque :

10 l'année suivante.
3 au bout de 2 ans,
4 au bout de 3 ans,
4 au bout de 4 ans,
1 six ans après.

Une de ces femmes, qui avait un bassin oblique ovalaire, et, de ce fait, avait été radiographiée souvent, a mis au monde un enfant qui pesait 9 litres.

Cet emploi abusif des rayons X restera donc fort incertain, si encore il est possible.

M. Reynier rappelle les services rendus par les physiciens aux progrès de la radiographie. Il ne croit pas au danger des rayons X maniés avec les précautions les plus élémentaires. Il réclame un enseignement technique et un contrôle médical. Mais il désirerait le maintien des situations acquises.

M. Chauffard répond qu'en se plaçant au seul point de vue scientifique, l'emploi clinique des rayons de Rœntgen ne saurait être fait que par les médecins.

M. Cornil apporte la preuve histologique des lésions créées par les rayons X imprudemment maniés.

La radiothérapie, traitement de choix dans les épithéliomas superficiels, à marche lente, est désastreuse, quand elle est appliquée sans mesure, avec des séances trop rapprochées. En somme, l'emploi des rayons X ne peut être prescrit que par un médecin, et ils peuvent être aussi dangereux pour l'opérateur que pour le patient.

M. Reynier compare les rares accidents provoqués par les rayons X aux accidents dus au chloroforme. Ces accidents sont toujours dus à quelque faute de technique.

M. Brouardel, comme médecin légiste proteste et montre que dans l'emploi du chloroforme comme dans celui des rayons X, des accidents graves ne sont pas toujours évités par les médecins les plus instruits et les plus soigneux.

MM. Labbé et Le Dentu défendent la thèse de M. Brouardel si importante pour protéger la responsabilité médicale. On ne saurait dire que les dangers des rayons X et du chloroforme tiennent toujours à des fautes dans le maniement.

M. Reynier explique sa pensée. Il reconnaît que certains faits cliniques tromperont toujours toutes les prévisions et la technique la plus parfaite. Mais ces faits restent l'exception.

M. Brouardel admet qu'on doive faire une distinction parmi les radiologues non médecins. Certaines situations acquises pourront peut être être maintenues dans les hôpitaux où le contrôle médical est permanent. Mais ceci regarde l'Assistance publique, de même que l'enseignement de la radiologie concerne la seule Faculté.

Ce que l'Académie doit condamner avec énergie, c'est l'exercice illégal de la radiologie dans la clientèle de ville, exercice fait souvent avec le plus éhonté charlatanisme.

M. Le Dentu montre que quelques radiologues non médecins ont rendu de grands services dans les hôpitaux et rempli leurs fonctions de la façon la plus dévouée et la plus correcte.

M. Gariel montre qu'un médecin peut vite et facilement acquérir les notions de physique indispensables. Un radiologue non médecin commettra, au contraire, par ignorance, les imprudences les plus graves.

M. Cornil rappelle les accidents mortels dont furent victimes plusieurs radiologues. Il fait une allusion discrète à la gangrène du bras dont mourut R., physicien pourtant des plus instruits et des plus expérimentés, ayant beaucoup fait en France, pour la technique radiologique.

M. Debove résume la question avec son esprit net et mordant. Doit-on permettre l'emploi des rayons X à des somnambules, des magnétiseurs, des photographes, des marchands de vins ? La création d'un diplôme spécial de radiographie est inutile. Tous les médecins qui désirent apprendre cette science spéciale peuvent le faire très vite à la Faculté. Pour les radiographes non médecins, cette création couvrirait tous les abus.

L'intervention de M. Debove est décisive et les conclusions du rapport de M. Chauffard sont adoptées à l'unanimité.

Souhaitons, sans trop l'espérer, que cette importante délibération n'aille pas rejoindre les paisibles tiroirs où dorment — d'un bon sommeil — tant de vœux académiques.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier.

Etiologie de l'hydronéphrose.

M. Bazy croit pouvoir expliquer l'étiologie de certaines hydronéphroses par l'existence d'une artère anormale qui, partie de l'aorte abdominale, aborde le hile du rein en passant en avant de l'uretère ; lorsque le rein s'abaisse, l'uretère se coude sur l'artère, d'où hydronéphrose.

Pathogénie de l'atrophie de la vésicule biliaire.

M. Hartmann, revenant sur une communication antérieure de M. Delbet, à propos de la pathogénie de l'atrophie de la vésicule biliaire au cours des obstructions des voies biliaires pense que cette atrophie est due à une cholécystite chronique sclérosante et que si l'atrophie de la vésicule fait défaut dans le cancer, c'est que l'inflammation vésiculaire n'a pas le temps d'évoluer.

Traitement des prolapsus du rectum.

M. Picqué, rapportant un cas de prolapsus du rectum opéré par M. Lenormand, estime que la colopexie reste l'opération de choix dans les prolapsus graves.

Le drainage lombaire.

M. Villemin fait une communication sur le drainage lombaire dans les cas d'appendicite avec péritonite purulente. Seul, ce drainage assurerait l'écoulement de l'épanchement au point le plus déclive.

Corps étrangers intestinaux.

M. Broca présente une épingle de cravate qui a été avalée par un enfant et expulsée au bout de trois jours, par l'anus, sans accident.

M. le Dentu et M. Claudot, citent des faits analogues. M. Segond rappelle que l'expulsion n'a pas toujours lieu, et dans deux cas, la radiographie lui a permis de s'assurer que les corps étrangers s'étaient arrêtés dans le duodénum. Les deux cas nécessitèrent la laparotomie.

A. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 janvier.

Intoxication mercurielle thérapeutique. Mort. Autopsie.

MM. Le Noir et Camus rapportent l'observation d'une malade adulte qui a reçu 4 injections de 7 gouttes d'huile grise en un mois. Début de stomatite 3 jours après la dernière injection ; un mois après, stomatite ulcéro-gangréneuse intense, albuminurie, diarrhée, fièvre, amaigrissement, cachexie et mort. A l'autopsie, on constate des lésions d'entérite grave et une néphrite toxique aiguë. Ce fait doit donc rendre réservé l'emploi des injections mercurielles insolubles.

M. Brocq fait remarquer que la précision de la dose et les précautions dans l'administration ont une grave importance.

Cet accident ne peut en rien diminuer les avantages si précieux des injections d'huile grise.

M. Balzer admet, dans le cas particulier, une idiosyncrasie de la malade, et est de l'avis de M. Brocq. Non seulement il considère les injections d'huile grise comme un excellent traitement, mais aussi il n'a pas observé d'abcès depuis qu'on les fait suivant la technique réglementaire, c'est-à-dire : dose bien connue, propreté minutieuse, injection en plein muscle.

M. Danlos réserve les injections à la syphilis rebelle au traitement par les méthodes anciennes.

M. Thibierge se range du côté de MM. Balzer et Brocq. Les accidents sont dus au manque de soins de la part des malades.

M. Queyrat, qui traite de 6.000 à 7.000 syphilitiques par an avec l'huile grise, n'a jamais observé d'accidents graves.

M. Le Gendre demande aux syphiligraphes quel traitement il faut appliquer chez les syphilitiques qui ont de la néphrite. Faut-il faire des injections et lesquelles ?

M. Brocq ne considère pas une néphrite antérieure à la syphilis comme contre-indication du traitement anti-syphilitique. Il faut cependant surveiller les reins. Dans les néphrites secondaires, il se sert de sels solubles et s'abstient des sels insolubles.

M. Faisans demande aux spécialistes si l'usage des sels solubles ou insolubles est indifférent, quels que soient les accidents et leur âge. Dans les affections tertiaires les sels insolubles lui paraissent nécessaires, tandis que dans la période secondaire les sels solubles sont suffisants.

M. Antony (Val-de-Grâce) objecte aux injections insolubles de ne pas permettre un dosage suffisant de l'action médicamenteuse et dit qu'il a assez souvent observé des phlegmons et des névrites.

M. Thibierge met ces complications sur le compte des fautes de technique. Le calomel lui paraît plus souvent donner lieu à des abcès.

Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez le nouveau-né syphilitique.

MM. Ravaut et A. Ponsselle, rapportent l'observation d'un nouveau-né syphilitique, qui présenta des syphilides papuleuses très confluentes, une hypertrophie du foie et de la rate, des convulsions des muscles de la face et des muscles de l'œil et de la nuque. La ponction lombaire révéla une lymphocytose marquée sans microbes. Mort par cachexie. Autopsie : foie silex net, rate hypertrophiée, congestion du cerveau et inflammation des méninges corticales, exsudat sérofibrineux à la base recouvrant les vaisseaux et nerfs. Spirochètes nombreux dans les coupes des vaisseaux et dans l'exsudat, qui est formé d'un réticulum fibrineux infiltré de cellules uninucléées et de spirochètes. Cette constatation montre le rôle pathogène du spirochète.

Emploi de l'adrénaline en thérapeutique.

M. Josué rappelle que ce médicament provoque une hypertension très marquée et est donc contre-indiqué dans l'hypertension déjà existante dans les lésions des artères du cerveau, dans l'anévrysme. La voie gastro-intestinale est préférable à l'injection veineuse.

M. Ménétrier rapporte un cas de syphilis congénitale où il a trouvé le spirochète en grand nombre dans le sang et les organes sanguins.

M. Letulle rapporte l'observation d'un cas de cancer de l'ampoule de Vater, qui, quoiqu'à peine gros comme un pois, provoqua une obstruction complète du canal de Wirsung et une infection biliaire. Mort en six mois. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1905. — Présidence de MM. Graux, Desnos et Berne.

La séance est ouverte à 4 h. 45. — Le procès-verbal de la précédente réunion est adopté à l'unanimité.

M. le Président annonce que M. Boursier, membre correspondant national, à Contrexéville, vient d'être nommé officier d'Académie à l'occasion du centenaire de la Société Médico-chirurgicale, dont il est le secrétaire général. Il le félicite au nom de la Société.

Mention est faite au procès-verbal, en vertu de l'article 28 du règlement, que MM. Baraduc, Bois et de Christmas, malgré les réclamations réitérées du Trésorier et une lettre de rappel, recommandée, envoyée au nom du Conseil d'Administration, — n'ayant pas daigné répondre ou s'acquitter de leurs cotisations en retard, sont considérés comme ne faisant plus partie de la Société.

M. Graux, président sortant, prononce le discours suivant :

Messieurs et Chers Collègues,

L'an dernier, nous vous avons promis d'étudier un projet de fusion. Pour cela, il fallait modifier les statuts. Une commission, nommée conformément aux règlements, a rédigé, après un long et consciencieux travail, qui a duré toute l'année, un projet qu'elle vous soumet aujourd'hui et sur lequel vous allez avoir à vous prononcer à la fin de la séance.

La décision que vous allez prendre est grave pour l'avenir de la Société. La commission vous dit ce qu'il est possible de faire : à vous de voir ce qu'il faut faire.

Certes, vous apprécierez, d'une part, les avantages qu'on doit retirer de la constitution d'une Société puissante et nombreuse et vous n'oublierez pas que la Société à laquelle on nous propose de nous unir est celle qui se rapproche le plus de la nôtre, par son ancienneté, son honorabilité et ses traditions.

Mais vous aurez aussi à juger si les nouveaux statuts permettent à notre Société de rester elle-même et de conserver ses traditions et son autonomie.

Vous déciderez s'il est préférable, pour l'accroissement de notre Société, de conserver le recrutement individuel, en élargissant peu à peu les cadres, ou s'il vaut mieux adopter le recrutement en masse, qu'on vous propose, par l'adjonction d'une autre Société plus nombreuse que la nôtre ; s'il n'est pas à craindre que la fusion, en déplaçant la majorité, n'annihile complètement notre Société de médecine actuelle.

Vous vous demanderez si la nouvelle Société, bien qu'elle conserve le nom de Société de Médecine de Paris, sera encore réellement la Société de médecine de Paris, alors qu'elle n'entrera que pour un tiers dans sa composition, si elle conservera les usages et les habitudes de l'ancienne Société ou si, au contraire, la majorité de la nouvelle Société ne modifiera pas tout à sa guise.

Vous vous demanderez enfin si, par l'adoption de la fusion, notre Société de Médecine de Paris, jusqu'à présent maîtresse de ses destinées, ne commet pas un acte trop complet d'abnégation en se laissant *assimiler*, comme on l'a dit récemment, par l'autre Société, et si, au contraire, croyant s'agrandir, elle ne va pas disparaître dans la Société nouvelle.

Un de nos anciens présidents a dit : « Notre Société doit se rajeunir tout en restant vénérable, doit chercher le progrès tout en gardant ses traditions. »

Vous pèserez toutes ces considérations mes chers collègues, pour déterminer votre vote et je suis certain que, soucieux de conserver à la Société de Médecine de Paris le rang prépondérant qu'un long et glorieux passé lui a assuré jusqu'à présent parmi les autres Sociétés médicales, vous ne vous laisserez guider que par l'intérêt de notre chère Société.

Avant de descendre de ce fauteuil, qu'il me soit encore permis, mes chers collègues, de vous remercier une dernière fois du fond du cœur du très grand honneur que vous m'avez fait en m'élevant à la présidence de la Société de médecine de Paris. Mon rôle a d'ailleurs été aussi facile qu'agréable, grâce aux traditions de bonne confraternité, d'urbanité, de camaraderie et d'indulgence réciproque qui président à toutes nos discussions.

Je garderai précieusement le souvenir des heures agréables et instructives passées au milieu de vous, dans la véritable famille que constitue notre vieille société.

Je laisse à notre si distingué et dévoué secrétaire général le soin de vous résumer les travaux qui se sont produits à notre tribune, pendant l'année qui vient de s'écouler.

Il vous parlera aussi de nos pertes et de nos nouvelles recrues auxquelles je suis heureux de souhaiter la bienvenue.

Il m'est aussi agréable, en terminant, de remercier, en votre nom, en même temps que notre secrétaire général Buret, tous les membres du bureau et particulièrement nos secrétaires annuels, MM. Monel et Mortier.

Et maintenant, j'invite notre éminent nouveau président, mon ami Desnos, à venir me remplacer au fauteuil.

M. Desnos, nouveau président, vient prendre place au fauteuil et prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Que mes premières paroles soient toutes de remerciements et de gratitude pour l'honneur insigne que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos séances. Il n'en est pas de plus grand que vous puissiez témoigner à l'un des vôtres. Aussi, quand je parcours des yeux les rangs de cette Assemblée et que j'y vois tant de personnalités éminentes qui mieux que moi méritaient d'occuper ce fauteuil, je cherche comment votre bienveillance a pu m'accorder un pareil privilège, et je reste persuadé qu'à défaut du mérite, vous avez voulu prouver que le zèle et le dévouement ne sont pas indignes de récompenses : c'en est une de ce genre que vous avez voulu m'attribuer en m'élevant à cette place. Mais quelles qu'aient été vos raisons, la fierté que je ressens de votre choix ne saurait s'exprimer.

Il m'est possible, depuis longtemps déjà, de jeter mes regards en arrière et ce n'est pas sans émotion que je me reporte au temps déjà lointain où la Société de médecine de Paris m'a ouvert ses portes, dans le vénérable bâtiment de la rue de l'Abbaye, encore debout aujourd'hui, dont les vieux murs semblaient attester l'origine reculée de notre Société. Anciens et nouveaux rivalisaient de travail et d'ardeur; j'y vois encore les fidèles d'alors, Baillarger, de Beauvais, Dubuc, Polaillon, apportant le fruit de consciencieuses observations, documentés et écoutés ; Reliquet, toujours ardent à la lutte ; Duroziez, dont la fine ironie et l'aimable enjouement faisaient le charme de nos séances ;et Horteloup et Wickham, mon ami d'enfance, et tant d'autres disparus de nos rangs, mais toujours présents dans nos mémoires ; enfin et surtout notre secrétaire général d'alors, notre cher collègue Christian, à qui la Société a dû si longtemps de faire preuve d'une activité sans égale. Les vides, inévitables, hélas ! produits parmi nous ont été remplis et, après quelques vicissitudes, notre Compagnie reste pleine de vigueur et d'entrain.

En considérant ainsi les hommes d'élite qui m'ont précédé ici, j'éprouve la crainte bien justifiée de me trouver inférieur à la tâche que vous m'avez confiée. Mais je trouve aussi de précieux encouragements et j'espère qu'en m'inspirant de leur exemple, je ne resterai pas trop indigne de la mission dont vous m'avez investi.

Cette mission est, cette année, particulièrement troublante, car une transformation plus importante que toutes les précédentes, va se faire très probablement. Nos rangs vont s'élargir et une société amie, une société sœur, va se joindre. à la nôtre : de nos efforts unis, résultera une prospérité plus grande, une autorité supérieure. Si notre tâche devient plus dure et plus étendue, l'avenir semble aussi plus brillant. Ainsi transformée et grandie, notre chère Société de médecine de Paris va retrouver toute sa jeunesse et toute sa force. Mais ce qui ne saurait se transformer, c'est son esprit même, la bonne confraternité, les aimables rapports, l'amitié fidèle, une probité à toute épreuve : telles sont, en effet, les traditions dont ont vécu nos anciens et que vous conserverez avec amour.

Vous me permettrez, Messieurs, au moment où je succède à mon ami le Dr Graux, de vous rappeler l'affabilité et l'autorité avec lesquelles il a présidé nos séances et le précieux concours qu'il a apporté à nos travaux. En votre nom, je remercierai de tout cœur les membres du Bureau; en qui je suis certain de trouver de précieux collaborateurs. Mon ami le Dr Buret, notre secrétaire général, l'âme de notre Société, toujours rempli de vaillance et qui, nous l'espérons du moins, voudra bien, quoi qu'il advienne, continuer à consacrer à notre Société les trésors de son expérience et de son dévouement ; notre trésorier, notre archiviste, précieux gardien de nos richesses, et enfin nos secrétaires qui font revivre nos séances dans la presse.

C'est donc plein de confiance dans l'avenir que je salue notre prospérité nouvelle, convaincu, comme vous l'êtes tous, qu'elle ne se démentira plus.

M. le Secrétaire général lit son rapport sur les travaux de l'année 1905.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1905

M. Buret, secrétaire général,

Messieurs et chers collègues,

L'année 1905 nous oblige à enregistrer six décès qui ont atteint toutes les classes de notre Compagnie, sauf celle des membres titulaires. Nous comptons d'abord deux membres honoraires. M. Collineau, décédé le 9 janvier et sur lequel je vous ai lu, l'année dernière, une notice biographique. Puis M. Mauriac, dont nous avons appris la mort en juin dernier par la voie de la presse ; nous n'avons donc pu lui rendre nos derniers devoirs.

Vous avez tous connu Mauriac. Le distingué médecin des hôpitaux, à la figure si fine, était universellement renommé comme syphiligraphe. Il entra à la Société en 1875 et y lut, le 13 février, un travail de candidature très remarqué qui avait pour titre : *Note sur les synovites tendineuses symptomatiques de la blennorrhagie et de la syphilis*. En 1881, il fait une communication sur des *cas rares de tumeurs péri-urethrales blennorrhagiques*.

Nommé membre honoraire en 1893, il perdit peu à peu l'habitude de venir aux séances ; on le revit toutefois en 1898, lorsqu'il vint faire le rapport sur la candidature de M. Guilland, membre correspondant d'Aix-les-Bains. Il en profita pour nous apporter son important ouvrage sur le *Traitement de la syphilis*. Depuis, nous ne l'avons plus revu. C'est un savant qui disparaît. Mauriac était chevalier de la Légion d'honneur.

Le 18 mai, nous perdions un de nos membres associés résidants, M. Pierre Vigier, un des représentants les plus éminents du corps pharmaceutique. Président honoraire de la Société de pharmacie de Paris, de la Société Thérapeutique, etc., il a succombé à une longue et douloureuse maladie, à l'âge de 72 ans. Praticien distingué, il a servi sa profession pendant près de 45 ans avec une admirable correction et une dignité exemplaire. Homme de science très apprécié, il est l'auteur de nombreux travaux, parmi lesquels nous signalerons ses mémoires sur le pansement des plaies par l'épithème argileux, sur la préparation et l'emploi thérapeutique du phosphure de zinc, sur les préparations à base de ferments digestifs, sur l'huile grise, les phosphates et glycérophosphates, etc. Enfin, sa haute compétence professionnelle l'avait fait désigner comme membre de la Commission du Codex. C'est une grande physionomie scientifique qui disparaît ; le corps médical et le corps pharmaceutique portent également son deuil.

Un membre correspondant national, le Dr Gustave Hameau, d'Arcachon, a succombé pendant les vacances. Je laisse à notre digne collègue, M. Leudet, qui l'a connu, le soin de prononcer son éloge.

Enfin, nous avons encore perdu deux membres correspondants étrangers : MM. Gomez Torres, de Madrid, et Jacques de Narkiewicz-Iodko, directeur du sanatorium de Nad-Niémen (Russie). Ce dernier était fort attaché à notre Société, et il ne manquait jamais, le jour de notre banquet annuel, de nous envoyer un télégramme de félicitations. Seuls ont pu le connaître ceux d'entre nous qui assistaient à la fête du centenaire de la Société de Médecine de Paris, où il prononça des paroles enthousiastes à l'égard de la science française en général et de la Société de Médecine en particulier.

Après cet hommage posthume rendu à nos collègues disparus, je m'empresse d'aborder un sujet beaucoup moins pénible : c'est le bilan de nos travaux de l'année passée.

M. Beni-Barde nous a communiqué un important mémoire sur la neurasthénie appendiculaire, où il fait ressortir le rôle, non soupçonné jusqu'ici, que peut jouer l'appendicite dans les neurasthénies observées.

Quelques considérations sur la syphilis et la paralysie générale, présentées par M. Christian, ont donné lieu à des discussions fort intéressantes.

M. Coudray, au nom de M. Cornil et au sien, nous a exposé des considérations très remarquables sur les tumeurs à myéloplaxes.

M. Dubar nous a fait des communications très intéressantes sur le traitement d'urgence des otites moyennes aiguës et nous a rapporté une observation très suggestive de phlegmon sous-maxillaire consécutif à la discision amygdalienne.

A remarquer également une observation de M. Godlewski relative à un érythème polymorphe consécutif à un abcès de la jambe, et ses considérations sur la tension artérielle dans les neurasthénies.

M. Guglielminetti nous a présenté un appareil fort ingénieux, avec dosage d'oxygène, pour les opérations intra-thoraciques. Vous avez tous présente à la mémoire son intéressante croisade contre la poussière des routes et la discussion qui s'en est suivie.

MM. Laquerrière et Delherm nous ont présenté un appareil transportable pour la radiographie à domicile, progrès qui n'avait pas encore été réalisé jusqu'à ce jour.

M. Le Fur nous a exposé des considérations nouvelles sur la pathogénie et le traitement de l'épididymite blennorrhagique, et vous avez tous été frappés de ses aperçus nouveaux sur les causes de la chronicité de la blennorrhagie. Maintenant, le gonocoque ne saura plus où se refugier, grâce à M. Le Fur, qui le poursuit dans ses derniers retranchements et nous a dénoncé ses cachettes les moins soupçonnées.

A M. Margain nous devons des travaux bien étudiés sur les accès passagers de tristesse illogique et anxieuse, d'apparence spontanée, et sur les améliorations qu'on peut obtenir dans la paralysie générale.

M. Marie nous a exposé ses vues sur l'action hypnotique du neuronal chez les aliénés, sur l'action thérapeutique de l'eau de mer en pathologie mentale, et sur l'état du sang dans l'acromégalie et le gigantisme. En collaboration, avec Madame le Dr Pelletier, il nous donne des observations de mal perforant dans la paralysie générale : avec M. Barbaux, il nous présente une calotte cranienne qui nous permet de constater la réfection de l'os après une craniectomie.

M. Minet nous initie aux méfaits de la sonde de trousse, et ses observations sont d'un grand intérêt pratique.

M. Monel nous a rapporté une observation très curieuse d'intoxication par l'éosine ayant produit une dermite artificielle. Il s'agissait d'un carnet de bal armorié qu'une dame avait laissé dans son corsage pendant plusieurs heures en contact avec la peau, du côté où était la couleur rouge de l'écusson.

M. Mortier nous a fait une savante communication sur trois cas de sarcomes : c'est un nouveau collègue dont je parlerai tout à l'heure.

M. Picqué nous a rapporté une observation fort instructive de kyste hydatique du foie à forme insolite dont le diagnostic fut des plus difficiles ; puis il nous a fait une intéressante leçon sur les douleurs abdominales chez la femme.

M. Rogalski, de Tunis, nous a adressé d'intéressantes considérations sur la transmissibilité de la lèpre, qu'il ne considère pas comme contagieuse.

M. Stassano, en collaboration avec M. Belgodère, nous a exposé des vues nouvelles sur le traitement de la syphilis par le levurargyre : c'est le nom que les deux auteurs ont donné à un composé mercuriel organo-métallique trouvé et étudié par eux. Il n'est nullement toxique. M. Stassano nous a présenté ensuite une étude sur le mercure envisagé comme catalyseur et agent thérapeutique.

M. Suarez de Mendoza s'appuie sur de nombreuses observations pour démontrer la nécessité de l'examen vétérinaire en matière de syphilis, la mentalité des malades les portant le plus souvent à dissimuler leur cas, par suite d'une sorte d'aberration incompréhensible, mais toujours préjudiciable quand le médecin, en présence des dénégations des malades, néglige tout examen approfondi.

Enfin M. Vidal, de Blida, lors de son passage à Paris, est venu nous exposer des vues fort intéressantes sur l'opothérapie ganglionnaire et le résultat de ses essais thérapeutiques.

Vous pouvez voir, Messieurs, par ce court résumé, que notre Société est loin d'être en décadence : il y a un progrès sensible sur l'année dernière.

Pour terminer, je souhaiterai la bienvenue à nos nouveaux collègues. Nous comptons, pour 1905, quatre membres titulaires nouveaux, M. Mortier, que vous connaissez par ses travaux, et il a fallu toute la rigueur des règlements pour m'empêcher de le faire figurer sur la liste de janvier dernier : le rapport sur sa candidature n'était pas encore lu. M. Vian, qui arrive ensuite, est son collaborateur en bactériologique. Ce sont deux élèves de M. Picqué, que vous avez, sur la proposition du Bureau, nommés secrétaires annuels. J'estime, pour ma part, que ce choix est excellent.

Puis c'est M. Cathelin, ancien interne des hôpitaux et urologiste distingué. La remarquable conférence qu'il nous a faite au moment de sa candidature est pleine de promesses pour l'ordre du jour. Enfin, M. Duclaux, également ancien interne des hôpitaux, ce qui dit tout le prix de cette nouvelle recrue.

Malgré l'admission de ces quatre nouveaux membres, nous restons, comme l'année dernière, au chiffre de 64. C'est que M. Perret, quittant Paris, est devenu notre membre correspondant national à Salins. Et, chose regrettable, nous avons dû supprimer les noms de trois collègues que tous les efforts prescrits par le Règlement, et tentés par le Conseil d'administration, ont été impuissants à convaincre de la nécessité qu'il y a à se mettre en règle vis-à-vis du trésorier. Ce cas est très rare chez nous, c'est la première fois que je le constate.

Un nouveau membre correspondant étranger, M. Moniz d'Aragon (en portugais : de Aragão), est entré dans notre Compagnie. C'est, comme vous le savez, un professeur de l'Université de Bahia, au Brésil, où il enseigne la médecine. Il est membre de plusieurs Instituts étrangers et notamment de l'Académie royale des sciences de Lisbonne, dont l'accès est des plus difficiles : les nominations sont soumises à l'approbation et à la signature du Roi de Portugal. C'est une recrue qui ne peut que faire honneur à notre Société.

Nous savons que plusieurs collègues se proposent de nous présenter de nouveaux candidats au titulariat ; le chiffre de 70 sera vite atteint.

Maintenant, Messieurs, il ne me reste plus que deux mots à vous dire : l'heure est grave et solennelle ; vous allez être appelés à vous prononcer sur le sort de notre compagnie. Eclairez-vous afin de voter en pleine connaissance de cause. Mais permettez-moi de vous engager à discuter sans passion et à laisser de côté toute considération de personnes. Vous ne devez avoir qu'un seul objectif, l'intérêt général : en d'autres termes, l'avenir de la Société de médecine de Paris.

M. Desnos, obligé de s'absenter pendant une demi-heure, donne provisoirement la présidence à M. Berne.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettres de MM. Leudet, Jullien et Picqué, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance pour cause d'indisposition. 2° Lettre du Dr Bernard, de Cannes, annonçant la mort, survenue, il y a 3 mois, de M. Gimbert, membre correspondant national, également à Cannes. 3° Lettres de MM. Nicolas et Doyon, membres correspondants, s'excusant de ne pouvoir assister au banquet. 4° Lettre de M. Glénard, obligé de partir pour Lyon, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. 5° Lettre de M. le Docteur Dias Amado, de Lisbonne, posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger. Parrains : MM. Moniz d'Aragon et Buret.

M. le Secrétaire général informe ses collègues que M. Dias Amado est un syphiligraphe distingué de Lisbonne, membre de l'Institut de cette ville, de l'Acadé-

mie de Bahia, etc., et qu'il fera honneur à la classe des membres correspondants étrangers de la Société.

Cette candidature étant prise en considération, elle est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Coudray, Duclaux et Buret, rapporteur.

M. Mortier lit une communication sur **un cas de cancer utérin à forme polypeuse** (*sera publiée*).

M. le Président donne lecture d'une observation d'appendicite opérée, envoyée par M. Bruch, de Tunis.

Observation personnelle d'appendicite opérée.

Docteur A. B., chirurgien de l'Hôpital civil français de Tunis, 38 ans, sans antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : santé parfaite, jamais de constipation, selles très régulières.

Au mois de juin 1903, j'eus une première crise d'appendicite, simple colique appendiculaire qui a passé pour ainsi dire inaperçue, puisque je n'ai ressenti de malaise et une légère douleur dans la fosse iliaque droite (avec un seul vomissement alimentaire) que pendant une journée et que cela ne m'a pas empêché d'assister à une réunion d'amis, le soir, pour le souper, auquel je fis même honneur ! Je plaisantais moi-même et annonçais en riant que j'avais de l'appendicite, tellement les symptômes ressentis étaient bénins. Je n'y pensais plus, lors qu'en septembre de la même année, le 23, je fus repris d'une 2e crise. Ce n'est alors, en rassemblant mes souvenirs, que je diagnostiquais, rétrospectivement, la première crise du mois de juin.

Cette deuxième crise, me prenant en pleine santé, fut plus sérieuse. Elle débuta par du malaise stomacal, des douleurs irradiées dans tout l'abdomen, au creux épigastrique, douleurs vagues et légèrement angoissantes. Me trouvant en voiture sur la grande route, rentrant de la campagne, à une heure de l'après-midi, j'attribuai ces malaises à la faim. Rentré chez moi, je mangeai « du bout des dents », sans appétit. Les douleurs s'accentuèrent alors et je rendis le peu que j'avais absorbé. J'étais fixé car, me couchant aussitôt et me palpant, je trouvai très net le point de Mac Burney ! Ça y était. Mon collègue, le docteur Braquehaye, vint confirmer le diagnostic. Le traitement classique fut immédiatement prescrit ; diète absolue, poche à glace sur le ventre. Extrait d'opium. Température 38°2. Cette crise dura 8 jours, après quoi je repris mes occupations.

Dix-huit mois après, le 5 mars 1905, dans la nuit, je ressentis les mêmes prodromes qu'en septembre 1903. J'étais pincé pour la 3e fois. Cette fois, la crise fut plus forte: vomissement, douleur très nette au point classique, défense musculaire, rétention des gaz, empâtement de la fosse iliaque, température 38°2. Je gardai le lit 8 jours, après quoi je pus me lever un peu dans la chambre. La période aiguë était passée. Je souffrais bien encore un peu dans les efforts de toux, mais il fallait que je sois debout *et dus* assister au mariage de ma belle-fille le 16 mars.

Le 20, toute douleur avait disparu, l'appétit revenait, mais je suivis quand même un régime très sévère.

C'est alors qu'en présence d'une 3e crise j'envisageai sérieusement l'idée d'une opération et sur les conseils de mon père (professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'Ecole de médecine (en retraite) d'Alger et du docteur professeur agrégé Brequehaye, je pris la détermination de me faire enlever l'appendice. J'étais dans un état général très bon. On ne sentait presque plus mon appendice, à la palpation, il semblait être immédiatement « sous la peau. » Aucune douleur, aucune fièvre.

L'opération eut lieu le 28 mars avec le plus grand succès. L'appendice, caché derrière le cæcum, longeait la paroi de la fosse iliaque, il mesurait 8 centimètres et demi de long ; l'extrémité libre mesurait 2 centimètres de large.

L'extrémité cæcale était de dimension normale. Deux grosses et solides adhérences maintenaient l'épiploon à l'appendice, à tel point qu'il fallut en réséquer un bon morceau qui était légèrement congestionné. L'extrémité libre de l'appendice était perforée et une goutte de pus en voie de résorption était retenue au milieu d'une sorte de petite poche formée par les adhérences épiploïques, circonstance heureuse à laquelle je dus d'éviter une péritonite par propagation du pus dans la grande cavité péritonéale.

A l'examen de la pièce, l'appendice était vide. Les parois étaient très épaisses. A l'extrémité libre seulement, existait une petite cavité, cavité close, dont l'extrémité était perforée d'un petit orifice par lequel certainement la goutte du pus avait fait irruption au dehors.

Donc pas de corps étranger. Peut-être cette crise était elle due à de la grippe, d'autant plus que pendant les mois de janvier et février j'avais été surmené et avais même eu un peu de grippe ambulatoire.

Les suites de l'opération furent excellentes. Un drain de prudence avait été placé et un premier pansement 5 jours après l'opération fut diminué puis bientôt supprimé. Je me levai sur la chaise longue le 22e jour. Et le 26e jour je circulai dans l'appartement.

La température n'a jamais dépassé 36°8, sauf le 3e jour où elle est montée à 37°7.

Actuellement, 1er mai, la cicatrice est parfaite, il ne subsiste qu'un tout petit bourgeon charnu, à l'endroit du drain.

Cette observation, banale en soi, prouve une chose, c'est qu'il ne faut pas hésiter à se faire opérer dès que l'appendicite est confirmée.

En somme, c'est après la 2e crise que je me suis résigné. La première crise vraiment avait été bien insignifiante. Je risquais certainement une quatrième crise, et certainement aussi elle eût été beaucoup plus grave à cause de la présence de la perforation.

Je l'avais échappé belle, car, sans avoir présenté des symptômes à grand fracas, ces différentes crises présentèrent de gros dangers, et certainement, si je n'avais été moi-même chirurgien, j'eusse fait comme beaucoup de malades ordinaires auraient fait, j'aurais, devant la bénignité des symptômes, pris des purges et tout autre médicament avant d'appeler un médecin.

Une fois de plus, l'intervention sanglante est à recommander dès qu'il est avéré qu'un malade est ou a été atteint d'appendicite, si bénins que soient ou aient été les symptômes.

Aujourd'hui 6 décembre, santé parfaite. Il est à remarquer le changement survenu dans le caractère. Précédemment d'un tempérament emporté et coléreux, actuellement beaucoup plus calme, d'un caractère beaucoup plus paisible, remarque déjà faite par quelques chirurgiens et explicable par le travail *lent et insensible* d'inflammation, d'adhérences du côté de l'appendice, retentissant sur l'état général. Une fois de plus, l'appendice n'est utile à rien, du moins apparemment, puisque, une fois enlevé, la santé devient parfaite, les digestions très régulières, les selles très normales.

M. Tissier. — J'ai eu une petite fille de 3 ans, opérée d'appendicite en pleine période inflammatoire : on trouva une perforation de l'appendice et du pus dans le péritoine.

M. Bernf. — C'est pour cela qu'on doit opérer dès qu'on le peut, surtout pour éviter la perforation, car dans les appendicites avec perforation, la statistique est peu encourageante.

La Société se forme en comité secret.

Séance extraordinaire.

A 6 h. 30, il est procédé au vote, avec appel nominal, sur l'opportunité de la modification des statuts devant entraîner la fusion avec la Société médico-chirurgicale.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Inscrits........................	64
Votants........................	40
(Majorité absolue : 33 voix).	
Oui........................	23
Non........................	16
Bulletin blanc........................	1

La majorité exigée par les statuts (moitié plus un des inscrits) n'ayant pas été atteinte, la modification proposée n'est pas adoptée.

La séance est levée à 6 h. 50.

Le secrétaire général, F. BURET. *Le secrétaire annuel,* MORTIER.

REVUE DE PÉDIATRIE

Rédaction spécial : M. le Dr G. PAUL-BONCOUR.

I.—**L'Art d'élever le nouveau-né**, par le Dr MAGNUS (Lyon, Poinat, éditeur, 1905.)

Petit livre par demandes et par réponses donnant comme beaucoup d'autres, des indications sur les soins d'hygiène et sur la direction de l'allaitement des enfants en bas âge.

II. — **La scoliose** ; par le Dr MONIN (Paris, Doin, 1905.)

Nous signalons ce petit livre de 40 pages qui contient des considérations fort utiles et clairement exposées sur la nature de la scoliose, ses causes, la façon de l'éviter et le traitement à appliquer.

III.— **La scrofule et les infections adénoïdiennes**, par le Dr Paul GALLOIS (de Rudeval, Paris, 1905.)

On connaît la théorie du Dr Gallois sur la scrofule : le trouble constaté n'est pas la cause essentielle des symptômes morbides ; il est le résultat d'une infection portant sur le rhino-pharynx et des végétations adénoïdes.

L'altération n'est plus endogène mais exogène, suivant le mot du professeur Gaucher. Avec de nombreuses observations, M. Gallois montre que le type morbide répondant à la scrofule n'est que l'intoxication d'origine microbienne de l'organisme : l'auteur prend chacun des accidents rangés dans le cadre de la vieille scrofule et montre quelle est leur genèse, quelles sont leurs relations avec des accidents d'infection bien localisés.

Ce travail d'analyse une fois fait, M. Gallois établit magistralement le type morbide tel qu'il le conçoit et tel que le conçoivent beaucoup de maîtres à l'époque actuelle. D'autres auteurs ont essayé récemment de donner une idée nouvelle de la scrofule ; aucun, on peut le dire, n'y a réussi avec autant de succès que M. Gallois. On trouve à la fin de l'ouvrage une étude historique de l'affection.

IV.— **Physiologie de la lecture et de l'écriture** ; par le Dr JAVAL, de l'Académie de médecine (*Bibl. Sc. Intern.* Félix Alcan, Paris.)

M. Javal nous donne un livre curieux et intéressant sur des questions qui sont généralement ignorées des médecins et cette ignorance provient incontestablement de la difficulté où l'on se trouve de comprendre certains faits, pour lesquels une éducation théorique est nécessaire au préalable.

L'auteur s'est efforcé de rendre abordable les notions théoriques sur lesquelles il fonde ses démonstrations. Grâce à son habileté, à sa compétence spéciale, il y a admirablement réussi, et on peut dire que c'est la première étude vraiment complète qui ait été publiée sur ce sujet.

Une première partie est consacrée aux notions historiques ; l'évolution de l'épigraphie, de l'écriture, de la typographie, de l'écriture en relief, de l'écriture musicale, est traitée d'une façon attrayante et fort complète.

Dans une deuxième partie on rencontre une série de chapitres sur l'optique de l'œil, sur l'acuité visuelle et sur le mécanisme de la lecture et de l'écriture.

Malgré leur aridité apparente, les chapitres ne nécessitent aucun effort tellement l'exposition en est nette. Le reste du volume est destiné aux déductions pratiques. Nous citons quelques-unes des questions qui y sont traitées pour en montrer l'importance : l'éclairage public et privé au point de vue de l'hygiène des yeux, les livres et la myopie, les avantages de l'écriture droite, la graphologie, les expertises en écriture, l'écriture et la lecture des aveugles. Ce livre ne s'adresse pas seulement aux hygiénistes qui désirent recueillir des préceptes pour la conservation de la vue ; beaucoup de personnes y trouveront des documents utiles et des indications sérieuses : les éditeurs y apprendront comment obtenir un maximum d'effet avec un minimum de fatigue, grâce au choix de la forme des caractères typographiques ; les architectes y puiseront la science de l'éclairage intérieur, donc on constate, par la simple observation, la fréquente ignorance. Les éducateurs de la jeunesse liront avec bénéfice le chapitre où M. Javal a résumé le résultat de ses études sur l'hygiène visuelle et indique les pages à lire plus spécialement.

De nombreuses figures ornent le texte de ce ce volume qui fait grand honneur aux connaissances en physiologie de son auteur.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de clinique médicale ; par DEBOVE et SALLARD (grand in-8e de 1294 pages avec fig., Masson, Paris).

Nous sommes heureux d'annoncer aux lecteurs du journal la publication d'un excellent livre de médecine clinique. Tous auront intérêt à avoir ce volume sous leur main ; les étudiants y trouveront un guide pratique dans l'examen des malades ; les praticiens qui n'ont pas le temps de consulter de volumineux et de nombreux ouvrages auront ainsi un aide-mémoire documenté où toutes les notions nécessaires à un bon diagnostic sont groupées. Les maladies de chaque système (nerveux-circulatoire-pulmonaire, etc.) sont précédées d'une étude de séméiologie générale où les moyens d'investigations la technique spéciale, les découvertes les plus modernes, sont exposés avec une clarté parfaite ; les types de chaque affection sont rapidement résumés et les notions étiologiques utiles sont envisagées lorsque leur étude facilite le diagnostic. Il est nécessaire de bien remarquer que certains procédés spéciaux, tels que les examens laryngoscopiques par exemple, sont longuement expliqués : c'est là une méthode heureuse et qui dispense de parcourir des traités spéciaux que beaucoup de praticiens n'ont pas dans leur bibliothèque en général. Si les auteurs ont tenu à alléger leur ouvrage de détails inutiles, ils n'ont pas hésité à y introduire des gravures, des représentations histologiques et des résumés schématiques. Ce traité, en un mot, rendra de grands services.

G. P.-B.

REVUE D'HYDROLOGIE

Proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et la composition de cette eau en sels anhydres et en monocarbonates. (*Loi Lucien Graux*).

Par le Dr L. GRAUX (1).

Les recherches que j'ai faites depuis plus d'un an sur la cryoscopie des eaux minérales m'ont permis de déterminer d'une façon rigoureuse la relation existant entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et sa composition.

Les analyses des eaux minérales sont rédigées habituellement en bicarbonates. Il n'existe alors aucune relation entre le chiffre total de leurs minéralisations et celui de leurs points cryoscopiques.

C'est ainsi que l'analyse de l'eau de Châtel-Guyon se présente avec un total de 8 gr. 3936. Or son point cryoscopique est le suivant : —0,338.

On sait d'autre part que le point cryoscopique d'une solution isotonique (c'est-à-dire de 9 grammes par litre) est le suivant : — 0,560. Le rapport des points cryoscopiques est le suivant :

$$\frac{0,560}{0,330} = 1,[illegible]$$

(1) Communication à l'*Académie des Sciences* du 15 janvier 1906.

Le rapport des minéralisations de l'eau de Châtel-Guyon et de la solution isotonique est alors inexplicable:

$$\frac{9}{8.39} = 1.050$$

J'ai recalculé cette analyse en monocarbonates : le total obtenu est de 5 gr. 832.

Le rapport des minéralisations concorde cette fois d'une façon très satisfaisante avec celui des points cryoscopiques :

$$\frac{9}{5.832} = 1.540$$

Il en est de même pour les autres eaux bicarbonatées. A Royat, par exemple, le chiffre total de la minéralisation est de 3 gr. 847 au lieu de 5 gr. 623 et à Vichy (Célestins) de 4 gr 8639 au lieu de 8 gr. 244, etc. (1).

Dans toutes les eaux observées le point cryoscopique était proportionnel au chiffre total exprimé en monocarbonates et entièrement hors de proportion avec celui de la minéralisation hypothétique des bicarbonates.

Voulant préciser la façon dont se comporte dans une solution minérale l'acide carbonique dit demi-libre, j'ai expérimenté avec des solutions pures de carbonate et de bicarbonate de soude.

Le point cryoscopique d'une solution contenant par litre un dixième de la molécule-gramme de carbonate de soude, c'est-à-dire 10 gr. 6 est de — 0,455.

Celui d'une solution contenant par litre un dixième de molécule-gramme de bicarbonate de soude pur, c'est-à-dire 8 gr. 4 est de — 0,389.

Or le point cryoscopique d'une solution contenant une demi-molécule-gramme de carbonate bisodique (soit 5,3 de carbonate) est de — 0,356, c'est-à-dire insensiblement le même que celui de la solution précédente.

Il s'ensuit que, dans une solution de bicarbonate sodique, seule la molécule de carbonate influe sur la pression osmotique.

L'acide carbonique demi-libre ne se comporte pas autrement au point de vue cryoscopique que s'il était entièrement libéré.

J'ai donc le droit de conclure des recherches précédentes qu'il serait rationnel de présenter les analyses des eaux minérales sous forme de monocarbonates.

On peut formuler ainsi la *loi nouvelle* que j'ai déterminée :

« *Il existe une proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et la composition de cette eau exprimée en sels anhydres et en monocarbonates.* »

(1) LUCIEN GRAUX. — La cryoscopie des eaux minérales. Paris, Rousset (*sous presse*).

RADIOLOGIE

Action des rayons X sur les organes profonds ;

par le Dr FOVEAU de Courmelles (2).

Le cœur bat plus vite (Séguy et Quénisset, 1897). Le pouls est modifié (Destot); des troubles viscéraux se produisent (Oudin, Barthélemy, Darier), les cobayes deviennent aspermatiques (Albert-Schœnberg) et l'épithélium de leurs canalicules est détruit (F. Frieben), mais le pouvoir copulatif se garde (Filloy-Brown et Alfred Osgod). Tilden Brown prétend que le voisinage des rayons X rend l'homme stérile pour un certain temps. Boleslas, traitant un prurit anal par la radiothérapie périnéale, constata que les spermatozoïdes, existant avant, disparurent plusieurs mois, pour ne se rencontrer, peu à peu, que trois mois, après la cessation du traitement. Lapowski a ainsi trouvé, selon la durée d'action des rayons X : l'azoospermie, l'oligospermie ou la nécrospermie. Des ovaires de lapin femelle s'atrophient (L. Halberstaedter). En traitant des fibromes, les ovaires s'atrophient comme la tumeur (Foveau de Courmelles). Les testicules du rat blanc gardent la perméabilité des canaux excréteurs, mais on a une claire transformation cytologique et chimique et résorption des éléments (J. Bergonié et L. Tribondeau) ; les mêmes auteurs ont exposé sous le microscope une goutte de sperme humain, avec lames de verre ou du plus perméable mica, les spermatozoïdes ont gardé leur mobilité même après une demi-heure d'exposition.

La lame d'aluminium interposée, comme pour la peau qui ne s'ulcère plus, diminue l'oppression, les palpitations... (Destot).

L'ingestion de corps thyroïdes ou l'exposition des reins aux rayons X diminue d'abord, puis augmente le rapport de l'acide phosphorique à l'urée. Les reins exposés seraient lésés (Buschke et Schmidt), parfois hématuriques. La rétine est affectée (A. Birch-Hirschfeld). La rate de cobayes a été trouvée petite et brune (Heincke). Un animal sain devient leucopénique (Helber et Linser), les lymphocytes sont affectés surtout ; les globules rouges résistent (les mêmes, Milchner et Mosse); ces auteurs ont vu que la moelle osseuse s'altérait gravement. Les animaux exposés résisteraient mieux à certaines affections (Quadrone). La lécithine devient toxique (Werner, Hoffmann et Schulz). L'albumine est modifiée, plus liquide, moins coagulable (Bordier et Galimard). Beaucoup de leucémies ont cédé (Senn, Bozzolo, Barjon, Cadet, Nogier, Schleip et Hildebrandt, Aubertin et Beaujard Ledingham et Mckerron, Lommel, Melland, Ch. Colombo (1). L'excitation initiale des rayons X, phénomène qui ne dure pas, est d'augmenter les globules blancs (Guerra, Schleip et Hildebrandt) Le goitre (L. Gorl, Stegmann), la maladie de Basedow (Carl-Beck), l'hypertrophie prostatique (Moszkowicz. C. Casabelli et C. Luraski, L. Moszkowiez et R. Stegmann), les tumeurs fibreuses (Foveau de Courmelles), l'anachlorhydrie et l'anorexie hystérique (R. Lépine), les névralgies (F. H. Williams, Ch. L. Léonard), l'épilepsie, J. H. Branth, S. G. Dracy) y ont été soumis. Voilà, résumées, les actions profondes des rayons X, dont nous verrons, pour certaines, des détails complémentaires.

Quant aux troubles semi-superficiels, le professeur Gaucher a consacré une leçon à une *radio-névrite avec les troubles trophiques cutanés consécutifs* (*glossy-skin, télangiectésie, papillomes épithélioma*). Il s'agit d'un électricien qui dès le début, s'occupa des rayons X, se sentit sèche la peau des mains au bout d'un an, après avoir perçu d'abord mieux l'approche de l'ampoule ; puis la sensibilité tactile diminua, il eut des douleurs et des crampes, les ongles devinrent friables et tombèrent. Le dos des mains et des doigts se couvrirent bientôt de petites dilatations vasculaires, de télangiectasies disséminées, de petites croûtes, de véritables papillomes cornés, surtout aux points de frottement. La face dorsale de l'index droit, heurté, a eu une ulcération incicatrisable et qui s'agrandit, le fond est épais, bourgeonnant, à base infiltrée et dure, saignant facilement, douloureuse.

Enfin mort.

L'Action atrophique (2) *des rayons X sur les glandes de l'appareil reproducteur*, notamment (testicules, ovaires) est de plus en plus prouvée par des recherches de laboratoire sur les animaux (Albers-Schœnberg, A. L. Brown, Halbersdter ; J. Bergonié, L. Tribondeau et D. Récamier).

(2) Ce résumé très bien fait est extrait de la 6e *Année électrique* qui paraîtra dans quelques jours.

(1) M. Colombo (de Rome a traité trois cas de leucémie par les rayons de Rœntgen. Au début de la cure, la symptomatologie empira, le nombre des globules rouges diminua, dans un cas de 2,780,000 à 2,500,000) celui des leucocytes augmenta (de 96,000 à 440,000 en particulier les polynucléaires passèrent de 64,000 à 140,000, les mononucléaires de 32,000 à 300,000), tandis que le volume de la rate fièvre ne subissaient aucune modification. C'est seulement dans les séances ultérieures que ces conditions changèrent en procédant en sens inverse (augmentation des globules rouges, diminution des leucocytes). Le traitement comprit au total de 120 à 150 séances, chaque séance durant environ quarante minutes, dont dix pour le sternum, dix pour la rate, dix pour les coudes et dix pour les genoux.

(2) Communication du Dr Foveau de Courmelles à l'Académie des Sciences de Paris, le 27 février 1905, par le professeur d'Arsonval du Collège de France.

Voici maintenant des faits cliniques qui les confirment.

J'ai eu l'occasion, depuis une communication antérieure (1) sur le diagnostic et la thérapeutique de certains fibromes par les rayons X, confirmée ensuite par Deutsch, de Munich, et par Bondet, Lyon, de traiter encore un certain nombre de ces tumeurs et de constater presque toujours les phénomènes suivants : dès la première séance, durée 5 minutes, intensité du courant au primaire de la bobine : 5 ampères ; 110 volts ; 0 m.25 étincelle équivalents 7 au radio-chronomètre de Benoist ; sensation de contraction dans l'utérus et resserrement des tissus qui s'accentue avec la répétition des séances et la diminution de la tumeur. Si des symptômes douloureux existent, ils cèdent rapidement. Quant aux hémorrhagies, elles augmentent plutôt au début du traitement, laissant après chaque période, augmentée ou non d'ailleurs, la tumeur plus affaissée. Puis, peu à peu, ces hémorrhagies s'éloignent et s'atténuent. Des fibromateuses ayant d'abondantes hémorrhagies toutes les trois semaines ne les ont bientôt plus, atténuées du reste, que toutes les 4,5,6,7,8, semaines progressivement, puis tous les 4,5 ou 6 mois pour enfin cesser complètement.

Comme on ne peut juger sur le vivant de l'état d'un organe que par ses manifestations fonctionnelles, cet éloignement et cette diminution des époques menstruelles indiquent évidemment une régression atrophique des ovaires. Selon l'âge des patientes, il faut arriver à cet état atrophique en un nombre variable de séances de rayons X allant de 5 à 15 minutes, selon les cas et la façon dont elles sont supportées par l'état général (toujours sans réaction cutanée, grâce à la plaque d'aluminium bien reliée au sol, mais parfois avec fièvre et frisson qui font espacer les séances);après 50 ans, on a souvent, dès les premières époques qui suivent les applications, une diminution de ces menstrues. Vers 40 ans, je ne l'ai obtenue qu'après des mois (5 à 6 mois et deux séances par semaine) de traitement chez des malades qui ne voulaient pas être opérées, mais toujours cette régression se produisait et se traduisait manifestement. Avant 40 ans, cet état, tout en s'obtenant, exigerait plus de temps encore (8 à 10 mois).

Chez les patientes, soit une trentaine, que j'ai pu suivre, et d'âge variant entre 35 et 55 ans, les phénomènes ont été constants.

Pour des cancers du sein, contre lesquels on a préconisé l'ablation des ovaires, j'ai eu l'idée de faire dans trois cas des applications consécutives sur la région galactophore cancéreuse et sur la région abdominale ; j'ai ainsi obtenu des résultats plus rapides dans la régression de la tumeur du sein que quand j'agissais simplement sur celle-ci. Les menstrues s'atténuaient aussi. Dans un de ces cas, la peau et le système pileux du sein exposés noircirent. Dans un autre, que l'on dut opérer quand même, les douleurs, d'abord apaisées, ayant repris, l'examen histologique de la tumeur ne révéla plus que du tissu fibreux ; et aussi est-il probable que la douleur réapparue tenait à la présence de corps étrangers inertes encore volumineux qu'était devenue la tumeur ; quant aux ganglions capillaires, ils étaient réduits à de minuscules grains de millet, mais très durs.

En résumé, la clinique confirme les recherches expérimentales ; les ovaires, les seins et les ganglions lymphatiques se rétractent et s'atrophient sous l'action des rayons X ; d'autre part, la pénétration de ceux-ci varie avec les organes et semble se faire de façon élective.

Mais je crois, bien que n'ayant qu'un seul fait, mais combien probant, qu'il faut des *rayons directement appliqués* pour agir ; j'ai, dans mon cabinet dont elle ne quitte pas, et séjournant près des tubes en activité, dans la zone basse, une petite chienne, genre griffon havanais, et dont les règles, biannuelles depuis six ans et demi, n'ont été nullement influencées ou plutôt dans le sens de l'avance et de l'intensité, ce qui est normal. chez les chiennes. Les rayons obliques n'ont donc pas, d'autre part, les dangers qu'on a dit. Les insuccès dans certains fibromes (Laquerrière) prouvent aussi que même les actions directes ne sont pas absolues. Mais cependant l'ensemble des faits positifs parle assez haut pour que le seul médecin puisse appliquer les rayons X, alors que, dans les hôpitaux parisiens et près des tribunaux, les radiographes ne sont pas médecins.

(1) Académie des sciences, 11 janvier 1904.

MÉDECINE PRATIQUE

« La Créosote possède une action aussi énergique contre la tuberculose pulmonaire parce qu'elle est le plus puissant des antiseptiques et qu'elle possède, en outre, la propriété d'exciter, dans cette maladie, les fonctions digestives...... On ne pourra donc déduire *à priori* l'action physiologique de la créosote de l'action propre de ces éléments constitutifs. On ne pourra l'établir que par l'étude du mélange lui-même, car c'est tout juste l'association, en faibles proportions, de différentes substances, ayant toutes une action de même espèce, qui fera obtenir des effets thérapeutiques et physiologiques, ne représentant nullement la somme de chacune des actions en particulier, mais devant être considérée comme l'expression d'une action nouvelle. » (Professeur Stokvis, *Leçons de Pharmacologie*, t. I., p. 338).

Le récent Congrès de la Tuberculose a démontré que le traitement de cette redoutable maladie n'avait pas encore fait de progrès au point de vue pharmacologique. Les produits créosotés restent, comme avant, l'unique moyen de lutter avantageusement contre les phénomènes d'infection, locaux ou généraux. Le traitement sérothérapique n'a donné aucun résultat ; quant au remède de Behring, il est et restera sans doute une simple rêverie d'un esprit nébuleux. Par conséquent, c'est toujours la créosote qui continue à tenir la tête dans la liste des préparations anti-tuberculeuses. Mais ***qu'est-ce que la créosote*** et ***comment doit-on la prescrire*** ? Le seul produit qui devrait être employé en médecine est la créosote ***officinale de goudron de hêtre***. Mais il suffit de lire, dans les traités spéciaux, les recommandations faites pour s'assurer de la pureté du médicament, pour se rendre compte de la difficulté qu'on éprouve à se procurer une créosote répondant vraiment aux nécessités de l'administration.

Une bonne créosote possède une densité de 1075 à 1085 ; elle doit bouillir entre 195° ou mieux 200° et 220° ; elle est incolore. Sa composition, d'après Béhal et Choay, donne : ***Phénols monovalents, phénol, crésylols, xylénols,*** etc., **40 %** ***Gayacol*** **25 %** ; ***Ethers-phénols bivalents, créosol, homocréosol, vératrol,*** etc., **35 %**. Ainsi constituée, la créosote est un liquide odorant, à odeur franche de fumée, à saveur caustique très vive, doué de propriétés escharrotiques manifestes. Cette causticité rend son administration difficile. C'est pourquoi beaucoup de praticiens ont songé à en séparer les constituants, de manière à utiliser ceux qui paraissent le plus avantageux, tels le phénol et le gaïacol. Mais on a généralement admis que les effets de ces dérivés étaient loin d'avoir la valeur de ceux qui sont fournis par l'emploi de la créosote pure. L'opinion de l'éminent pharmacologue Stokvis, citée plus haut, en est la preuve.

On a aussi, sous des noms divers, essayé de combiner, non plus l'un des constituants de la créosote, mais la créosote elle-même a des acides ou des bases. Les créosotates alcalins ne possèdent pas du tout les propriétés de la créosote, et ont dû être abandonnés. Quant aux ***phosphates, carbonates, cinnamates, benzoates*** ou ***tannates***, ils n'ont aucune supériorité sur les bases organiques isolées qui constituent la créosote. En somme, une étude approfondie de la thérapeutique et de la chimie pharmaceutique ***démontre que tout ce qui a été essayé pour remplacer la vieille créosote a été inutile***, lorsque, même, l'effet n'a pas été préjudiciable à l'activité du remède. On aura donc répondu à toutes les indications quand on aura présenté la créosote sous une forme bien assimilable et dépourvue d'effets nocifs ; et pour obtenir ce résultat, point n'est besoin de sortir de la pharmacie et de passer au laboratoire du chimiste.

Le procédé qui a permis d'obtenir la ***Solution Pautauberge*** reste certainement l'un des meilleurs qu'on puisse offrir au médecin pour l'administration de la créosote, et restera long-

temps encore la forme de choix. En effet, l'addition de chlorhydro-phosphate de chaux permet d'obtenir une atténuation des effets irritants du médicament, tout en ajoutant ses propriétés reconstituantes propres ; d'autre part, l'extrême dilution de la créosote met à l'abri de l'intolérance gastro-intestinale. tout en conservant à la créosote tous ses effets antiseptiques. La Solution se trouve ainsi présenter, dans une combinaison pharmaceutique, et non dans une combinaison chimique, les produits les plus susceptibles d'agir favorablement sur le processus tuberculeux, la créosote apportant son action anti-bacillaire et excitante de l'acte digestif, tandis que le sel phosphoré calcique apporte le moyen de reconstituer le terrain salin du malade, dont la déminéralisation est l'un des gros dangers de la tuberculose.

Il faut, d'ailleurs, bien se rendre compte que présenter les sels (phosphates, phosphites, carbonates, etc.) de créosote comme des produits définis, c'est jouer sur les mots. La créosote, nous l'avons dit, n'est pas un produit défini ; c'est un mélange complexe, comme tous les meilleurs médicaments, et, à ce titre, ses préparations ne peuvent être définies dans le sens chimique du mot. Par conséquent, les préparations de la créosote obtenues par combinaisons avec des acides ou des sels acides se valent, et l'on peut prétendre, avec raison, que les formes pharmaceutiques ont l'avantage de présenter le médicament dans de meilleures conditions d'administration, parce qu'à ce point de vue, elles ont été soigneusement étudiées.

VARIA

Accidents de Football en Amérique

Ce jeu, quelquefois brutal au dernier degré, a provoqué, cette année, un nombre considérable d'accidents : 19 cas de morts et 137 traumatismes graves. Sur les 19 morts, 11 étaient âgés de 17 ans ou au-dessous, trois étaient étudiants, les autres appartenaient aux sociétés non universitaires et étaient plus âgés.

Les causes de la mort étaient des coups violents portés sur les différentes parties du corps (abdomen et tête), des fractures de la colonne vertébrale, ou la septicémie consécutive aux traumatismes. Les traumatismes graves consistaient en fractures de la clavicule (19 cas) de l'omoplate ou de l'humérus (12 cas), fractures de jambe (31 cas), fractures du bras (2 cas) fracture des os du crane (19 cas).

On dit que les bons joueurs sont moins exposés à ces accidents. Maigre consolation, si l'on considère qu'avant d'être bon joueur il faut s'exposer aux plus graves dangers. En face de cet état de choses alarmant un confrère américain propose de porter la question du football et spécialement du « rough play » (jeu brutal) devant les autorités compétentes, afin qu'on y porte remède. (*Chicago Tribune.*)

Une mère qui a eu six enfants dans la même année.

Madame Hilgen, de T. en Bavière, a accouché de triplets en janvier et en décembre de la même année. Etonnez-vous alors de l'augmentation menaçante de la population allemande ! (*Münch. n. Nachrichten*).

L'Enfance anormale.

Nous venons de recevoir le 1er n° du *Bulletin officiel du Comité National Français pour l'étude et la protection de l'Enfance anormale*, revue trimestrielle, médico-pédagogique et philanthropique. Rédacteur en chef : M. Louis GRANVILLIERS. Rédaction et administration, imprimerie P. Legendre à Lyon. Abonnement, 1 an : 3 fr. ; le n° : 0 fr. 75. Adresser la correspondance au rédacteur en chef, à Meyzieu (Isère). C'est là une publication destinée à activer heureusement la propagande en faveur des enfants anormaux que nous sommes heureux de signaler à l'attention de nos lecteurs.

FORMULES

VII. — Contre les douleurs dyspeptiques survenant tardivement après les repas.

Bicarbonate de soude	0 gr. 50
Craie préparée	0 » 30
Magnésie calcinée	0 » 20
Poudre de belladone	0 » 02
Chlorhydrate de cocaïne	0 » 01

pour un paquet.

Prendre trois de ces paquets à 2 heures d'intervalle dans de l'infusion très chaude de tilleul.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 24 janvier*. — *M. Fradin* : Contribution à l'étude de la résistance électrique du corps humain (MM. Gariel, Brissaud, Broca (André), Claude). — *M. Bruel* : Les traitements des chorées et des tics de l'enfance. Alitement et isolement. Discipline psycho-motrice (MM. Brissaud, Gariel, Broca (André), Claude). — *M. Halberchtadt* : Contribution à l'étude de la folie par contagion mentale (MM. Brissaud. Gariel, Broca (André), Claude). — *M. Clenet* : Contribution à l'étude des salpingites dans leur rapport avec la grossesse et la puerpéralité (MM. Pinard, Segond, Lepage, Proust). — *M. Pecharmant* : Contribution à l'étude des ostéo-périostites mastoïdiennes (MM. Segond, Pinard, Lepage, Proust). — *M. Dorléans* : Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale (MM. Gaucher, Roger, Legry, Macaigne). — *M. Verani* : Etude sur la leucoplasie vulvo-vaginale et le Kraurosis vulvæ, et leurs rapports avec la syphilis (MM. Gaucher, Roger, Legris, Macaigne).

Jeudi, 25 janvier. — *M. Bonsant* : Contribution à l'étude des états décoratifs et de leur substratum organique (MM. Joffroy, Raymond, Dupré, Jeanselme). — *M. Touchard* : Recherches anatomo-cliniques sur la sclérodermie généralisée (MM. Raymond, Joffroy, Dupré, Jeanselme). — *M. Chardin* : Rechutes de rougeole (MM. Hutinel, Chantemesse, Gilbert, Méry). — *M. Taubé* : Ozène des bronches (MM. Chantemesse, Hutinel, Gilbert, Méry). — *M. Guyot* : Contribution au traitement des arthropathies blennorrhagiques (MM. Gilbert, Hutinel, Chantemesse, Méry). — *M. Bourretère* : Contribution à l'étude du pronostic du placenta prœvia. Résultats statistiques recueillis à la maternité de St-Antoine (MM. Budin, Pozzi, Bar, Faure). — *M. Verdier* : De l'hématométrie dans le cancer du corps utérin (MM. Pozzi, Budin, Bar, Faure).

Examens de doctorat. — *Lundi, 22 janvier*. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Reclus, Pierre Duval, Proust.

Mardi, 23 janvier. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Berger, Faure, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e : (2e partie, Charité) : MM. Robin, Achard, Carnot.

Mercredi 24 janvier. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : Terrier, Gosset, Cunéo. — 2e (1re série, Salle Béclard) : MM. Gautier, Gley, Branca. — 2e (2e série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Retterer. Desgrez. — 3e (1re partie, Oral, Salle Vulpian) : MM. Kirmisson, Potocki, Pierre Duval. — 3e (2e partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Blanchard, Dejerine, Teissier. — 5e (2e partie, Laënnec) : MM. Landouzy, Balthazard, Labbé (Marcel).

Jeudi 25 janvier. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Poirier, Marion, Morestin. — 2e : (Salle Corvisart) : MM. Pouchet, Launois, Langlois — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Le Dentu, Retterer, Demelin. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Berger, Thiéry, Brindeau. — 4e : (Salle Richet) : MM. Robin, G. Ballet, Guiart.

Vendredi, 26 janvier. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Blanchard, Legry. — 2e (Salle Richet) : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Reclus, Sébileau, Potocki. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Landouzy, Roger, Claude. — 4e (Salle Thouret) : MM Pouchet, Balthazard, Macaigne. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 27 janvier. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Troisier, Thiroloix. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Gilbert, Achard, Méry. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin, Gougel, Jeanselme. — 5e (Obstétrique, 1re partie, clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

MÉDAILLE D'OR. — La Société nationale d'agriculture a décerné une médaille d'or à M. le docteur A. PRESSAT pour ses recherches sur le paludisme et les moustiques à Ismaïlia.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 31 décembre 1905 au samedi 6 Janvier 1906, les naissances ont été au nombre de 997, se décomposant ainsi : légitimes 736, illégitimes 261.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 961, savoir : 528 hommes et 441 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 21. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 167. — Tuberculose des méninges : 24. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 63. — Maladies organiques du cœur : 92. — Bronchite aiguë : 12. — Bronchite chronique : 22. — Pneumonie : 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 107. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 14. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1.— Hernies, obstruction intestinale : 9. — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 36. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 33. — Débilité sénile : 32. — Morts violentes : 26. — Suicides : 9. — Autres maladies : 117. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : légitimes 56, illégitimes 22.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — LÉGION D'HONNEUR : *Commandeur* : M. le docteur Richard, médecin inspecteur de l'armée ; *Officiers* : MM. les docteurs Ruault (de Paris) ; Achintre, Billot, Dubujadoux, Gerbault, de Santi, médecins de l'armée active ; F.-L.-A. Camus, ancien médecin militaire ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Gaillard (de Paris) ; E.-A. Forgue (de Montpellier) ; Aubry, C.-P. Benoît, Campos-Hugueney, M.-F. Courtois, Cuvier, Ferrier, Frache, Gilles, Guibal, Keim, Launois, Manon, P.-J. Simonin, M.-J. Spillman, Tricot, Wenzinger, médecins de l'armée active ; Barillet, Dubois, L.-A. Durand, Hamon, L'Eost, Morgue, Vergues, médecins de la marine ; Legendre, médecin des troupes coloniales, directeur de l'Ecole de médecine de Tchentou ; Devaux, Neiret, médecins des troupes coloniales.

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES. — *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Berthod et Rœser (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Beauvillard, Boursier, L.-D. Dumont, L.-E.-A. Dumont, Labroy, Lance, Minet, Moulon, Plicque, Alphonse-Léonard Roche (de Paris) ; de Bretonville (de Vincennes) ; Astier, P.-J. Delmas, M.-F. Guichard, médecins millitaires ;

ACTES DE COURAGE ET DE DÉVOUEMENT. — *Médaille de bronze*. M. le docteur O'Followell (de Paris). — *Mention honorable*. M. le docteur Brenta (d'Alger).

HOPITAUX DE MARSEILLE. — M. le docteur Aubert a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Le dimanche 7 janvier, ont été élus au Sénat : MM. les Drs Aubry (Constantine) ; Daniel (Mayenne) ; Flaissières (Bouches-du-Rhône) ; Lannelongue (Gers) ; Lourties (Landes) ; Petitjean (Nièvre) ; Rey (Lot) ; Reymond (Loire) ; Sancet (Gers) ; Viger (Loiret). Ce qui porte à 44 le nombre des sénateurs médecins.

PRIX DE LA FACULTÉ POUR 1906. — La Faculté de médecine propose les sujets suivants pour les prix à décerner en 1906 :

Prix Corvisart : L'hémoptysie.

Prix Saintour : Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins.

Prix Behier : Syphilis hépatique.

MÉDECIN DES HOPITAUX. — Un concours pour l'admissibilité aux concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 26 février 1906, à midi, dans la salle de concours de l'administration, rue des Saints-Pères, nº 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 22 janvier au samedi 10 février, inclusivement de midi à 3 heures.

Le nombre des places d'admissible mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 22 janvier au samedi 10 février inclusivement, de midi à 3 heures.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 26 février.

CHIRURGIEN DES HOPITAUX.— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 mars 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de midi à 3 h., du lundi 19 février au samedi 3 mars inclusivement.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Roy a été élu conseiller général des Deux-Sèvres, pour le canton d'Argenton-Château.

Encore deux nouveau-nés dans notre microcosme : Le *Papporteur médical* et la *Provence médicale*. Longue vie et prospérité à ces deux confrères, selon l'habituelle formule, dit la *Chronique médicale* du 1er janvier. Ajoutons un troisième journal *La Clinique*, journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie pratique publié chez l'Editeur O. Doin et sous la direction de notre confrère le Dr Sersiron, secondé de M. le Dr G. Doin.

Nécrologie : Nous apprenons avec regret la mort de M. le Dr Piéchaud, professeur de clinique chirurgicale des maladies des enfants à la Faculté de Bordeaux.

Chronique des hôpitaux.

Clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu. — *Cours pratique d'Oto-Rhino-Laryngologie.* — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera son *cours pratique d'Oto-Rhino-Laryngologie* le mardi 6 février à 3 h. 1/2 et le continuera les mardi, jeudi, samedi, à la même heure.

Le cours sera essentiellement pratique et comprendra 12 leçons (examen des malades, maniement des instruments spéciaux, petites opérations). Droits d'inscription : 50 francs.

S'inscrire les mardi et samedi, de 4 à 5 h., consultation de laryngologie de l'hôpital.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'enfant, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef, MM. Henri Rollet et Jacques Teutsch, 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des Carmes

Bourneville : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc.

Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 27 JANVIER 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

(COURS. IIIe LEÇON.)

La stérilisation du matériel de suture, ligature, sondage, drainage :

Par le Pr L. **LONGUET** (de Rouen).

(*Suite et fin.*)

§ II. STÉRILISATION GERMICIDE

(LISTER 1867).

A. **Méthode antiseptique**, (Lister 1867). — Les considérations développées dans les précédentes leçons me dispensent d'entrer en une nouvelle description, à propos du matériel de ligature, suture, drainage. Jetez seulement un coup d'œil sur le relevé ci-joint fidèlement dressé, et vous serez frappés de ce fait que la liste des antiseptiques est plus riche encore que celle de germicidation chimique pour pansement, preuve que les accidents provenant de cette source sont tout particulièrement fréquents : aussi nous voyons les chirurgiens préconiser, les uns, une seule substance antiseptique, les autres plusieurs antiseptiques associés. Ce sont, comme solutions mono-antiseptiques : la solution *phéniquée* (Lister) ; la solution de *sublimé* (Bergmann) ; la solution *iodée* (Claudius) ; la solution *formolée* (Moty) ; la solution de *sulfate d'ammoniaque* (Elsberg) ; la solution de *bichromate de potasse* (Edebohls) ; la solution de *permanganate de potasse*, dont l'avantage est d'enlever l'excès de soufre contenu dans le caoutchouc vulcanisé, etc., etc.

Comme solution polyantiseptique, la solution *phéniquée* et d'*essence de térébenthine* (L. Championnière) ; la solution *phéniquée* et d'*acide chromique* (Mikulicz) ; la solution de *sublimé* et de *naphtol* β (Schwartz) ; la solution de *sublimé* et d'*essence de genevrier* (Pozzi) ; l'*essence de girofle* suivi d'*alcool* à 95° (Webster, etc). Tout ceci pour la préparation immédiate.

La préparation pour *usage retardé* a fait naître de nouvelles combinaisons. Les fils, drains, sondes, sont d'abord individuellement placés en tube de verre, plus ou moins long. On verse alors jusqu'à immersion totale : soit de l'*éther iodoformé* (à 20 p. 100) Hegar ; soit du *sublimé* et de l'*huile de genièvre* ; soit du *sublimé* et du *bichromate de potasse* ; soit de l'*eau antiseptique* (sublimé 2 gr., thymol, 1 gramme, phénol 5 gr., alcool 20 gr., eau distillée bouillie 980 grammes) Terrillon. Il conviendrait d'utiliser pour les fils un excédent d'antiseptique, d'après L. Championnière.

Ceci fait, le tube est fermé, soit par un bouchon de caoutchouc bouilli, soit par simple adaptation d'un couvercle s'il s'agit d'un récipient ; et le tout rassemblé est mis en dépôt dans une « petite armoire portative ».

Les objets macèrent ainsi pendant un temps illimité. Quelques opérateurs pourtant préfèrent une conservation à sec, mode Hegar : ce chirurgien laisse l'antiseptique s'évaporer dès qu'il a fait son effet ; puis il saupoudre les soies, crins, drains, sondes, de poudre d'iodoforme porphyrisé.

Les *brosses* à main sont encore aujourd'hui, en maints endroits, conservées par la macération à froid prolongée dans l'eau phéniquée ou le sublimé.

B. **La méthode de l'air chaud**, (A. Reverdin 1888), — est ici telle que je vous l'ai décrite à propos des pansements. D'une manière générale, elle a peu d'adeptes, sans doute parce que les fils, les drains supportent mal l'air sec à 130 ou 140°. Aussi je ne la vois guère mentionnée que pour la germicidation du catgut.

C. **La méthode de l'ébullition**, (Nilson 1888), réunit par contre de nombreux défenseurs. Rien de bien particulier pour l'application de la méthode, telle que vous la connaissez, aux objets qui nous occupent. Je remarque cependant que frappés vraisemblablement par les inconvénients de l'hydratation, les chirurgiens ont volontiers délaissé ici l'eau simple ou salée, ou carbonatée, pour l'eau alcoolisée, pour l'huile d'olive ou la glycérine. Pendant qu'ils sont encore en milieu bouil-

lant, les fils, drains, sondes sont retirés du bouilleur à l'aide d'une longue pince stérile qui les dépose à proximité de l'opérateur à mesure de ses besoins. Après 30 minutes de ce traitement, on pourrait considérer les fils comme très suffisamment purifiés. Des soies toutes maculées de pus desséché, furent reconnues stériles après 8 minutes seulement d'ébullition dans l'eau.

Pour la *conservation*, les objets inclus individuellement en tubes, sont d'abord bouillis, puis les tubes sont bouchés ou scellés, et, lors de l'usage, après macération plus ou moins longue dans l'eau stérile, on procède à une nouvelle ébullition sommaire, dès que le tube est ouvert.

D. **La méthode de la vapeur d'eau** (Schimmelbusch, 1890) est utilisée sous ses 2 formes :

a) La « *Vapeur fluente* » à 100° : Même technique que pour les pansements. Durée d'exposition à la vapeur, 30 minutes, et usage immédiatement après. La préparation *pour conserve* a fait naître des « *dévidoirs stérilisateurs* ». Ce sont des récipients rectangulaires en verre, fermés, contenant plusieurs bobines garnies de longs fils, dont l'extrémité seule saille, pointe à l'extérieur. De la sorte, tout transvasement des fils est rigoureusement évité. Il suffit, avant chaque suture et ligature, de tirer sur le bout du fil pour que la bobine, constamment immergée dans l'eau stérile, se déroule en vase clos. Comme cette extrémité dépassant à l'air libre est de ce fait exposée à la contamination, il est bon d'en réséquer un fragment sur une certaine longueur lors de chaque prise, en particulier de la première. Schimmelbusch a vérifié lui-même la valeur de la vapeur fluente à 100° pour la germicidation des fils, des drains préalablement contaminés. Ce serait une technique absolument sûre.

b) La « *vapeur stagnante* » à 120°, a été préconisée, en France, par Terrier et Quenu 1892, par Terrillon et Chaput 1893, pour le matériel de suture, ligature, drainage et sondage, c'est-à-dire peu de temps après l'application de la même méthode aux pansements.

La *préparation extemporanée* est décrite ainsi par Terrier : Les cadres chargés de fils, les drains, sont enveloppés dans une compresse nouée. Le tout est placé dans une petite boîte métallique supportant 2 atmosphères. Puis la boîte est mise dans un petit autoclave spécial qu'on porte à 120° avec tube témoin d'acide benzoïque additionné d'une petite quantité de vert brillant, dérivé de l'aniline. Ceci fait, on ouvre la boîte à fils ou drains, on étale la compresse enveloppante au moment de l'opération. La préparation exige donc une séance spéciale, car cette stérilisation ne peut être ici poussée aussi loin que celle des compresses ; les soies deviendraient cassantes.

La préparation pour *usage retardé* a été également exposée par Terrier : Les fils enroulés sur les cadres, les drains, les sondes, sont individuellement glissés en tube de verre, plus ou moins large, plus ou moins long, obturé d'un tampon d'ouate comme un tube de bouillon de culture. Il importe de mettre sur chaque cadre métallique une petite quantité de fil de soie, puisque le tube une fois ouvert, tout ce qui reste inutilisé après l'intervention ne peut plus servir sans nouvelle stérilisation. Dans chaque tube on ajoute un petit tube témoin d'acide benzoïque. Le tout est porté à l'autoclave à 120 pendant 3 quarts d'heure. Après quoi les tubes sont scellés à la lampe au niveau du bouchon d'ouate. Un trait de lime horizontal est marqué vers l'une des extrémités. Pour ouvrir, on appuie un corps chaud sur le trait rayé, et une fracture nette transversale se produit en cet endroit (1). Ainsi traités, les drains, fils, sondes en gomme, se conservent indéfiniment stériles en tube clos contenant une faible quantité d'eau stérile.

L'effort, l'imagination des chirurgiens germicides, en particulier du promoteur, méritent ici encore plus qu'un éloge. Si les méthodes de début nous apparaissent comme réellement insuffisantes, elles n'en ont pas moins la valeur de priorité. Elles restent les premiers vestiges d'une évolution nouvelle de la chirurgie et les témoins sont là nombreux, qui nous affirment une réelle amélioration dans les résultats opératoires comparés avant et après Lister. Rendons une fois de plus un hommage mérité.

Cependant, sans renouveler une discussion épuisée dans les précédentes leçons, je dois à la vérité de dire que, de toutes les méthodes, seule, la dernière sous la forme de « vapeur » stagnante à 120°, réalise constamment, sûrement le but germicide recherché. Voilà pourquoi nous voyons les partisans de l'ébullition faire « machine arrière » — ce que les expériences de Repin (2) permettaient de prévoir, — et combiner à leur technique l'addition d'antiseptiques, dont les effets cellucides, altérants, coagulants en croûtes protectrices pour les microorganismes, nous sont connus. D'autre part, au sujet de la « vapeur fluente », Terrier s'est exprimé ainsi : « Les appareils type Schimmelbusch, prêtent à critique : les bobines sont chargées au maximum pour que le débit dure longtemps. Quand la stérilisation est obtenue — ce qui doit être difficile avec des bobines ainsi chargées — on ne peut penser la conserver bien absolue, malgré la fermeture soit de la boîte métallique, soit des tubes métalliques emboîtés l'un dans l'autre. Puis, quoi qu'on fasse, l'extrémité libre des fils sera vite contaminée, il faudra donc toujours les réséquer avant de s'en servir. Or, dans quelle étendue cette résection devra-t-elle être faite pour que le fil utilisé soit aseptique ? Tout fil qui a été mis en contact avec l'air, ne peut être regardé comme parfaitement stérile. Ceci fait comprendre pourquoi nous n'avons qu'une confiance fort limitée dans les appareils inventés dans le double but de stériliser les fils de soie et de les conserver stérilisés plus ou moins longtemps ; tout en s'en servant quand besoin est ».

Reste donc la seule préparation par « vapeur stagnante » à 120°. Et la question serait définitivement tranchée, si les objets ainsi préparés n'étaient constamment hydratés, humides, c'est-à-dire facilement infectables, et si d'autre part nos expériences ne démontraient qu'excellente, parfaite en tant que germicide, la vapeur hydrique à 120° demeure insuffisamment sporicide. Ces raisons justifient nos recherches personnelles.

(1) Comme mode de fermeture et d'ouverture des tubes de fils pour conserve, signalons un ingénieux dispositif de Robert et Leseurre, très répandu dans le commerce, dispositif qui donne une ouverture facile, nette, sans éclat de verre. Le seul inconvénient de ce mode de bouchage est qu'il nécessite des tubes de forte dimension formant de véritables engins peu transportables en grande quantité.

(2) Repin *in* Terrier. (*Revue de chirurgie* 1894) : Les fils à ligature enroulés sur bobines, même en petite quantité (5 cm), n'étaient pas stérilisés par l'eau bouillante après 30 minutes. D'autre part les expériences favorables à l'ébullition ne sont point probantes en ce sens que le pus choisi comme agent de contamination ne contient que des microorganismes destructibles à basse température, (streptocoques, staphylocoques). Quant aux procédés du commerce, Mouflier, élève du professeur Decés a vérifié après enquête que la plupart des fils vendus dans le commerce comme bouillis, n'ont jamais subi l'ébullition.

§ III. STÉRILISATION SPORICIDE.

(LONGUET, 1900.)

A. — Méthode de la vapeur anhydre déshydratante comprimée à 185°-190°.

Ici non plus, je ne reviendrai pas sur le principe ni la technique générale d'une méthode, longuement exposée à propos des objets de pansement.

Pour la *préparation immédiate*, placez les fils de lin (gros et fins, enroulés sur cadre en aluminium), les drains (1), les sondes, les explorateurs métalliques, (le tout enveloppé en compresse de gaze) dans les récipients à recouvrement déjà décrits à propos des objets de pansement.

Le tout est porté, dans le stérilisateur approprié, à la température de 180, 195° ; sous une pression de 2 à 3 atmosphères pendant 45 minutes. Au cas où ces objets sont peu tassés, peu épais, non stratifiés, non serrés, la pression de répartition calorique peut être maintenue à 1 kilogr. seulement, en laissant le robinet de purge légèrement ouvert. Ainsi la vapeur s'échappe vers un récipient condensateur, sans empêcher l'ascension thermique à 190°. Je vous rappelle qu'en cette manière de faire, il convient de mettre préalablement dans le stérilisateur un excès de liquide vaporisant, pour ne point s'exposer à chauffer à sec et agir alors comme dans la méthode germicide dite de l'air chaud. Le point important, intéressant, nouveau, c'est que les fils de lin, au moins ceux de bonne qualité, supportent très bien cette haute température, conservent une résistance satisfaisante, à la condition de ne pas cependant réitérer plus de deux fois ce même traitement pour le même fil. En outre, le fil se trouve tout naturellement dégraissé par la vapeur de toluène sans manipulation préalable. Quant aux cadres, explorateurs, drains en aluminium, ils sont, comme les instruments, inaltérés, inoxydés. Enfin tous ces objets ont l'avantage d'être rigoureusement secs, déshydratés, chaque fois que la condensation spontanée s'est faite naturellement, sans précipitation, sans ouverture trop hâtive du stérilisateur encore trop chaud.

La préparation en vue *d'usage retardé*, peut être indispensable. Le matériel est alors réparti individuellement en tube de verre, de calibre approprié, allongé, étiré à la lampe à chaque extrémité ouverte. Ainsi la vapeur traverse tous les tubes librement de part en part. Ces tubes sont eux-mêmes placés bien *horizontalement* en compresse enveloppante dans les boîtes à recouvrement. Après la stérilisation, quand tout est refroidi, les boîtes sont ouvertes : les tubes toujours maniés horizontalement afin d'empêcher la pénétration de microorganismes aériens (2), sont scellés immédiatement à la lampe, au niveau de chacun de leurs cônes effilés. Puis l'ouverture ultérieure est préparée par un trait de lime horizontal, sur lequel on applique la lame d'un thermocautère au moment de les ouvrir, ou toute pointe métallique portée au rouge. Telle est la préparation de réserve suffisante pour les petites interventions journalières.

(1) Pas ceux de caoutchouc qui fondent, s'altèrent, se ramollissent à ces températures élevées.

(2) On sait, en effet, qu'un tube de bouillon de culture stérile ne se contamine pas par l'air pendant son ouverture, si on prend la précaution de l'incliner légèrement suivant la manœuvre classique. Il en est ainsi « a fortiori » pour nos tubes effilés, non pas inclinés, mais couchés horizontalement, et de plus perforés à leurs cônes de terminaison en pertuis capillaire de faible dimension.

J'ai vérifié l'action sporicidante sur des fils préalablement contaminés de subtilis; suivant la même technique que pour les pansements.

Messieurs, de cette leçon, je voudrais que vous reteniez au moins ceci :

I. Les objets de suture, ligature, drainage, sondage, brossage, souvent réductibles à l'unité, peuvent être *germicidés* sûrement par la « vapeur hydrique » à 120° ; ils le sont moins, ou mal, ou pas, avec les autres méthodes, dites des solutions antiseptiques, de l'air chaud, de l'ébullition, ou de la « vapeur fluente » à 100°. La germicidation parfaite peut donner en pratique de fort bons résultats. Elle a pour elle des états de service déjà longs qui parlent en sa faveur.

II. Toutefois, la « *sporicidation* » par « vapeur anhydre » à 190° est, dans l'espèce, possible, logique, satisfaisante et sûre. Par la déshydratation des drains, fils, sondes, elle prémunit contre les infections secondaires ; l'hydratation et l'humidité constituant le premier bouillon de culture pour la contamination toujours à craindre Cette fois encore, j'arrive donc progressivement vers mon but unique qui est *l'unification* des méthodes de préparation du matériel chirurgical, par l'unité de technique : la séance de stérilisation pré-opératoire collective et globale.

CLINIQUE SPÉCIALE

Cinquante cas d'œsophagoscopie ;

Par le Dr GUISEZ,
Ancien interne, chef des travaux d'oto-rhino laryngologie à l'Hôtel-Dieu.

Depuis le mois de novembre 1903 jusqu'en septembre 1905, il nous a été donné d'examiner un peu plus de cinquante malades (52) à l'œsophagoscope. C'est le résultat de ces examens que nous désirons vous rapporter fidèlement et nous verrons l'enseignement que l'on peut en tirer. Nous ne reviendrons pas ici, l'ayant exposé par ailleurs, sur les perfectionnements que nous avons cru devoir apporter à la technique et à l'instrumentation de cette méthode toute nouvelle, que nous croyons avoir ainsi rendue beaucoup plus pratique.

Au point de vue diagnostic et thérapeutique, elle nous a donné des résultats tout à fait positifs et ce sont eux que nous voudrions développer dans ce travail.

Nous avons été amené à œsophagoscoper un certain nombre de malades à propos d'affections très diverses mais que l'on peut grouper sous plusieurs chefs.

Nous avons recherché la présence de corps étrangers réels ou imaginaires. Nous avons constaté *de visu* des lésions pariétales de l'œsophage, des altérations cicatricielles ou cancéreuses, fixant ainsi leur diagnostic et leur pronostic ; d'autres fois, nous avons reconnu qu'il s'agissait simplement de spasme, d'œsophagisme.

Corps étrangers réels ou imaginaires. Quatorze malades nous ont été adressés ou sont venus directement à nous pour des corps étrangers dans l'œsophage, réels ou imaginaires, et se plaignant dans tous les cas de dysphagie plus ou moins complète. Dans quatre cas, il nous a été permis de voir directement à l'œsophagoscope ce corps étranger et de l'extraire, séance tenante, à l'aide d'une pince spéciale. Chez un malade adulte, que nous a adressé notre maître, le docteur Mauclaire, il s'agissait d'une volumineuse arête de poisson, siégeant au tiers inférieur de l'œsophage (*Gazette des Hôpitaux*, 6

mai 1905). Chez un autre, c'était un petit os plat et pointu, siégeant à l'origine même de ce conduit.

Chez deux enfants, de 6 et 8 ans, tous deux adressés à nous par M. Ainfroid, et radiographiés à la Salpêtrière, il s'agissait de pièces de monnaie : une pièce de un franc siégeant au tiers moyen de l'œsophage et un sou à la partie moyenne également (*Gazette des Hôpitaux, loc. cit.*) Le diagnostic dans les deux premiers cas a été établi directement par l'œsophagoscope ; dans les deux autres, il l'était déjà par la radiographie, et nous l'avons confirmé à l'œsophagoscopie. L'extraction a été faite dès la première séance et très facilement.

Le chloroforme a été seulement nécessaire pour les deux enfants. Comme il s'agissait de corps étrangers séjournant depuis peu dans l'œsophage, nous n'avons observé aucune lésion des parois, sauf une légère érosion dans le cas de l'arête. Les malades se sont remis très rapidement. La dysphagie, qui était complète, en particulier dans les cas de l'arête et de l'os, a disparu aussitôt après l'intervention.

Dans ces différents cas, nous avons employé pour l'extraction notre pince à articulation terminale montée sur le manche universel, et des tubes appropriés au calibre de l'œsophage.

Chez quatre malades chez qui nous avons recherché des corps étrangers dans l'œsophage, bien que la radiographie faite très récemment, quelques heures auparavant dans un cas, montrât le corps étranger dans l'œsophage, il n'y était déjà plus et l'endoscope permit d'affirmer que ce conduit était libre dans toute sa hauteur.

C'est ainsi que, le 30 octobre 1904, nous avons été appelé par notre collègue Lardry, pour examiner à l'œsophagoscope un enfant du service de M. P. Broca qui avait avalé un gros clou de tapissier. La radiographie faite par M. Coutremoulins le montrait comme fixé dans la paroi œsophagienne au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. L'examen systématique de l'œsophage fait dans toute sa hauteur ne révéla dans celui-ci aucun corps étranger. Une nouvelle radiographie, faite le lendemain, le montra dans la fosse iliaque droite, il ne tarda pas à être évacué avec les matières.

En mai de cette année un enfant avale un sou sous les yeux de sa mère qui le lui avait donné pour calmer ses pleurs. L'alimentation est aussitôt impossible ; une radiographie montre le sou dans le cou en arrière du manubrium. A l'œsophagoscope rien dans l'œsophage, il était déjà plus bas.

Le docteur Chauveau nous adresse un enfant en juillet dernier à qui un accident pareil est arrivé deux jours auparavant ; une radiographie faite à la Salpêtrière le montre, sur l'épreuve, à la partie moyenne de l'œsophage et cependant nous constatons que l'œsophage est libre.

Dans un dernier cas enfin, nous avons recherché une pièce de dix centimes que la radiographie localisait auprès du cardia et sur laquelle le Dr Marion, à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, avait essayé de pratiquer l'extraction à l'aide du crochet de Kirmisson. A l'endoscope, rien dans l'œsophage, le sou était déjà dans l'estomac. Comme on le voit dans ces observations, la radioscopie nous avait donné des renseignement inexacts sur la localisation du corps étranger. Il ne faut pas oublier, en effet, que les pièces de monnaie, en particulier dans un conduit analogue à l'œsophage, ne sont pas du tout fixés et sont appelées à descendre dans l'estomac tout naturellement.

On ne peut nous reprocher d'avoir tardé à faire l'œsophagoscopie. Dans un cas en particulier, la radiographie avait été faite à 9 heures, et à midi le sou n'était déjà plus dans l'œsophage. Il est assez difficile d'agir plus rapidement après l'examen radioscopique.

On voit par là à quelles erreurs s'exposent les partisans de l'œsophagotomie externe quand ils opèrent sur la foi de la radiographie.

Dans d'autres cas, il s'agissait de corps étrangers purement IMAGINAIRES. On sait que des illusions de fausse présence de corps étrangers peuvent très bien exister chez tous les sujets nerveux, aussi bien pour l'œsophage que pour le larynx, le pharynx. La radiographie ne nous renseigne pas toujours, puisque les rayons X ne sont pas arrêtés par tous les corps. C'est ainsi que nous avons examiné consciencieusement l'œsophage de plusieurs malades qui nous affirmaient avoir avalé un os, une épingle, une arête de poisson, une pièce de dentier. Tous le localisaient parfaitement et la dysphagie était assez marquée, surtout chez le malade qui voulait à tout prix avoir une arête à la partie supérieure de l'œsophage. Chez lui nous avons constaté à l'œsophagoscope sur la paroi droite de l'œsophage une petite érosion à bords tuméfiés et enflammés qui était sans doute la cause de tout le mal. Chez un malade dont nous reparlerons plus loin la fausse sensation du corps étranger, la dysphagie, était amenée par une légère brûlure occasionnée par un liquide caustique administré dans un but thérapeutique.

L'œsophagoscope dans tous ces cas nous a permis d'affirmer d'une façon absolue qu'il n'existait point de corps étranger et de rassurer les malades.

Nous croyons, du reste, très fermement que lorsqu'un malade vient nous consulter pour un corps étranger qui n'existe pas et qu'il localise à un endroit très précis de l'œsophage, les choses ont dû se passer de la manière suivante. A la suite d'une déglutition vicieuse, il y a eu probablement présence d'un corps étranger pendant quelque temps dans l'œsophage : Les phénomènes aigus survenus au moment de l'accident semblent le témoigner. Ensuite sous l'influence de la déglutition, le corps étranger est descendu laissant peut-être une érosion (ainsi que nous avons pu le constater nettement dans deux cas.) Il n'est point à nier que l'on ait affaire dans la plupart de ces cas à des nerveux, mais nous sommes persuadé que la dysphagie si nette et la douleur que ressentent les malades répondent quelquefois à des lésions minimes qui, dans l'œsophage, deviennent rapidement très vives.

Au point de vue technique, bien que nous ne voulions point entrer dans d'autres détails, qu'il nous soit permis de faire quelques remarques que nous a enseignées notre pratique. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire, surtout chez les enfants, d'employer les tubes les plus larges que l'on puisse introduire dans l'œsophage. Chez eux, en effet, la recherche des corps étrangers se fait dans la narcose et dans la position horizontale. Or, il arrive bien souvent que les pièces de monnaie compriment un peu la trachée.

Point n'est besoin d'un tube bien large, pourvu que l'on aperçoive le corps du délit d'autant que l'on est toujours obligé d'enlever la pièce de monnaie en même temps que le tube, celui-ci ayant toujours un diamètre, quelque large qu'il soit, inférieur de quelques millimètres à celui de la pièce de cinq ou de dix centimes.

II. — ALTÉRATIONS DES PAROIS.

A) *Cancers.* — Par l'œsophagoscopie nous avons pu poser le diagnostic de certaines lésions de l'œsophage et notamment établir d'une façon ferme et *de visu* l'existence d'une néoplasie de ses parois (dans quinze cas).

Dans tous, sauf dans un, il s'agissait de forme molle du cancer. La surface était sanieuse, et saignante au moindre contact. Chez un malade cependant gastrotomisé récemment à l'Hôtel-Dieu par le Dr Mauclaire, il s'agissait d'une forme dure, scléreuse, occupant toute la lumière de l'œsophage près du cardia.

Un fait nous a toujours frappé dès le début de l'examen, c'est l'immobilité de la région malade. Avec l'endoscope, en effet, l'œsophage normal se déplace rythmiquement avec les mouvements respiratoires: il est absolument immobile quand il est atteint de cancer. La dilatation qui précède le point rétréci est toujours très marquée.

La poche ainsi formée est remplie d'un liquide visqueux collant qui remonte difficilement dans la pompe aspiratrice.

Toute la surface de cette tumeur est sanieuse, grisâtre et rouge par places saignant au moindre contact. Les bourgeons épithéliomateux sont généralement très petits. Dans un cas, il existait une sorte d'énorme végétation pédiculée longue de plusieurs centimètres, véritable polype de l'œsophage dégénéré coexistant, du reste, avec une tumeur néoplasique de la paroi postérieure de la trachée. Chez une malade, nous avons aperçu nettement des sortes de traînées blanchâtres au-dessus de la néoplasie, véritables *plaques de leucoplasie.*

Ces examens, dans le cas de cancer, doivent être faits avec la plus grande prudence à cause de la friabilité toute spécial de la paroi à son voisinage.

L'on introduira l'œsophagoscope muni de son mandrin, que l'on enlèvera aussitôt que l'orifice supérieur de l'œsophage aura été franchi, et l'on continuera la descente du tube sous le contrôle exact de la vue. L'on ne perdra point de vue ce fait, dans les examens sur les sujets cancéreux, que l'on a affaire à des malades qui sont privés depuis longtemps d'alimentation et qui manquent absolument de résistance. On sait avec quelle facilité ils succombent aux plus petites interventions. Aussi en présence de malades très cachectiques, vaudra-t-il mieux s'abstenir.

Cet examen nous a permis, dans un certain nombre de cas, d'éliminer l'idée de cancer chez des malades qui avaient d'autres lésions ou simplement des spasmes et chez qui, dans certaines conditions, comme nous le verrons plus loin, le diagnostic de cancer avait été établi par les signes cliniques.

Dans tous les cas de doute, la biopsie d'un fragment de la tumeur nous a permis deux fois de trancher le diagnostic.

Pour ce qui est du cancer, la méthode n'a de valeur qu'au point de vue diagnostic et nous déconseillons tout à fait, au point de vue *thérapeutique*, d'essayer la dilatation du rétrécissement, même sous le contrôle de la vue et avec des bougies molles. Nous avons essayé ce traitement chez un malade d'Ivry et dans des conditions tout à fait favorables. Les résultats n'ont pas été durables. — Nous déconseillons d'une façon générale toute manœuvre intra-œsophagienne quand il s'agit de cancer.

Si les commémoratifs suffisent la plupart du temps à établir la nature des *rétrécissements cicatriciels*, il ne faut point oublier que dans certains cas, ils sont consécutifs à toute autre chose qu'à des brûlures par caustiques ou autres.

Aussi est-il indiqué d'employer l'œsophagoscope pour en établir d'une façon ferme le diagnostic et en tous cas pour en fixer le pronostic.

(b) *Rétrécissements cicatriciels.* Nous avons eu l'occasion d'examiner à l'œsophagoscope 7 malades atteints de rétrécissements cicatriciels consécutifs à des brûlures. Il s'agissait d'adultes (5 cas) et d'enfants (1 de 10 ans). Chez deux d'entre eux, le rétrécissement principal siégeait à la partie toute supérieure. Chez les autres il siégeait au tiers moyen (3 cas) et au tiers inférieur (4 cas.)

Dans tous ces œsophages nous avons constaté du tissu cicatriel blanchâtre très épais, disposé sous forme de plaques ou de stries plus marquées sur l'une des parois que sur l'autre. Dans quatre cas les cicatrices affectaient nettement la disposition radiée.

Trois fois, il avait un rétrécissement moins serré au-dessous du rétrécissem nt principal. L'orifice rétréci était le plus souvent excentrique, franchissable dans cinq de ces malades, il ne l'était pas chez les deux autres même aux plus fines bougies. En général, la dilatation susjacente au rétrécissement était très peu marquée.

Chez un malade que nous a adressé il y a quelques jours le docteur Marcorelle, il s'agissait d'une brûlure par caustique chez un malade qui pensait avoir un corps étranger dans l'œsophage (tendon de bœuf). On voyait nettement à l'origine de ce conduit une surface boursouflée, rouge et grisâtre par places, indiquant une brûlure superficielle. L'introduction du tube ne pouvait se faire à plus de 4 cm., le tube étant serré par le spasme œsophagien provoqué par la brûlure. Celle-ci, due à l'ingestion d'une potion trop forte en acide chlorhydrique ordonnée par un médecin paraît du reste assez superficielle, car la dysphagie, complète au début diminue progressivement.

Dans un seul cas il nous a été donné d'observer une cicatrice consécutive à une ulcération des parois de l'œsophage. Il s'agissait d'une lésion vraisemblablement syphilitique, le malade ayant contracté la syphilis dix ans auparavant et présentait sur le voile du palais une cicatrice également spécifique, une autre cause n'ayant pu être trouvée.

Quant à la *thérapeutique* des rétrécissements cicatriciels, nous ne savons si elle doit profiter de l'œsophagoscopie.

Nous avons fait construire par Collin un œsophagotome spécial sur le modèle de l'uréthrotome de Maisonneuve faisant ainsi l'œsophagotomie interne sous le contrôle de la vue.

Chez deux malades opérés dans le service de notre maître, le professeur Le Dentu, et dont un a été gastrostomisé deux ans auparavant, les résultats sont surprenants, le malade pouvant s'alimenter et prendre tous les aliments solides n'importe lesquels, tellement que, chez le gastrostomisé, la bouche stomacale put être fermée assez rapidement. L'opération date, chez tous deux, de 6 et 8 mois et la dilatation a été maintenue jusqu'à présent à l'aide de bougies cylindro-coniques que l'on passe tous les 8 ou 10 jours.

Chez un malade du service du Dr Auvray, suppléant le Pr Tillaux, nous avons eu recours à une opération analogue mais ayant laissé une sonde à demeure dans l'œsophage, nous voulûmes le lendemain injecter un peu de liquide dans l'estomac par cette sonde. Le malade res-

sentit tout aussitôt une très vive douleur et un pneumothorax ne tarda pas à se déclarer enlevant la malade rapidement.

Nous croyons donc, tout comme pour le cancer, que l'on doit continuer à être très prudent et circonspect dans l'usage de toutes les opérations ayant pour siège l'intérieur de l'œsophage ; tout au plus pourrait-on le dilater sous le contrôle de la vue à l'aide de bougies en gomme.

En terminant, nous voudrions tout particulièrement insister sur les réels services que nous a rendus l'œsophagoscopie chez un groupe particulier de malades atteints d'une affection spéciale, *œsophagisme*, le *spasme de l'œsophage*.

Chez huit malades, nous avons pu faire le diagnostic d'affection purement nerveuse, la muqueuse de l'œsophage étant saine de haut en bas.

Et cependant dans trois cas le diagnostic de cancer avait été posé et même dans deux d'entre eux, on discutait la question de l'intervention. On s'était basé pour faire le diagnostic, sur l'âge avancé des malades (45 et 55 ans) la dysphagie progressive, l'obstacle existant toujours au même niveau, la salivation abondante, et l'amaigrissement très marqué.

Dans ces cas l'œsophagoscope montra l'absence de lésions du côté de la muqueuse, on voyait nettement la stricture se reproduisant toujours au même endroit. Nous avons pu constater la fixité du siège de ces rétrécissements spasmodiques, contrairement à ce que les classiques affirment à ce sujet, se basant sur les notions fournies par le cathétérisme.

Dans 2 cas, la stricture sur le tube était tellement forte que l'on était autorisé à porter le diagnostic de sténose organique si elle n'avait cédé de suite à la simple cocaïnisation. Chez un malade l'œsophagoscope montra le siège du rétrécissement bien plus haut que ne l'indiquait la radioscopie (épreuve du cachet de bismuth) c'est-à-dire à la partie supérieure de l'œsophage au lieu de la partie moyenne.

Chez ce même malade nous pûmes par plusieurs séances de cocaïnisation faire disparaître définitivement cette dysphagie et l'embonpoint n'a pas tardé à revenir.

Tels sont les cas qu'il nous a été permis d'examiner depuis 2 ans et demie que nous pratiquons l'œsophagoscopie. C'est comme on le voit, une méthode très précise, la meilleure, sans contredit, qui existe pour établir le diagnostic et pratiquer l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Elle seule permet de les enlever *de visu* et sans aucun danger comme le témoignent tous les faits de Rozenheim V. Acker Kilian.

La statistique la plus récente est celle de Stark (*Munc. med. Woch*, 1905). Il a réuni 72 cas d'extraction de corps étrangers de l'œsophage. Il n'y eut que 4 échecs, il s'agissait alors d'objets séjournant profondément et depuis longtemps dans l'œsophage. Même dans ces cas l'œsophagoscopie a donné des indications importantes pour les opérations (gastrotomies, œsophagotomies externes) qui durent être faites.

C'est aussi le meilleur moyen pour différencier les unes des autres, les lésions de l'œsophage, cancer, rétrécissements cicatriciels, spasme.

Mais elle ne doit pas être trop ambitieuse, elle n'est pas destinée à remplacer tous les autres modes d'examen : commémoratifs, cathétérisme, radioscopie ; elle les complète et est beaucoup plus précise qu'eux.

Que l'on n'objecte point que cette méthode est d'une application difficile. Autant la bronchoscopie exige une éducation spéciale, autant l'œsophagoscopie est facile à apprendre. Un éclaireur et quelques tubes, voilà tout ce dont se compose l'instrumentation que nous avons simplifiée le plus possible. L'œsophagoscopie peut être rapidement apprise. Au contraire, la bronchoscopie, et en particulier la bronchoscopie supérieure nécessite un long entraînement de la part du médecin. Franchir la glotte et s'éclairer dans les petits tubes bronchoscopiques constituera toujours deux grandes difficultés de la méthode et s'il est facile de voir dans les tubes œsophagoscopiques toujours larges, la vision est toujours difficile dans les tubes étroits bronchoscopiques (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Homœopathes.

Nous avons lu avec grand intérêt une petite brochure récente dans laquelle un des fervents adeptes de l'homéopathie s'est plaint du dédain avec lequel la Faculté de Paris avait traité cette doctrine thérapeutique. L'auteur cite à cette occasion certaines découvertes faites dans les derniers temps comme confirmant les principes homéopathiques et termine son plaidoyer en se consolant par l'honneur dont jouit l'homéopathie en Amérique. Quant à cette consolation, elle est maigre, car si le nombre des « Homeopathic colleges » fut grand il y a quelque temps, il diminue rapidement (d'après les récentes statistiques universitaires). D'ailleurs augmenteraient-ils, cela ne parlerait pas en faveur de l'homéopathie, surtout si l'on considère, qu'en Amérique, les sectes médicales sont aussi nombreuses que les confréries religieuses. Dans ce pays de toutes les libertés, l'homéopathie n'est rien de plus qu'une marque commerciale de médecine, en faveur un moment et qui disparaît à fur et à mesure, que les études médicales deviennent plus sérieuses. Que les homéopathes cherchent à mettre en harmonie avec leurs doctrines les grandes découvertes modernes de la science, qui travaille et cherche avec méthode et persévérance, libre à eux de le faire, mais un fait est certain : aucun homéopathe n'a contribué à ces conquêtes en quoi que ce soit et n'a rien produit, qui ait fait faire un pas en avant à la science. Au contraire, les théories homéopathiques sont restées ce qu'elles étaient il y a un siècle, c'est-à-dire stériles.

Qu'entend-on par homéopathie? Tout le monde sait que la création du système est due à Hahnemann. Cet homme a eu le grand mérite, il y a cent ans, de faire table rase de toutes les erreurs grossières qui entachaient alors la médecine. Il a surtout lutté contre l'incroyable polypharmacie, qui régnait en souveraine depuis le moyen-âge. Cela était bien. Dans son *Organon* il explique ce qu'il croit être la maladie : force vitale en déséquilibre (§ 12); altération des forces dynamiques partout présentes dans notre organisme. Il ne veut reconnaître aucune cause matérielle à la maladie, etc., etc. (5e édition) et se moque souverainement des savants, qui au contraire cherchaient la cause directe de la maladie et pressentaient ce que Pasteur et son école devaient si lumineusement prouver

(1) Dans un article paru en août, dans la *Presse médicale*, le Dr Moure revendique la priorité de l'application de l'œsophasgoscopie en France. Il fit en effet quelques essais avant nous d'endoscopie de l'œsophage, mais c'est nous qui avons pratiqué (*extraction d'un clou de la 3e ramification, décembre* 1903) le premier avec succès la bronchoscopie bien plus difficile et nous sommes encore actuellement le seul en France à avoir réussi la bronchoscopie *supérieure* par l'extraction de trois corps étrangers des voies aériennes un de la trachée et deux des bronches. (*Gazette des hôpitaux*, n° du 9 mars 1905).

par des faits précis et physiquement contrôlables. Voilà pour la pathologie. En thérapeutique, Hahnemann posa le principe : *similia similibus*, ce qui veut dire : employez les médicaments qui produisent sur l'organisme sain des phénomènes semblables aux phénomènes morbides à combattre ; donnez contre l'angine la belladone, car elle produit les symptômes angineux : sécheresse de la gorge, dysphagie, rougeur, etc.; luttez contre la céphalalgie par un médicament qui la provoquerait si elle n'existait pas ; remplacez une inflammation pathologique par une inflammation médicamenteuse, expérimentale et guérissez votre malade en supprimant ensuite le médicament. Cette théorie *a priori* ne peut pas être prouvée. La médecine pratique l'a mise à l'épreuve et a constaté que, quoique peut-être vraie dans quelques cas, elle ne peut et ne doit être érigée en un principe de thérapeutique. Qu'on ne dise pas que c'est par mauvaise volonté, que la majorité des praticiens refusent de l'admettre. Un bon moyen de guérir est toujours et partout accepté lorsqu'il a fait ses preuves, qu'il vienne d'où il voudra. Etre utile avant tout à son malade, voilà ce que cherche tout praticien.

Les homéopathes modernes ont modifié la doctrine de Hahnemann en lui imprimant une nouvelle direction : aux *similia similibus* ils ont ajouté le principe de la force des médicaments : *les stimulants faibles excitent la force vitale, les stimulants moyens la fortifient, les stimulants forts la paralysent, les très forts la détruisent.* Tout cela ne veut rien dire et ne sert qu'à varier les médicaments quant à la dose. Ils arrivent ainsi à administrer la belladone de la 6e à la 30e dilution, c'est-à-dire à faire absorber au malade, par exemple, 0,0000001 gr. d'alcaloïde = eau pure colorée en jaune. Le malade peut guérir, sans doute, cela ne lui fait en tout cas pas de mal, mais que l'homéopathe ne vienne pas nous dire que c'est par l'action de la dose infinitésimale qu'il a guéri. Certainement cette médication anodine est supérieure à la polypharmacie, qui éreinte l'estomac le plus solide sans aucun profit. Mais, messieurs les confrères homéopathes, soyons francs : prescrivons de l'eau pure, agissons sur l'état mental du malade en formulant : « aqua fontis » ou « mica panis » mais ne donnons pas pour cela à cette thérapeutique un nom à part qui nous expose à être traités de charlatans.

FRIEDEL.

Les femmes médecins et les concours.

Une intéressante question vient d'être résolue par M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur. Les femmes pourvues du diplôme de docteur en médecine pourront désormais prendre part aux concours de médecin des Asiles d'aliénés. La logique et le simple bon sens s'accordaient à faire admettre que les femmes, autorisées aujourd'hui à conquérir le diplôme de docteur en médecine et les fonctions d'externes et d'internes des hôpitaux et des asiles, qui peuvent, à Paris, concourir pour devenir médecin de l'assistance à domicile, et sont agréées par nombre d'administrations, puissent devenir médecins des asiles d'aliénés. Il n'en était pas pourtant ainsi. Il a fallu que Mlle Madeleine Pelletier, docteur en médecine et interne à l'asile de Villejuif, écrivît au ministre de l'intérieur pour solliciter l'autorisation de prendre part aux concours des médecins des asiles jusqu'ici fermés aux femmes.

M. Mirman, en donnant satisfaction à la demande très légitime de Mlle Madeleine Pelletier, a fait suivre sa décision de la seule opinion qu'un homme à l'esprit large peut avoir sur pareille question : à savoir « qu'il n'y a aucune raison de mettre des barrières à l'activité des individus en raison de leur sexe et que la capacité seule doit être prise en considération. »

Nous souhaitons à Mlle Pelletier un brillant concours et nous espérons qu'au cas échéant on suivrait ce précédent libéral aux concours de médecins des hôpitaux et à ceux de l'agrégation. J. NOIR.

Médecine sanitaire Maritine

Deux ou trois cents docteurs en médecine sont actuellement embarqués sur les paquebots-poste français et sur les navires à émigrants. Pour remplir ces fonctions il faut être muni du diplôme de médecin sanitaire maritime qui est donné :

1° A ceux qui ont subi avec succès un examen spécial ; 2° Aux médecins de la marine de l'Etat ayant 5 ans d'exercice ; 3° Aux diplômés des Ecoles coloniales de Bordeaux, de Paris et Marseille.

Les médecins désireux de se renseigner plus complètement devront consulter l'Appendice que le Professeur Le Dantec a ajouté, dans la 2e édition, à son excellent « *Précis de pathologie exotique* ».

Malgré la modicité du traitement (la Compagnie Transatlantique donne généreusement 150 fr. par mois aux débutants des lignes d'Afrique), la place de médecin de paquebot pourrait convenir provisoirement aux jeunes confrères ayant quelque fortune... et ne craignant pas le mal de mer.

Malheureusement, les Médecins sanitaires maritimes, à la merci des Compagnies de navigation, ne possèdent pas l'indépendance et l'autorité nécessaires pour assurer la parfaite exécution de leur service (isolement des contagieux, mesures de désinfection, etc.).

La situation est pour eux d'autant plus pénible qu'ils ont pour voisin l'agent des postes qui lui, commissaire du Gouvernement, jouit de la liberté qui leur manque. Le bon fonctionnement des services postaux serait-il donc plus important que la santé des équipages et des passagers et que la défense sanitaire des ports de commerce ? Notre nouveau Directeur de l'hygiène publique, M. Mirman, a là une occasion d'exercer utilement son tempérament de réformateur. Dr E. GROSSET.

INCENDIE A L'HOSPICE D'ANGERS. — Un incendie a détruit, le dimanche 21 janvier, une partie de l'établissement de retraite de Saint-Martin-la-Forêt, situé derrière l'hôpital d'Angers. Il était neuf heures un quart quand une infirmière s'est aperçue que la toiture de l'aile droite était en flammes. Une demi-heure après, les services de secours étaient organisés, mais ce n'est qu'à deux heures du matin et après les plus grands efforts que le sinistre a pu être conjuré.

L'établissement de Saint-Martin-la-Forêt a la forme d'un rectangle ouvert sur un vaste jardin ; l'aile droite et le retour jusqu'à la chapelle qui forme le centre sont occupés par les vieillards retraités. L'aile gauche, heureusement épargnée par les flammes, est la clinique opératoire du docteur Monprofit. Les vieillards, promptement vêtus ont pu être mis à l'abri, sauf une femme de quatre-vingt-deux ans qui a été oubliée dans sa chambre et qui est morte asphyxiée. Les docteurs Monprofit et Canonne ont surveillé les secours dès les premiers instants. (D'après le *Temps* du 23 janvier.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier.

La tuberculose en France et en Allemagne.

M. A. Robin communique à l'Académie le rapport très documenté qu'il a, sur la demande de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, établi sur la mortalité par tuberculose en France.

Contrairement à une assertion souvent répétée, en particulier par les partisans des sanatoriums la mortalité par tuberculose ne paraît pas plus considérable en France qu'en Allemagne. Les chiffres fréquemment donnés : 39 pour 10.000 habitants de mortalité pour la France, 22 pour l'Allemagne, semblent très exagérés pour la France.

Ce chiffre de 39 décès comprend de nombreux cas de bronchite chronique. En outre, pour les très nombreuses petites communes où on ne fait aucune statistique exacte, on a arbitrairement adopté un chiffre beaucoup trop fort de mortalité par tuberculose.

Une loi très remarquable est en effet que celle-ci décroît d'une façon à peu près régulière avec la densité de la population. En d'autres termes, que moins cette population est agglomérée et que mieux elle est protégée contre le fléau.

Le tableau suivant des décès tuberculeux relevés en 1903 dans diverses villes de France en donne la preuve :

Total des décès tuberculeux par 10.000 habitants.

Paris	45,2
Villes de 100.000 à 492.000 habitants	34,4
— de 30.000 à 100.000 —	32,8
— de 20.000 à 30.000 —	30,8
— de 10.000 à 20.000 —	26,6
— de 5.000 à 10.000 —	23,4
— de 1.000 à 5.000 —	20,4

Le calcul ainsi établi par M. Albert Robin l'amène au chiffre de 24.4 pour le nombre moyen de décès causés en France par la tuberculose sur 10.000 habitants. Voilà qui est loin des 39 pour 10.000 de la statistique officielle et qui se rapproche singulièrement des 22 pour 10.000 Allemands.

« On cite, à chaque instant, ajoute M. Albert Robin, les chiffres de la statistique allemande pour prouver l'efficacité du système de lutte dont le sanatorium populaire est considéré comme le pivot et pour assurer à celui-ci une place dominante dans l'armement antituberculeux.

« Si, en France, où ce système n'a pas prévalu, la mortalité par la tuberculose n'est pas plus élevée qu'en Allemagne, n'est-il pas permis de conclure que le système allemand n'a pas toute la valeur qu'on lui attribue et que la principale cause de la diminution de la mortalité, dans les deux pays, réside dans les mesures d'hygiène publique, législatives, administratives, collectives et individuelles qui ont été adoptées dans les vingt-cinq dernières années, et pour l'application et l'extension desquelles il faut réserver toutes les ressources budgétaires, collectives et individuelles dont nous pouvons disposer. »

Comme conclusion, M. Albert Robin propose à l'Académie de mettre en discussion le projet de vœu suivant :

« L'Académie de médecine demande à M. le ministre de l'intérieur que la statistique des causes de décès, actuellement établie pour 713 villes, soit étendue à toutes les communes du territoire français. »

M. Brouardel fait plusieurs objections très importantes : 1° L'étiquette de bronchite chronique n'est souvent qu'un euphémisme pour déguiser la tuberculose. Dans bien des villes de province on ne meurt de tuberculose qu'à l'hôpital. Dans la classe aisée on voit succomber de bronchite chronique des enfants et de tout jeunes gens. D'ailleurs, dans sa statistique, M. Brouardel a soigneusement séparé les deux causes de décès.

2° La mortalité par tuberculose est considérable dans certaines bourgades peu peuplées. En Bretagne, dans certains villages, des enquêtes très précises ont montré une mortalité encore plus considérable qu'à Paris.

M. Brouardel se joint à M. Robin pour demander une statistique plus précise et plus complète. Il croit que celle-ci ne sera obtenue que par la déclaration obligatoire.

Mais dès aujourd'hui la mortalité par tuberculose en France peut être regardée comme assez formidable pour nécessiter un effort énergique. Avec beaucoup d'éloquence il demande à l'Académie de prendre la direction de cet effort.

M. Guéniot propose, à l'assentiment unanime, d'ouvrir une discussion sur la prophylaxie générale de la tuberculose. Cette importante discussion continuera dans la prochaine séance.

La rate et la sécrétion biliaire.

M. Lancereaux a lu un rapport sur un travail adressé par le professeur Paulesco (de Bucarest), qui établit que, contrairement à l'opinion soutenue par M. Charrin et quelques autres auteurs, la rate n'a aucune influence sur la sécrétion de la bile. Des analyses précises de bile pratiquées sur des animaux auxquels on avait enlevé la rate, d'autres faites sur d'autres sujets avant et après l'enlèvement de la rate, ont montré à M. Paulesco que la bile, dans un cas comme dans l'autre, gardait une composition sensiblement constante.

La vaccine en Alsace au siècle dernier.

M. Kelsch résume un travail de M. Goldschmidt, de Strasbourg. Ce travail, d'un réel intérêt historique, montre les énergiques mesures de réglementation vaccinale prises par Napoléon Ier au cours d'une épidémie très meurtrière dans le Bas-Rhin.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier.

Drainage lombaire dans les péritonites appendiculaires.

MM. Routier, Chaput et Segond estiment que le drainage par la voie lombaire, préconisé par M. Villemin, est dangereux car il augmente le traumatisme opératoire ; il ne serait indiqué que dans les collections purulentes rétro-cœcales.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Quénu pense que le meilleur traitement des kystes hydatiques non extirpables consiste dans le *formolage* suivi d'incision de la poche, de l'extraction de la membrane germinative et de suture. L'accolement idéal est très rare après suture de la poche : le plus souvent, il se produit, dans les jours qui suivent l'opération, une exsudation séreuse aseptique et qui se résorbe au bout de quelques jours. Quelquefois il se produit dans la poche un épanchement de bile ; celle-ci peut être infectée, et si le liquide est abondant, il tend la poche et menace de la rompre au niveau de la suture.

Pour éviter l'infection du péritoine, M. Quénu conseille de placer toujours un drain *au contact* de la suture.

M. Broca pense que lorsqu'après avoir vidé la poche et extrait la membrane fertile, on aperçoit sur l'adventice des taches ou des traînées brunes, on doit renoncer à la suture et marsupialiser. Ces traînées représentent des canaux biliaires superficiels qui laissent toujours transsuder de la bile. C'est aussi l'avis de M. Tuffier.

Guérison opératoire d'une paralysie cubitale et radiale.

M. Potherat présente un malade auquel il a fait une suture du nerf *cubital*, sectionné et englobé dans un massif osseux épitrochléen à la suite d'une fracture du coude. Le soir même, la sensibilité de la main réapparaissait et, fait curieux, une paralysie *radiale*, qui existait aussi depuis le traumatisme, avait complètement disparu.

Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier.

Intoxication mercurielle d'origine thérapeutique.

M. Sicard communique une observation d'intoxication mercurielle après 4 injections d'huile grise. A l'encontre de M. Le Noir, il ne laissa pas évoluer ces accidents. La nodosité mercurielle étant localisée par la radiographie, il fit faire l'excision chirurgicale. Le malade guérit.

M. Griffon a observé un cas semblable à celui relaté par M. Balzer. Des injections au calomel, pratiquées pour des accidents secondaires, furent suivies de convulsions et de mort. A l'autopsie on constata un foie infectieux, mou, sans autres lésions viscérales.

M. Rénaut fait observer que l'excision proposée par M. Sicard a déjà été faite par M. Lesser. Il présente ensuite un malade syphilitique à la période tertiaire, dont le dos et les membres étaient couverts de syphilides tuberculeuses typiques. Ces syphilides étaient anormalement disposées en confluence, exceptionnelle à la période tertiaire, et qui reconnaît pour cause l'insuffisance de traitement de la syphilis datant de 30 ans et l'éthylisme manifeste du malade.

Hydarthrose syphilitique. Etude cytologique.

MM. Griffon et Deherain ont observé un malade, qui en pleine période secondaire fit une poussée de rhumatisme généralisé d'abord puis localisé au genou droit, qui devint le siège d'une hydarthrose volumineuse, indolente, à allure froide. Il fallait penser à la tuberculose. Des inoculations furent faites avec le liquide ponctionné (15 c. c. dans le peritoine de cobayes), sans qu'on pût constater de la tuberculose expérimentale au bout de 4 mois. L'examen cytologique donna une *polynucléose*, formule différente de celle de MM. Boidin et Grandmaison qui ont constaté une lymphocytose marquée. La tuberculose put donc être éliminée par le résultat de l'inoculation et par l'examen cytologique. La nature syphilitique de cette hydarthrose paraît beaucoup plus probable. La différence des formules leucocytaires s'explique par l'âge différent auquel furent faits les examens.

Pseudorhumatisme syphilitique.

M. Galliard rapporte trois cas de pseudorhumatisme, survenu pendant la période secondaire d'une syphilis et guéri par les pilules de protoiodure ou la liqueur de Van Swieten. Un autre pseudorhumatisme syphilitique grave guérit également par le traitement mercuriel (benzoate de Hg). Détail important, ce dernier malade, rhumatisant avant la syphilis, avait contracté deux blennorrhagies sans manifestations articulaires.

MM. Legendre et Dufour font observer que les bons effets du traitement mercuriel sur ces poussées de rhumatisme ne permettent pas à eux seuls de conclure au pseudorhumatisme syphilitique, le même traitement ayant depuis longtemps donné d'excellents résultats dans les arthropathies nettement tuberculeuses ou blennorrhagiques.

M. Barbier voudrait que, pour exclure la tuberculose, fit des injections de tuberculine. MM. Griffon et Vaquez n'admettent pas ce moyen de diagnostic, car un résultat positif n'indiquerait pas nécessairement une hydarthrose tuberculeuse.

M. Hudelo lit le rapport financier pour l'année 1905.

Le formiate de quinine (quinoforme).

M. Hirtz a expérimenté dans son service à l'hôpital Necker les effets thérapeutiques du *formiate de quinine* (quinoforme), nouveau sel introduit dans l'organisme par injection hypodermique. Après un historique détaillé sur la thérapeutique par la quinine le rapporteur a indiqué les inconvénients de l'absorption par voie digestive et les accidents, qui accompagnaient l'injection hypodermique de tous les sels quiniques employés jusqu'ici. En effet, en dehors des douleurs extrêmement vives, il y avait fréquemment des abcès, des adénites, du sphacèle voire même des tétanos. M. Lacroix a préparé et étudié les formiates et c'est le formiate basique de quinine qui a servi à l'expérimentation de M. Hirtz.

Le quinoforme cristallise en belles aiguilles blanches, brillantes, formant des houppes soyeuses; il est très stable et renferme 87, 56 % de quinine pure, c'est-à-dire qu'il est le plus riche en alcaloïde de tous les sels de quinine usités. Il forme avec l'eau une solution neutre au tournesol et il fond dans 19 fois son poids d'eau à 16°, dans 8 fois son poids d'eau à 32°. Il est donc le plus soluble des sels basiques, mais ce qui marque son avantage sur toutes les autres préparations, c'est l'indolence complète des injections. Tandis que les sulfates ou chlorhydrates en injections donnent un quart d'heure après des douleurs lancinantes et une gêne considérable du membre pendant 24 à 48 heures, on n'observe rien de semblable avec le formiate. Aucune réaction locale ni immédiate, ni consécutive. M. Hirtz a injecté le quinoforme à la dose de 20 centigrammes pour une seringue de Pravaz de 2 c. c. chez un certain nombre de tuberculeux. La courbe de température n'a pas été influencée. La maladie spécifique pour la quinine est le paludisme, qui est rare dans nos services hospitaliers. Aussi M. Hirtz aimerait-il voir employer le *quinoforme* aux colonies et surtout dans les hôpitaux militaires. L'avantage capital du nouveau sel réside beaucoup plus dans son indolence, que dans sa solubilité, qui par ce fait même perd son importance, car on pourra facilement injecter la dose de quinine voulue. Une précaution sera à prendre : le tube qui contient la solution de quinoforme doit être examiné a la lumière et si on observait une ou quelques aiguilles de cristallisation, il faut chauffer légèrement le tube. Cela suffira pour le redissoudre sur le champ et on évitera ainsi une cause de douleur.

M. Lemoine (Val-de-Grâce) a employé le formiate de quinine chez des paludéens et a observé, ce que M. Hirtz n'a pu faire, c'est-à-dire son action rapide sur la fièvre. La tolérance a été parfaite. Les accès ont rapidement disparu. L'estomac, si souvent délicat chez les paludiques, est ainsi à l'abri des irritations et ce fait est très précieux.

M. P. Claisse, à pu également expérimenter le quinoforme sur huit de ses malades. Il a constaté que les injections étaient parfaitement tolérées et a insisté sur la valeur pratique de ce nouveau sel de quinine chez des paludéens à estomac délicat.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 16 janvier 1906. — Présidence de M. Comby.

Anévrysme de l'aorte d'origine rhumatismale.

M. Comby présente une jeune fille de 14 ans chez laquelle on constate tous les signes d'un anévrysme de l'aorte : battements très manifestes à droite du sternum, double souffle intense, thrill....., etc. Cet anévrysme s'est développé à la suite d'une attaque de rhumatisme accompagné d'endocardite, dont elle a été atteinte en 1902.

Méningite cérébro-spinale.

M. Sevestre. — La fillette qui fait le sujet de cette observation fut amenée à l'hôpital après 36 ou 48 heures d'accidents fébriles accompagnés de vomissements, que l'on avait cru, au premier abord, pouvoir rattacher à une simple indigestion. Mais bientôt se montrèrent des douleurs très vives dans le dos et dans la hanche droite, puis du coma, avec fièvre modérée mais irrégulière, et sans que l'on observât l'ensemble habituel des signes de la méningite classique. Les symptômes néanmoins firent porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale, et la ponction lombaire confirma ce diagnostic, en fournissant un liquide louche, et en procurant un soulagement manifeste et rapide. L'enfant fut traitée par les bains chauds et par la ponction lombaire répétée 3 fois à quelques jours d'intervalle, donnant un liquide de moins en moins trouble. Le rétablissement fut complet au bout d'une dizaine de jours.

M. Comby cite un cas de méningite cérébro-spinale qui présenta cette particularité de rester apyrétique pendant toute sa durée. Dans ce cas, on fit des ponctions lombaires réitérées, à la suite desquelles on vit plusieurs fois survenir une atténuation notable, mais passagère, de la raideur de la nuque. Malheureusement, ce cas se termina par la mort au bout de 6 semaines.

Adénopathie trachéo-bronchique.

M. Variot présente un enfant de 5 ans atteint d'adénopathie trachéo-bronchique, avec cette particularité qu'il est pris, de temps à autre, de crises dyspnéiques avec douleurs très violentes analogues à celles de l'angine de poitrine. M. Variot propose d'appliquer à cette variété symptomatique de l'adénopathie trachéo-bronchique l'expression de « forme cardialgique ».

Emploi du citrate de soude en thérapeutique infantile.

M. Variot rappelle ses récentes communications sur l'emploi du citrate de soude chez les nourrissons et présente quelques observations sur l'emploi de ce médicament chez des enfants plus âgés. Le citrate de soude a l'avantage d'être efficace et inoffensif autant que le bicarbonate de soude. C'est tout à la fois un antiémétique et un eupeptique, et il possède ces deux qualités indépendamment l'une de l'autre. M. Variot a utilisé le citrate de soude dans plusieurs cas de troubles digestifs divers chez des enfants du second âge, et il en a obtenu des résultats très satisfaisants chez ceux-ci comme chez les nouveau-nés. Il cite en particulier un pauvre petit tuberculeux de son service, qui, sous l'influence de ses accès de toux, avait des vomissements rebelles aux diverses médications usuelles ; on eut l'idée d'essayer de lui donner, contre les vomissements, du citrate de soude, dont on avait observé l'action antiémétisante chez des nourrissons ; or, cette médication empirique procura à ce malheureux enfant une notable et incontestable diminution des vomissements qui l'épuisaient auparavant.

M. Nobécourt, en son nom et au nom de M. Prosper Merklen lit une communication sur *l'élimination de l'urée dans la rougeole suivant les régimes.*

Méningite cérébro-spinale traitée avec succès par les injections intra-rachidiennes de collargol.

M. Papillon communique une observation de méningite cérébro-spinale à méningocoques, dans laquelle on obtint un heureux résultat d'un essai de thérapeutique locale consistant en injections intra-rachidiennes de collargol. Il s'agissait d'un enfant de 3 ans 1/2, qui entra à l'hôpital 3 jours après le début d'une méningite cérébro-spinale avec fièvre intense (40°). On lui fit une ponction lombaire, qui donna issue à un liquide louche et franchement purulent ; à la suite de cette ponction, on injecta dans le canal rachidien une dose de solution de collargol correspondant à deux centigrammes de cette substance. On ne nota aucun phénomène particulier imputable à l'injection, et dès le lendemain, les symptômes, la fièvre en particulier, présentèrent une atténuation manifeste, qui se soutint pendant quelques jours. Une nouvelle élévation thermique (40°1) s'étant produite, on fit une nouvelle ponction, suivie d'une injection correspondant à une dose de collargol de 4 centigrammes ; on nota à la suite de celle-ci quelques petits malaises sans gravité et qui ne durèrent pas. La guérison fut obtenue peu de jours après.

M. Papillon communique, avec présentation de pièces à l'appui, une observation d'hémiplégie survenue au cours d'une fièvre typhoïde. Ch. H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 18 janvier 1906.

Note sur le chauffage de la couveuse au thermosiphon.

M. Mercier. — Il s'agit d'un système facile à entretenir et peu coûteux, ce qui est de nature à en répandre l'emploi dans les milieux ouvriers.

Atrésie cicatricielle du vagin au terme de la grossesse.

M. Mercier. — Le vagin est complètement divisé en 2 compartiments ; une application de forceps est rendue nécessaire ; elle donne naissance à un enfant vivant. Cette atrésie semble être la conséquence d'une vaginite plastique.

Un cas de grossesse gémellaire pouvant faire croire à la superfœtation : différence de 1850 gr. entre les deux fœtus.

MM. Bouchacourt et Cathala. — Il semble qu'il y ait trois mois de différence entre les 2 fœtus nés de cette grossesse gémellaire : le gros enfant pèse 2.440 gr. et le petit 760 gr. ; tous les deux sont nés vivants : le premier s'est bien élevé, le second a succombé quelques heures après la naissance. A première vue, on pouvait croire à un cas de superfœtation, mais la radiographie a montré que les points d'ossification sont bien apparents chez le petit fœtus : celui-ci est venu à terme, en dépit de son apparence extérieure. Il faut donc, en pareil cas se méfier beaucoup avant de conclure à la superfœtation. Le défaut de développement peut, dans ces cas, s'expliquer par des lésions placentaires.

M. Brindeau remarque que le placenta qui correspond au petit fœtus est fibrinifié. Dans ces circonstances, le fœtus peut même succomber.

M. Budin rappelle qu'il faut se méfier de ce défaut de développement du fœtus chez les albuminuriques, pour ne pas provoquer l'accouchement comme on est quelquefois sollicité de le faire.

Dégénérescence hydatiforme d'un œuf de 2 mois expulsé au 6e mois de la grossesse.

M. Bernheim. — Une femme de 36 ans expulsa un œuf ayant le volume d'un œuf de 2 mois, juste 6 mois après la cessation des règles. Cet œuf semble atteint de dégénérescence môlaire.

M. Brindeau considère ces lésions de l'œuf comme de simples lésions de régression.

M. Budin rappelle qu'il a jadis vu un œuf semblable, où l'amnios était soulevé par des masses violettes rappelant l'aspect de certaines prunes.

A propos d'une rupture utérine.

MM. Brindeau et Caron. — Une rupture au cours du travail, rupture spontanée, permit au fœtus et au placenta de passer dans l'abdomen. Après laparotomie, on peut constater que l'utérus était presque complètement amputé au niveau du segment inférieur. Les débris de segment inférieur furent, après ablation de l'utérus, fixés à la paroi antérieure. M. Brindeau remarque combien est grande l'étendue des lésions dans ces cas de rupture utérine : aussi ne faut-il pas hésiter à pratiquer la laparotomie et à enlever l'utérus ; sur 5 opérations personnelles, l'auteur a pu en sauver 2. Il ne faut pas mettre ces femmes en position de Trendelenburg, en raison de la grande quantité de sang qui se trouve dans le ventre.

M. Demelin considère la question du drainage comme absolument capitale en pareil cas : il faut drainer d'une façon énorme, colossale.

Opération de Gigli pour bassin oblique ovalaire.

M. Porak. — Il s'agit d'un bassin oblique ovalaire typique : la femme avait déjà mis au monde un enfant qui, trop comprimé par les poussées pelviennes, est mort au bout de 2 heures. La section pubienne fut faite du côté lésé ; une application de forceps en OT a donné très facilement issue à un enfant vivant. Cette femme, opérée depuis 2 mois, est en parfait état.

A propos de la communication de M. Foix : « Présentation d'un cas d'extrophie de la vessie et de l'intestin terminal ».

M. Cunéo. — M. Cunéo explique les anomalies existant en cette pièce (présentée à la séance antérieure) par un vice de position et un développement exceptionnel du bouchon cloacal ; il y aurait eu, en même temps, arrêt de descente de l'éperon périnéal.

Présentation d'un microcéphale.

M. Guéniot. — Pendant le travail, l'enfant présenta des mouvements convulsifs qui firent croire à un cas d'anencéphalie. Il y a synostose des os du crâne, comme le fait s'observe habituellement en pareil cas.

Discussion à propos de la communication de M. Boissard : La volonté de la mère sur le choix de l'opération doit-elle être prépondérante ?

M. Brindeau remarque, à propos de cette question, que l'embryotomie ne donne pas 0 % de mortalité maternelle comme on l'a prétendu.

M. Tissier considère ces cas d'embryotomie comme exceptionnels. D'une façon générale cette opération doit être considérée comme d'usage beaucoup moins nocif que l'opération césarienne.

M. Demelin a fait 45 cas de basiotripsie ; il eut 2 morts de femmes, ce qui ferait une mortalité globale de 4 % : mais dans ces 2 cas, la femme est morte d'infection. M. Demelin considère la basiotripsie comme une opération très grave quand le bassin est fortement rétréci.

M. Budin estime également qu'on ne peut pas poser de

règle générale ; il est des embryotomies très faciles, il en est d'autres très pénibles : tout dépend du degré de l'angustie pelvienne, de la présence de fibrome, etc...

En ce qui concerne l'avortement en cas de bassin rétréci, M. Budin rappelle que la question a été tranchée à la Société de médecine légale, à la suite d'un rapport de M. Maygrier.

Cyrille JEANNIN.

MÉDECINE PRATIQUE

Saprophytes et infections dans la tuberculose.

Par le Dr VUIBERT.

Dans une très intéressante clinique, publiée récemment (1), M. le professeur Hutinel examine les principales causes de la tuberculose et, tout en tenant compte de la contagion, il incrimine surtout l'encombrement, le surmenage, l'alcoolisme et les maladies antérieures des voies respiratoires supérieures.

Ces causes, nos devanciers les avaient entrevues et on se souvient des remarquables travaux publiés sur ce sujet par Damaschino, Hanot, Villemin et tant d'autres savants. Mais quand Robert Koch découvrit le bacille qui porte son nom, toutes ces causes perdirent de leur valeur et passèrent au second plan. Or, actuellement, grâce aux expériences répétées et aux recherches remarquables de l'école bactériologique française, Letulle, Auclair, Verliac, Bezançon, Leray, etc., le bacille n'a plus à nos yeux cette puissance immuable qui semblait lui appartenir au début ; il a même perdu son prestige de nocivité, car, somme toute, ce germe offre une étroite parenté avec de simples saprophytes et le fameux bacille tuberculeux pourrait n'être qu'un saprophyte à la virulence réveillée ou exaltée (Hutinel).

On sait pourtant que ses produits de sécrétion contiennent des poisons ayant une réelle spécificité et déterminent les uns la caséification, les autres, la sclérose (éthéro et chloroformobacilline d'Auclair) ; mais on sait d'autre part que les acides gras introduits dans l'organisme amènent des effets analogues. Dès lors, le bacille tuberculeux ne serait qu'un élément de la maladie, mais non la maladie tout entière.

En dernière analyse, il faudrait, dans la tuberculose, tenir un plus grand compte du terrain, tout en soignant les infections secondaires qui, grâce à l'infériorité de l'organisme, se greffent et se développent en particulier au niveau des bronches et des poumons. C'est pourquoi il importe d'instituer la cure d'air, de repos et d'alimentation, mais sans oublier le traitement médicamenteux local, qui doit être un adjuvant précieux, indispensable même du traitement général.

Dans ce but, il sera excellent de prescrire le sirop Roche au thiocol qui, comme nous avons eu mainte fois l'occasion de le constater, réalise la meilleure médication des affections broncho-pulmonaires. Nous avons l'habitude de prescrire progressivement deux, trois, quatre et même cinq ou six cuillerées du sirop Roche et nous avons toujours obtenu d'excellents résultats, en particulier dans les catarrhes laryngo-trachéo-bronchiques associés ou non à la tuberculose pulmonaire. Nous l'avons également essayé, dans de nombreux cas de tuberculose confirmée au premier ou au deuxième degré et il nous a donné toute satisfaction.

Ce qui nous a surtout frappé, au cours des divers traitements dont il constituait la base, c'est sa parfaite innocuité et aussi la façon remarquable dont il est supporté même par les estomacs les plus délicats : et ceci est un argument qui a une grande valeur, car l'estomac, on l'a dit et répété avec Germain Sée, est la place forte du phtisique, et s'il ne fonctionne pas ou s'il fonctionne mal, on ne peut pas espérer faire disparaître ou rétrocéder le tubercule qui, cependant, comme l'a dit le professeur Grancher, est « une néoplasie fibro-caséeuse qui porte en lui sa guérison ».

(1) *Journal de médecine interne*, 1905, n° 24, p. 361.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr P. KERAVAL.

I. — **Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale** ; par H. DAMAYE. (Paris, in-8, 1904, Steinheil, édit.)

Chaque malade est soumis à vingt genres d'examens, groupant la connaissance de soi-même et des personnes qui vous entourent ; les questions relatives au monde extérieur, aux moyens de relation avec ce dernier, au souci de l'avenir, au rôle du patient dans la société ; l'étude de certaines facultés importantes et de l'habitus extérieur ; enfin des notions d'ordre supérieur. Autrement dit, l'auteur examine l'état de la manière d'être, du langage, de la lecture, de l'écriture, du calcul, du dessin, de la compréhension et de l'attention ; les réponses sur les parents, l'âge, la connaissance du corps, les mouvements, les objets, les sensations internes, le temps, le lieu, la patrie, le service militaire, le métier et la religion. A chaque partie de l'investigation, il affecte un coefficient de 0 à 5 selon la façon dont l'enfant répond ou se comporte, si bien que le maximum des points pour les vingt articles soit de 100. Pour qui a suivi pas à pas les détails de ce procédé et les tableaux correspondants, il résulte que, sur les 250 enfants de la Colonie de Vaucluse, on trouve : *cent-soixante débiles*, dont 47 débiles moraux ou dégénérés supérieurs (leur coefficient total est supérieur à 90), et 113 débiles intellectuels dont le coefficient est inférieur à 90. *Vingt-trois* sont *entre la débilité mentale et l'imbécillité* ; coefficient entre 50 et 60. *Quarante-trois sont des imbéciles* : coefficient entre 30 et 50. *Dix-neuf* flottent *entre l'imbécillité et l'idiotie* ; coefficient entre 20 et 30. *Cinq* possèdent un coefficient total inférieur à 20 ; ce sont des *idiots* profonds.

II. — **La démence précoce** ; par R. MASSELON. (Paris, in-16, 1904. A. Joanin, édit.)

La démence précoce apparaît généralement à l'adolescence. Elle évolue, à travers des épisodes variés, vers l'affaiblissement intellectuel précoce dont tous les phénomènes aigus portent la marque, affaiblissement intellectuel progressif aboutissant le plus souvent à la ruine totale des facultés. C'est une affection qui atteint primitivement l'affectivité ; une indifférence primordiale, une activité involontaire et inconsciente se substitue peu à peu à l'activité intentionnelle et volontaire de l'homme normal. Il en existe une *forme simple* constituée par une phase prodromique à symptômes quasi-neurasthéniques, remplacée finalement par l'affaiblissement de l'intelligence, le négativisme, les tics, fugues, impulsions, violences subites et sans cause, l'inattention perpétuelle, la puérilité des actes et des propos.

Mais, dans la majorité des cas, après une phase prodromique de quelques mois à deux ou trois ans, voire tout à coup, apparaissent des séries de phénomènes aigus surajoutés qui ont fait créer les formes catatonique, hébéphrénique, paranoïde. Ces formes sont surtout des divisions inventées pour la commodité de la description, car tous les intermédiaires s'y rencontrent ; et certains cas cliniques, par exception, peuvent évoluer en passant par des formes différentes.

Dans la *démence précoce catatonique*, on constate : des états de stupeur ou d'agitation, où dominent le négativisme (raideur contre toute sollicitation extérieure), la suggestibilité (adoption de toutes les sollicitations extérieures), la stéréotypie (persistance des impressions motrices). Il faut d'ailleurs distinguer la *stupeur catatonique propre*, caractérisée par l'immobilité des attitudes ou la résistance aveugle à toute demande, de *l'agitation catatonique stéréotypée* dans laquelle le sujet reproduit incessamment les mêmes mouvements et les mêmes paroles, coupant sa verbigération de brusques mouvements automatiques, de violences impulsives, de fugues. La *démence précoce hébéphrénique* est un ensemble d'états de dépression et d'agitation en rapport avec des délires polymorphes qui n'ont aucune tendance à la systématisation et sont à base d'hallucinations ou d'interprétations. On y rencontre aussi le négativisme, la stéréotypie, et la paraminie hébéphrénique ou discordance entre les états émotionnels et leur expression mimique.

Dans la *démence précoce paranoïde*, ce sont des conceptions délirantes un peu mieux systématisées, mais le plus souvent absurdes, qui n'évoluent point et prennent rapidement une expression figée et stéréotypée. Enfin n'oublions pas les *formes frustes* susceptibles d'un affaiblissement intellectuel léger. Le plus fréquemment, la démence précoce se termine par une démence profonde. Mais il y a des cas, bien que rares, de guérison. Des rémissions plus ou moins longues sont possibles. C'est, pour M. Masselon, une psychose accidentelle, due probablement à une *auto-intoxication* d'origine *sexuelle*. Elle se développe le plus habituellement *chez des sujets héréditairement prédisposés*, mais qui, jusque-là, n'avaient manifesté aucune tare névropathique intense. Il se peut que d'autres auto-intoxications (thyroïdienne, gastro-intestinale, etc.) soient capables de la réaliser.

III. — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci ; par A. d'Ormea et Maggiotto. (Ferrare, in-8 1904, chez Giorgio.)

Etude sur l'*urine des déments précoces*, aboutissant à peu près aux mêmes résultats que celle de Dide et Chenais. Si l'on en rapproche le retard notable de l'élimination du bleu de méthyle et de l'iodure de potassium par les reins, puis la prolongation de leur excrétion, il appert que le catabolisme organique est fort altéré chez ces malades, quelle que soit la forme symptomatique, quel que soit l'épisode de leur affection.

IV. — A paranoia e os syndromas paranoides ; par J. Moreira et Peixoto. (Rio-de-Janeiro, in-8, chez Besnard frères, 1905.)

La paranoïa a pour caractères : une autophilie primitive et originaire que l'éducation a permise et favorisée ; l'inadaptabilité d'un moi démesuré au milieu non conforme ; des actions et réactions de persécutions ; la systématisation des idées et, consécutivement, des délires cohérents, logiques, fixes, par falsification de la mémoire, qui déterminent la transformation de la personnalité ; la rareté des hallucinations et la précocité des hallucinations auditives par rapport aux autres, l'intelligence demeurant lucide et résistant longtemps à la déchéance démentielle. Voilà de quoi séparer la paranoïa des épiphénomènes dépourvus de régularité, de base et de cohésion, qui surgissent hors de propos sur un terrain hallucinatoire battu par des erreurs sensorielles multiples et profondes, et que nous appelons des syndromes paranoïdes communs à toutes les maladies mentales.

V. — Hypnotismus und Suggestivtherapie ; par L. Hirschlaff (Leipzig, in-8, 1905, J. A. Barth, édit.).

Compendium très soigné des connaissances actuelles sur l'hypnotisme et la thérapeutique suggestive. L'auteur examine à fond successivement : l'histoire de l'hypnotisme thérapeutique, les phénomènes en rapport avec l'hypnotisme expérimental, l'hypnothérapie pratique, la thérapeutique suggestive pratique. Nous appellerons particulièrement l'attention sur le Ch. V. intitulé : *résultats thérapeutiques*. On y trouvera détaillés : les produits de la thérapeutique hypnotique et suggestive ; ses principes ; les dangers de l'hypnose ; les indications et contre-indications.

Les *indications* sont tirées de la personnalité du malade ; de la nature de la maladie ; du genre des facteurs curatifs à mettre en jeu. Il y a lieu de procéder, suivant M. Hirschlaff, à l'hypnothérapie et à la thérapeutique suggestive quand on a affaire à des personnes tombant facilement dans l'hypnose par des méthodes simples. Tel est le cas de certains états de dissociation neuropsychique, comme l'hystérie, les intoxications chroniques. C'est là son triomphe. Chez ces malades-là, elle est en sus une auxiliaire indirecte dans leurs affections organiques ; car elle permet de leur appliquer un régime ; de les manier, de leur procurer du sommeil, de leur remonter le moral, d'alléger leurs douleurs. La même thérapeutique convient à tout individu qui, sans être à proprement parler profondément hypnotisable, est facilement accessible aux impressions mentales, notamment aux gens aimables, gouvernables, confiants, à ceux aussi qui, doués d'une humeur et d'une énergie instables, subissent le découragement quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, tandis qu'ils se relèvent quand ils sentent le réconfort d'autrui. Ici, comme plus haut, l'intervention n'est pas seulement de mise dans les états pathologiques fonctionnels ; elle s'impose en outre dans les complications organiques qui atteignent le sommeil, l'appétit, l'état d'esprit, la capacité de travail.

L'hypnothérapie et la thérapeutique suggestive sont surtout applicables aux névroses fonctionnelles, telles que : neurasthénie, hystérie, hypochondrie, dépression mélancolique légère, obsessions, états anxieux, dysthymies, troubles de la parole et fonctionnels. Il n'y a pas que les affections hystériques qui en soient justiciables. On devra donc agir sur n'importe quel symptôme ou maladie en rapport avec des troubles neurofonctionnels primitifs ou secondaires, quel qu'en soit le substratum, fût-il anatomo-pathologique. Les facteurs curatifs qui, en l'espèce, entrent en jeu, sont de nature purement fonctionnelle. C'est par voie indirecte qu'agit la suggestion sur les phénomènes organiques. Il y a lieu de supposer que l'on ne réussit à modifier suggestivement les maladies organiques que lorsque la constitution neuropsychique du patient permet une influence psychique indirecte, ou quand les complications nerveuses ou mentales, d'emblée ou secondairement curables, surajoutées aux altérations organiques, sont fonctionnelles.

Les *contre-indications* sont : un septicisme insurmontable et permanent de la part d'un patient prévenu et récalcitrant à l'égard de ce mode de traitement ; l'apparition de phénomènes hypnotiques anormaux graves ; les maladies mentales qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir l'occasion d'un délire à texte-suggestivo-hypnotique. Que penser des théories de l'hypnotisme, de la suggestion et de la suggestibilité ? Il n'y aurait pour le moment pas de théorie irréprochable de l'hypnose, pas plus qu'il n'y en a du sommeil et de l'hystérie. Il s'écoulera encore un long temps avant que ne soient résolues par la science les énigmes de l'hypnotisme expérimental. Mais c'est, à tout prendre, la psychologie qui est la première intéressée à cette solution. La science médicale est indépendante des théorèmes de ce genre, car l'hypnotisme thérapeutique n'a encore de commun avec l'hypnotisme expérimental que le nom.

VI. — Etude sur les délires post-partum pathogénie ; par Privat de Fortunié. (Paris, in-8, 1904. Masson, édit.)

Du cadre de la folie puerpérale, il faut exclure tout délire relevant de causes étrangères à la grossesse ou à l'accouchement. On en éliminera la paralysie générale constatée au cours de la grossesse ou peu après l'accouchement, et tout délire relevant d'une maladie infectieuse intercurrente. Il faut établir une démarcation très nette entre les délires de la grossesse et les délires *post-partum*. Les modifications organiques de l'accouchement empêchent qu'on n'assimile ces deux variétés. Il y a d'ailleurs une disproportion énorme entre le nombre des délires de grossesse et celui des délires post partum. Les délires de lactation n'ont pas d'existence autonome ; ils ont généralement la même origine que ceux des suites de couches. Bon nombre d'entre eux émanent de causes étrangères à la puerpéralité. Dans le vaste groupe des *délires post-partum* il y a : — *A*.— des délires symptomatiques d'infections ou d'intoxications aiguës (septicémie ou éclampsie). — *B*.— des délires qui constituent en apparence toute la maladie : en ce cas, ou la puerpéralité n'est que l'occasion banale du délire (excès alcooliques, névrose ou dégénérescence mentale), ou le délire relève d'un trouble pathologique qui est lui-même la conséquence de l'état puerpéral, exemple : auto-intoxications par lésions du foie, des reins, développées pendant la grossesse ou aggravées par elle, lésions infectieuses de l'appareil génital subaiguës ou chroniques.

Les délires infectieux post partum comprennent 2 variétés : — *A* — le délire de la septicémie puerpérale, délire accessoire exigeant le traitement à l'hôpital tout simplement. — *B* — les délires d'infection subaigus ou chroniques de l'appareil génital ; c'est là la *folie puerpérale infectieuse* qui appartient à l'asile. Le rôle de l'infection est souvent méconnu parce que les lésions causales sont généralement apyrétiques, et que le délire éclate d'ordinaire à une époque déjà éloignée de l'accouchement. D'où la nécessité d'examiner systématiquement les femmes atteintes de délire à la suite d'accouchements, de les opérer, de les suivre pour noter l'influence du traitement sur l'évolution du délire.

Pour les délires infectieux, aigus ou chroniques, la *dégéné-*

rescence mentale agit comme cause prédisposante nécessaire. Prédisposées sont et les malades à tares héréditaires et celles à excès alcooliques, ou ayant eu jadis une maladie infectieuse grave telle que la fièvre typhoïde, ou présentant les stigmates d'une névrose. Le rôle de l'hérédité est d'autant plus important que la cause occasionnelle a été moindre. Il en est de même pour les cas où une infection légère n'intervient que pour mettre en action la dégénérescence mentale. Mais cette cause occasionnelle a été indispensable pour faire éclore le délire. Dégénérescence mentale n'égale donc pas folie puerpérale. Et quand cela serait, il faut encore combattre l'infection.

VII. — Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication; par R. Dupouy. (Paris, in-8, 1904. J. Rousset, édit.)

La folie puerpérale ne survient que chez des *femmes prédisposées* ; *la dégénérescence mentale est le terrain obligatoire* Mais il faut encore une auto-intoxication. De celle-ci l'étiologie varie. Il y a à ce point de vue des psychoses par épuisement et des psychoses par auto-intoxication propre. L'état puerpéral, en modifiant la crase sanguine, prédispose à l'anémie et l'epuisement (hémorrhagies, fatigues) engendre la psychose. L'infection puerpérale, sous toutes ses formes, peut, aidée de la dégénérescence mentale, déterminer des troubles mentaux à allures différentes suivant sa gravité La puerpéralité met la femme en état de moindre résistance vis-à-vis des agents toxi-infectieux ; une auto-intoxication se déclarera facilement à raison de l'insuffisance d'un organe quelconque à fonction antitoxique, ou à raison de l'augmentation des toxines produites dans l'économie.

L'hépatotoxhémie gravidique est, de toutes les auto-intoxications survenant chez la puerperale, la plus étudiée et la mieux connue ; elle tient sous sa dépendance les troubles somatiques et mentaux les plus divers comme aspect et comme gravité. Ceux-ci peuvent également relever de toxhémie par *insuffisance thyroïdienne, ovarienne*, etc.

La symptomatologie des psychoses puerpérales est éminemment variable suivant les facteurs : intensité plus ou moins grande du processus d'auto-intoxication, son évolution aiguë ou chronique, les qualités physiques et mentales du terrain, l'origine du poison. Il faut traiter l'auto-intoxication causale des psychoses puerpérales.

VIII. — Contribution à l'étude des décubitus aigus et chroniques chez les déments paralytiques ; par G. Saillant. (Paris, in-8 1905, H. Jouve, édit.)

A n'importe quelle phase de la paralysie générale, à la suite d'un ictus épileptiforme ou apoplectiforme avec élévation thermique, apparait du côté convulsé ou paralysé une *eschare fessière (decubitus acutus cérébral)*. Unilatérale, très précoce, souvent d'allure foudroyante, elle tend à creuser les téguments. Elle peut être fruste et susceptible de cicatrisation quand vient à cesser l'irritation cérébrale. Souvent elle entraine la mort rapidement ; à l'autopsie, il existe toujours un foyer d'encéphalite ou une prédominance locale inflammatoire des lésions. Au cours de la paralysie générale peut survenir une méningomyélite qui peut provoquer une *eschare sacrée médiane avec hyperthermie (décubitus acutus spinal)*. Elle envahit en surface symétriquement et très rapidement les téguments d'abord, puis la membrane sacrococcygienne. Le canal rachidien ouvert, il se produit une meningomyélite purulente. L'évolution en est terrible. Il n'y a pas de guérison. Au cours de la paralysie générale brusquement se produit une *eschare sacrée médiane avec hyperthermie* qui accompagne des névrites parenchymateuses infectieuses ; *décubitus acutus névritique*. Le pronostic en est d'ordinaire bénin. A la dernière période de la paralysie générale, par déchéance, compression, maceration des téguments dans l'urine et les fèces, se montrent des *excoriations épidermiques* qui se creusent lentement et se compliquent de suppurations secondaires circonscrites puis diffuses. C'est le *décubitus chronique ou eschares des traités classiques*. Elles peuvent à la longue entraîner la mort par extension des lésions, leur propagation au canal rachidien, par méningo-myélo-encéphalite purulente ou embolies, métastases. Elles doivent être totalement évitées ou guérir par des soins hygiéniques.

VARIA

Un nouveau Journal médical : « La Médecine Sociale ».

Tous les jours nous voyons naître de nouveaux confrères. Ils débutent par un article intitulé : *Notre Programme* ou *Notre But*. Nous leurs souhaitons beaucoup de succès et une longue vie, et ces nouveaux membres de la Presse médicale française tombent pour la plupart bientôt dans la banalité ou l'oubli. Notre confrère et ami, le Dr Paul Berthod, a cependant réussi à donner au nouveau journal qu'il vient de fonder un caractère original qui nous porte à faire pour son succès des vœux plus sincères.

Sous le nom de *Médecine Sociale*, le Dr Paul Berthod a créé un organe de critique professionnelle où avec son franc parler, bien connu, franc parler, qu'à notre époque on ne saurait trop apprécier, il signale les abus et relève les vices que le médecin rencontre un peu partout sur sa route, depuis l'Ecole de médecine jusque dans les diverses fonctions que l'Etat envahissant lui impose.

Annonçant dès les premiers numéros son journal comme une feuille de véritable polémique, le Dr Berthod a voulu qu'il en offrît l'aspect, aussi l'a-t-il imprimé comme les journaux politiques à un sou. Nous adressons tous nos vœux de prospérité à la *Médecine Sociale* et nous espérons que d'ici peu nous applaudirons aux résultats de l'œuvre qu'elle entreprend, œuvre de véritable assainissement médico-social.

Nous recevons en même temps l'annonce d'une nouvelle publication : *Le Petit Journal de Médecine de Paris* qui, paraît-il, est spécialement consacré aux Etudiants. Encore bons souhaits et longue vie à ce nouveau-né, selon la formule consacrée. J. N.

L'Ecole de psychologie.

La sixième réouverture des cours de l'Ecole de psychologie vient d'avoir lieu sous la présidence d'honneur de M. le Dr Huchard, et la présidence effective de M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. Un grand nombre de notabilités et de médecins assistaient à cette réunion. En particulier : M. Fringnet, inspecteur d'académie ; M. le Dr Saint-Yves Ménard, MM. les Drs Pan de Saint-Martin, Lux, Dubois (de Saujon), Bérillon, Paul Magnin, Paul Farez, Félix Regnault, R. Pamard, Barbier, Demonchy, Brochard, Legendre, Hahn, Salomon, Provotel, Bouet-Henry, Naville (de Genève), A. William (d'Edimbourg), de Barros-Castro (de Coïmbre), etc.

Après une allocution de M. le Dr Bérillon dans laquelle il expose le programme de l'Ecole de psychologie, et un discours de M. le Dr Jules Voisin, M. le Dr Paul Magnin, dans une leçon d'ouverture ayant pour titre *Psychothérapie et hypnotisme*, a fait la critique des systèmes si divers auxquels ont donné lieu les diverses écoles de psychothérapie. Il n'a pas eu de peine à démontrer que c'était aux travaux de Charcot qu'il fallait remonter pour trouver la base de tout ce qu'il y a de rigoureusement scientifique dans ces études. A chaque instant, on voit présenter, comme ayant un caractère de nouveauté, des doctrines et des procédés qui sont exposés tout au long dans l'œuvre de Charcot. Ces emprunts mal déguisés démontrent que l'œuvre du maître est restée intacte. La leçon du Dr Paul Magnin a eu un vif succès après de son auditoire et elle a constitué une préface éloquente au cours qu'il fera cette année sur les *paralysies hystériques*. Marcel B.

LES CONGRÈS

XVe Congrès international de Médecine

(Lisbonne, 19-26 avril 1906).

A l'occasion du Congrès internationnal de Médecice, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, la Compagnie *Orient-Pacific Line* organise une croisière sur le bateau « *Ophir* », à laquelle pourront participer les médecins français, qui se rendront à Lisbonne. Le bateau quittera Londres le 12 avril et s'arrêtera le vendredi 13 avril à 7 heures du matin à Cherbourg, où pourront s'embarquer les médecins français qui prendront part à la croisière. De Cherbourg, l'*Ophir* fera escale à Vigo, Tanger, Gibraltar et arrivera à Lisbonne le mercredi 18. Pendant la durée du Congrès, le bateau stationnera à quai à Lisbonne et les passagers continueront à y loger et à y prendre leurs repas. Le Congrès fini, l'*Ophir* quittera Lisbonne le 24 avril au soir et, après un

arrêt à Oporto, débarquera les médecins français à Cherbourg le samedi 28 à midi.

Le prix de la croisière, comprenant la nourriture à bord pendant le voyage et pendant les escales et le séjour à Lisbonne est de 370 à 900 francs, suivant la position de la cabine occupée. On peut retenir des cabines : à l'Agence Cook (1, place de l'Opéra, à Paris) ; à Marseille, chez MM. Worms, 16, place Beauvais ; à Bordeaux, chez M. Henry Danis 6, quai Louis XVIII.

Une autre Compagnie anglaise, *Travel-Bureau*, organise une autre croisière, avec départ de Liverpool et arrêt au Havre, pour embarquer les Congressistes français. Prix du billet Liverpool-Lisbonne et retour : 290 frs. Pour retenir les cabines, s'adresser à *The Travel-Bureau*, 9, B. Banks. Cookspen Street, 26, Londres.

FORMULES

VIII. — Contre la blennorrhagie chronique.

Instillations avec les liquides suivants au moyen de la seringue de Guyon et de la sonde à bout olivaire.

Protargol	1 gr. à 1 gr. 50
Huile de vaseline / Lanoline	ãã 15 gr.

4 c. cubes environ de cette solution le soir durant une semaine, puis lui substituer la semaine suivante :

Dermatol	1 gr. à 1 gr. 50
Huile de vaseline / Lanoline	ãã 15 gr.

(*Belgique Médicale*).

IX. — Contre l'anémie.

Sulfate de fer	0,09 ctgr.
Bicarbonate de soude	0,75 ctgr.
Huile de foie de morue	1,20 gr.

à mélanger et à enfermer dans une capsule de gélatine sans bulles d'air.

Faire 20 capsules.

Prendre une tous les jours au moment des trois repas.

(Nouvelles pilules de Blaud).

(*Therapeutische Monatshefte*, n° 12, 1905.)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 31 janvier.* — *M. Séjournet* : De la forme syncopale de l'avortement et de l'accouchement prématuré (MM. Pinard, Landouzy, Lepage, Labbé, Marcel). — *M. Bouchot* : Contribution à l'étude du syndrome scorbutiforme des jeunes enfants (MM. Landouzy, Pinard, Lepage, Labbé, Marcel).

Jeudi, 1er février. — *M. Tassin* : Des lésions infectieuses du rein d'ordre chirurgical (Etude diagnostique) (MM. Guyon, Berger, Budin, Demelin). — *M. Couetoux* : Contribution à l'étude du développement et de la structure des épulis sarcomateuses (MM. Berger, Guyon, Budin, Demelin). — *M. Benoist* : Des rapports entre l'embryon et le placenta dans l'avortement (MM. Budin, Guyon, Berger, Demelin). — *M. Lecoq* : Contribution à l'étude des empoisonnements par les gâteaux à la crème (MM. Brouardel, Pouchet, Guiart, Richaud). — *M. Besnier* : Intoxication par le gaz d'éclairage à doses massives et à doses réduites, étude expérimentale, observations cliniques, applications à l'hygiène (MM. Brouardel, Pouchet, Guiart, Richaud). — *M. Legras* : Contribution à l'étude physiologique et chimique du bornéol et des éthers du bornéol (MM. Pouchet, Brouardel, Guiard, Richaud). — *M. Ledroit* Les inégalités pupillaires dans les pleurésies avec épanchement (MM. Dieulafoy, Chantemesse, Renon, Bezançon). — *M. Fagart* : Contribution à l'étude de la pression artérielle dans les pleurésies sérofibrineuses tuberculeuses (MM. Chantemesse, Dieulafoy, Benon, Bezançon).

Examens de doctorat. — *Lundi, 29 janvier.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Brissaud, Legry, Macaigne.

Mardi, 30 janvier. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Berger, Faure, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Dupré, Carnot.

Mercredi, 31 février. — Médecine opératoire, (Ecole pratique) : MM. Terrier, Legueu, Cunéo. — 2e (Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Broca (André), Branca. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Charcot). MM. Kirmisson, Retterer, Wallich. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Segond, Potocki, Pierre Duval. — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Balthazard, Macaigne.

Jeudi, 1er février. — 3e (2e partie) Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Cornil, Méry, Maillard. — 2e (Salle Richet) : MM. Gley, Launois, Desgrez. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Broussais) : MM. Pozzi, Bar, Marion. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Béclard) : MM. Poirier, Faure, Brindeau.

Vendredi, 2 février. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série Necker) : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Reclus, Pierre Duval, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 3 février. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Desgrez, Guiart. — 3e (1re partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Berger, Bonnaire, Launois. — 4e (Salle Charcot) : MM. Gilbert, Dupré, Méry. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

THÉRAPEUTIQUE

Propriétés thérapeutiques de l'Hélénine.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 31 décembre 1905 au samedi 6 Janvier 1906, les naissances ont été au nombre de 997, se décomposant ainsi : légitimes 736, illégitimes 261.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 961, savoir : 528 hommes et 441 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 21. Scarlatine : 0. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 167. — Tuberculose des méninges : 24. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 63. — Maladies organiques du cœur : 92. — Bronchite aiguë : 12. — Bronchite chronique : 22. Pneumonie : 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire 107. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 14 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1.— Hernies, obstruction intestinale 9. — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 36. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 33. — Débilité sénile : 32. — Morts violentes : 26. — Suicides : 9. — Autres maladies : 117. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : légitimes 56, illégitimes 22.

Légion d'honneur. — Sont nommés sur la proposition de *ministre de l'Intérieur* : *Commandeur* : M. le Dr Peyrot, de l'Académie de médecine, sénateur. *Officier* : M. le Dr Josias, médecin des hôpitaux de Paris. *Chevaliers* : M. le Dr Coudray et M. le Dr Tollemer, de Paris.

Sur la proposition du *Ministre de la Marine* : *Chevaliers* : M. le Dr Mosny, médecin des hôpitaux de Paris, auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France ; M. le Dr Brunschwig, médecin oculiste de la Marine au Havre.

Service de santé militaire. — A la suite du concours ouvert le 15 décembre 1905 pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école du service de santé militaire, ont été nommés au dit emploi par décision du 17 janvier 1906 : MM. Barthès (Louis-Charles), Vincent (Lucien-Elie-Armand), Wickersheimer (Charles-Adolphe-Ernest), Homolle (René-Marie-Eugène).— Ces médecins stagiaires devront se présenter le 22 janvier prochain à M. le

médecin inspecteur, directeur de l'école d'application du Val-de-Grâce, et entreront en solde à cette date.

Assitance publique : Récompenses. — *Médaille de bronze* : M. le Dr Sandras, chef de service à l'hôpital civil d'Oran ; Dr Mondot, chirurgien au même hopital ; M. le Dr Brégeat, médecin des enfants assistés à Oran.

Hommage au Dr Ch. Monod. — Les élèves, les collègues et les amis du D Charles Monod ont l'intention de lui offrir, à l'occasion de sa retraite de chirurgien des hôpitaux, une médaille commémorative, dont l'exécution a été confiée à M. Charpentier. M. le professeur Guyon a bien voulu, dès à présent, accepter la présidence de la cérémonie qui, suivant le désir exprimé par M. Monod, aura un caractère de très grande simplicité. Aussi n'avons-nous pas constitué de Comité pour centraliser les souscriptions ; celles-ci devront être adressées avant le 28 février à *M. P. Masson, éditeur 120, boulevard Saint-Germain, à Paris*. Le chiffre des souscriptions n'est pas limité. Tout souscripteur d'au moins 25 francs recevra un exemplaire en bronze de la médaille. Il n'a pas été possible d'offrir ce souvenir à M. Monod quand il a quitté l'hôpital Saint-Antoine, la médaille lui sera remise ultérieurement, et la date sera indiquée en temps utile, pour permettre à tous ceux qui veulent donner à M. Monod ce témoignage d'affection, de s'associer à cette manifestation.

Hommage au Professeur Zaccarelli. — Au cours de l'année 1906, sera célébré le jubilé de l'enseignement de l'antropologie criminelle par le célèbre professeur Angelo Zuccarelli. A cette fête, qui sera celle de la science et de la civilisation, un comité se propose d'offrir au distingué professeur un recueil d'autographes des spécialistes qui se sont intéressés à ces études, et un médaillon en marbre, œuvre remarquable du sculpteur professeur G. Lettieri. Le Comité d'honneur comprend : MM. Léonardo Bianchi, Enrico Ferri, Jull Morel, Giuseppe Sergi, Cesare Lombroso, Raffaele Garofalo et Moritz Benedikt. On est prié d'envoyer adhésion et cotisations à M. Umberto Fiore, à Naples, via Pontecorvo n° 35.

Avis important aux nouveaux docteurs. — Se méfier des postes offerts. — Tout médecin sollicité de venir s'établir à Louviers est prévenu qu'il n'y est appelé que pour entrer en guerre à l'occasion d'une demande de relèvement de tarifs pour les sociétés de secours mutuels avec tous les médecins, sans exception, de l'arrondissement groupés en syndicat. Le corps médical à Louviers et aux environs est déjà encombré, et le confrère qui pourrait être appelé fera bien, dans son intérêt, de se renseigner soit près du Président du Syndicat de Louviers, soit près du Président de l'Association des médecins de l'Eure.

Conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris. — Par décret sont nommés pour une nouvelle période les membres sortants du conseil de surveillance de l'Assistance publique : MM. Chausse, Fribourg, Patenne, Rébeillard, conseillers municipaux ; Hester, secrétaire de la chambre du commerce ; Bompard, ancien député, conseiller de préfecture de la Seine ; Bernheim, docteur en droit ; Brouardel, ancien doyen de la faculté de médecine ; Goudchaux, président de la Société des forges et aciéries du Nord et de l'Est. En outre sont nommés comme membres nouveaux : MM. le docteur Bonnaire, médecin accoucheur des hôpitaux, en remplacement du docteur Porak, membre sortant ; Herbet, avocat, maire du VIe arrondissement, en remplacement de M. Beurdeley, décédé.

La rage en Bretagne. — Onze paysans de Lamilis et de Landéla, mordus par des chiens enragés, ont été envoyés à l'Institut Pasteur.

Centenaire. — A l'infirmerie protestante de la rue du Platane, à Marseille, vient de mourir Mlle Thérèse Gieg, née le 21 septembre 1803, âgée par conséquent de 103 ans.

Revision du procès Boisleux de La Jarrige. — Le *Journal* du 21 janvier annonce que la chambre criminelle de la Cour de cassation doit s'occuper de la demande en revision formée par le docteur de La Jarrige contre l'arrêt de la Cour d'assises de la Seine qui l'avait condamné, lui et son coaccusé, le docteur Boisleux, dans les circonstances que l'on sait.

Muséum d'histoire naturelle. — *Enseignement colonial. — Programme pour 1906. — Conférences sur l'Indo-Chine française.* – Les conférences ont lieu à 2 heures de l'après-midi, les mardi et jeudi, dans l'Amphithéâtre de la nouvelle galerie d'Anatomie comparée. Entrée directe par la porte de la place Valhubert. 9 janvier. Le Muséum et les colonies en 1905, M. Ed. Perrier.— 11 janvier. Géographie et ethnographie générales de la presqu'île Indo-Chinoise, M. Hamy. — 16 janvier. Le riz en Indo-Chine, M. Costantin. — 18 janvier. Notions de géologie pour les voyageurs naturalistes. (Formations cristallines.) M. St. Meunier. — 23 janvier. Le quinquina en Extrême-Orient, Costantin. — 25 janvier. Anthropologie de l'Indo-Chine. (Les sauvages Khas, Moïs, Penongs.) M. Hamy. — 30 janvier. Notions de paléontologie pour les voyageurs naturalistes, M. A. Thévenin.— 1er février. Notions de géologie pour les voyageurs naturalistes. (Formations stratifiées) St.-Meunier. — 6 février. Cyclones et typhons, M. R. Berget. Chargé de conférences à la Sorbonne. — 8 février. Anthropologie de l'Indo-Chine, M. Hamy. — 13 février. Myriapodes, arachnides et crustacés, M. Bouvier. — 15 février. Insectes de l'Indo-Chine, M. P. Lesne. — 20 février. Insectes nuisibles au riz, M. J. Kunckel d'Herculais. — 22 février. Anthropologie de l'Indo-Chine. (Les Tsiamps et les Tsiams) M. Hamy. — 27 février. Recherches sur les minéraux en Indo-Chine, M. P. Gaubert. — 1er mars. Les mammifères de l'Indo-Chine, M. Ménégaux. — 6 mars. Les caoutchoucs en Indo-Chine, M. le Dr Dubard. — 8 mars. Anthropologie de l'Indo-Chine. (Laotiens et Siamois), M. Hamy. — 13 mars. La minéralogie de l'Indo-Chine, M. De Romeu. — 15 mars. Algues fixées, algues flottantes, leur importance, M. Mangin. — 20 mars. Les grandes cultures de l'Indo-Chine, M. Capus, directeur général de l'agriculture en Indo-Chine.— 22 mars. Anthropologie de l'Indo-Chine. (Annamites et Chinois), M. Hamy. — 27 mars. Les mollusques producteurs de nacre en Indo-Chine, M. Seurat. — 29 mars. Notions pour la recherche des animaux invertébrés en Indo-Chine, M. Joubin. — 3 avril. La forêt en Indo-Chine, M. Capus, — 5 avril. Les oiseaux de l'Indo-Chine, M. Ménégaux. — 10 avril. Les moteurs

animés aux colonies, M. le Commandant Annet. — 26 avril. Etat de nos connaissances sur la flore de la Cochinchine, M. H. Hua. 1er mai. Chimie végétale indo-chinoise. (Plantes textiles alimentaires), L. Bourgeois. — 3 mai. Les Bovins de l'Indo-Chine, P. Dechambre, professeur de Zootechnie à l'école nationale de Grignon. — 10 mai. La Ramie, Henri Lecomte, professeur aux lycées Saint-Louis et Henri-IV. — 15 mai. Chimie végétale indo-chinoise. (Plantes tinctoriales et médicinales), L. Bourgeois. — 22 mai. L'envenimation et son traitement, principalement dans les colonies indo-chinoises, Dr Achalme, directeur du laboratoire colonial. — 22 mai. Maladies de l'Indo-Chine, principalement les maladies qui se transmettent par l'eau, Dr Clairac, directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales. — 29 mai. Maladies de l'Indo-Chine, principalement les maladies qui se transmettent par l'eau (*suite*), Dr Clarac, directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales. — 31 mai. Plantes alimentaires de l'Indo-Chine (légumes et fruits), Bois.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques* gratuites pour les enfants atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Clinique d'accouchement Tarnier. — Professeur Pr Budin. — Tous les mardis à 9 heures : *Leçons de clinique obstétricale.* Tous les samedis à 9 heures, *Leçons sur l'allaitement et l'hygiène du nourrisson.*

Hopital de la Charité. — *Leçons de clinique obstétricale.* — M. le Dr Maygrier (amphithéâtre Potain), le jeudi à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique mentale et nerveuse). —M. le Dr J. Voisin, le jeudi à 10 heures.

Hopital Laennec. — M. le Dr E. Barié : *Leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur*, le mercredi à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Enfant, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef, MM. Henri Rollet et Jacques Teutsch, 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE
EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes

Bourneville : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc.
Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Avis à nos lecteurs.

Nous nous faisons un plaisir d'aviser nos nombreux lecteurs qu'ils pourront compléter leur bibliothèque à bon compte. Une très importante bibliothèque est actuellement à vendre. On nous annonce en effet que l'Institut de Bibliographie, *93, Boulevard Saint-Germain, à Paris*, qui font fondé il y a près de quinze ans par le D M. Baudoin met en vente ses nombreuses collections d'ouvrages médicaux et scientifiques. La bibliothèque de l'Institut de Bibliographie contient près de 30.000 volumes, environ 8.000 thèses de Paris, la Province et l'Etranger et plus de 1.200 revues ou périodiques français ou étrangers. Tous les principaux auteurs français, allemands, anglais, italiens, espagnols, etc, etc, y sont représentés ; toutes les principales revues et le plus grand nombre des périodiques médicaux français et étrangers y sont catalogués. On y trouve même quantité d'ouvrages et travaux épuisés en librairie et qu'il est très difficile de trouver ailleurs.

Avant d'acheter un livre, une brochure, une thèse, ou de compléter leurs collections, nous engageons tous nos confrères et amis lecteurs à s'adresser *au Liquidateur de l'Institut de Bibliographie*, 93, Boulevard Saint-Germain, à Paris.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 5 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 3 FÉVRIER 1906

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Phelgmon sus-hyoïdien médian consécutif à la discision amygdalienne (1) ;

Par le Dr **DUBAR**, de Paris.
Laryngologiste du Dispensaire de la Maison-Blanche.

A la Clinique, le 16 avril 1903, se présente une femme âgée de 54 ans, ancienne marchande des quatre-saisons, retirée des affaires, recommandée par son médecin, le docteur Thoumas, qui me prie d'examiner le pharynx et ses dépendances.

Dans son passé, rien de spécial. D'une santé robuste d'un embonpoint sérieux, le teint couperosé, une voix rauque qui ne manque pas de trahir son origine professionnelle, elle se rappelle avoir beaucoup et fréquemment souffert de la gorge dans son enfance. Depuis l'âge de 20 ans, ses tourments ont disparu, mais depuis trois ans, elle a fait trois abcès dans la gorge. L'ouverture s'est faite spontanément, après des souffrances pénibles, et d'une durée de cinq à huit jours.

Il y a trois semaines elle a été reprise d'un nouveau mal de gorge qui a été une simple poussée inflammatoire n'ayant pas abouti à la suppuration.

A l'examen, on constate une rougeur diffuse de tout l'isthme pharyngien.

L'amygdale droite est hypertrophiée, cryptique ; il existe à la partie antérieure un replis de His très développé, et l'exploration des cryptes permet d'extraire des masses caséeuses très fétides.

L'amygdale gauche est volumineuse, cryptique, infectée également.

L'amygdale linguale participe à l'hypertrophie et à la rougeur diffuse.

L'amygdale pharyngée est mamelonnée, recouvertes de mucosités.

Le larynx présente deux cordes vocales à surface rugueuse, dépolie, notablement épaisses, faisant immédiatement songer aux « p'tits pois, p'tits pois » et aux « belles poires » lancés à « toute corde » selon les saisons.

Les fosses nasales sont libres et la respiration se fait facilement, bien qu'il existe un éperon qui obstrue la fosse nasale gauche dans sa portion inférieure.

Je propose la discision des amygdales, qui est acceptée, et après avoir réalisé, au préalable, l'asepsie naso-bucco-pharyngienne par des gargarismes, des bains de bouche et des applications de pommade dans les fosses nasales, je pratique la première séance de morcellement à droite, après quelques attouchements avec une solution de cocaïne à 10 %.

Aucune hémorragie ne se produit ni pendant l'opération, ni secondairement. Les soins précédemment indiqués sont continués scrupuleusement et régulièrement, dit la malade.

Après quatre séances, dont deux pour chaque amygdale, les résultats sont satisfaisants.

— Après la dernière séance — pratiquée à droite et pendant laquelle de nombreux dépôts caséeux sont exprimés par la pince à morcellement — la loge amygdalienne droite est complètement curetée.

Le 1er mai au soir, le jour même de la dernière intervention, se produit une ascension thermique, la malade est altérée, les lèvres sèches, le cou devient douloureux au palper, la bouche s'ouvre difficilement le thermomètre marque 38°. Abattement, céphalée, nuit agitée, pas de sommeil.

Le 2 au matin, on constate que la cavité buccale est remplie de mucosités ; adhérentes la bouche s'ouvre plus difficilement encore, la plaie amygdalienne a cependant un aspect normal ; il existe une petite surface grisâtre, normalement observée, le cou est douloureux, augmenté de volume ; les ganglions angulo-maxillaires sont à peine sensibles à l'exploration digitale et n'ont pas augmenté de volume.

Température le soir, 38°2 : régime lacté.

Le 3, l'état de la cavité buccale reste le même ; le cou devient volumineux ; la région sous-maxillaire n'est pas douloureuse, mais la région médiane est très sensible. Il existe un point douloureux au niveau de la ligne médiane, l'empâtement à ce niveau est profond et il est impossible de reconnaître exactement les détails anatomiques de la région. Des pansements humides sont appliqués sur la région maxillo-hyoïdienne.

Le 4, même état, et le 5 l'examen fait percevoir les signes d'une collection sus-hyoïdienne.

Une incision est pratiquée sur la ligne médiane

(1) Communication faite à la Société de Médecine.

descendant de la pointe du menton au-devant du larynx et longue de six centimètres. On pénètre dans une collection abondante de pus qu'on peut évaluer à un verre ordinaire. L'exploration à la sonde cannelée montre qu'il y a des décollements profonds et lointains s'étendant à droite et à gauche, latéralement.

Le 20 mai, la malade était complètement guérie ; les pansements ont été très simplement appliqués, selon les règles de la clinique générale. Pansements humides et drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Il s'agit donc ici d'un phlegmon localisé de la région sus-hyoïdienne et siégeant sur la ligne médiane, consécutif à la discision des amygdales.

C'est là, nous semble-t-il, un fait assez curieux tant au point de vue étiologique qu'au point de vue anatomique et clinique.

Au point de vue *étiologique*, l'origine d'une collection suppurée, survenant à la suite d'une intervention radicale faite dans les conditions d'asepsie et d'antisepsie voulues et observées, est des plus rares à notre connaissance et il ne nous a jamais été donné de l'observer.

Autant est fréquente la réaction ganglionnaire sous-maxillaire, autant est rare la formation d'un véritable abcès dans les interventions de cette nature.

Au point de vue *anatomique*, nous savons tous que l'ensemble des formations du tissu adénoïde constitue à l'entrée des voies digestives et respiratoires une première ligne de défense contre l'invasion microbienne. Ce cercle, c'est l'anneau de Waldeyer, qui est doublé par un autre cercle ganglionnaire tributaire du réseau lymphatique-pharyngien et distribué de telle façon que les ganglions intra-pharyngiens de Gillette relèvent des lymphatiques intra-pharyngiens ; les ganglions sous-angulo-maxillaires de Chassaignac relèvent des amygdales palatines et les ganglions sous-maxillaires médians des autres régions du pharynx et en particulier de l'amygdale linguale.

La localisation de l'abcès dans la région sus-hyoïdienne ne peut donc s'expliquer que par la puissance des anastomoses.

Au point de vue *clinique*, la formation de cet abcès peut s'expliquer par la mise en liberté des microbes ou de leurs toxines contenues dans les cryptes infectées et arrêtés dans leur passage à travers la deuxième ligne de défense représentée par les ganglions dont la fonction phagocytaire n'a pu triompher de l'infection.

La destruction d'un foyer de suppuration non isolé, non fermé — comme c'est le cas dans les amygdalites chroniques — expose l'organisme à ces accidents et l'on peut s'étonner qu'ils se produisent avec tant de rareté.

Un four crématoire a Dijon. — Le conseil municipal de Dijon, au cours de sa dernière séance, a voté une somme de 60.000 francs pour la construction et l'installation d'un four crématoire dans le cimetière de la ville, appelé cimetière des Péjoces. C'est le quatrième appareil d'incinération que l'on trouvera en province : déjà Rouen et Reims en possèdent chacun un en fonctionnement et l'on en construit un à Marseille. Le fonctionnement de l'appareil d'incinération du cimetière du Père-Lachaise, à Paris, dans lequel quatre-vingt mille corps ont déjà été incinérés, a permis d'étudier les installations de ce genre avec tout le soin voulu.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'iode et des iodiques

(*Au sujet de la communication sur les iodiques faite à l'Académie de médecine par le Prof.* Pouchet.)

Par le Dr M. Nigoul,

Médecin en chef du Dispensaire de la Préfecture de la Seine.

Ayant publié déjà dans le *Progrès médical* (n° 46, 1905) une étude clinique complète du vasogène iodé, la communication que M. le Professeur Pouchet a faite dernièrement sur les iodiques à l'Académie de Médecine (1) nous a particulièrement intéressé. C'est en quelque sorte le résumé et les conclusions de son propre cours professé pendant le semestre d'hiver 1904-05 à la Faculté de Paris (2).

L'étude pharmacologique de ces remèdes si usités en médecine, est renfermée dans ses leçons éditées par O. Doin, et le praticien même peut y trouver d'utiles renseignements.

Entre l'iode naturel, les iodures, les composés organiques iodés et les substances albuminoïdes iodées naturelles telles que l'iodothyrine, M. Pouchet prend parti : il préfère les iodures et parmi eux l'iodure de potassium. Le professeur expose sa manière de voir sur le mécanisme de l'action médicamenteuse des iodiques. Pour qu'ils puissent agir d'une façon énergique sur l'économie, ils doivent, dit-il, « solliciter l'intervention des humeurs par une sorte d'ébranlement, de mise en train due à la double décomposition que ces sels doivent subir après leur absorption ». Ce serait en impressionnant le protoplasma cellulaire par ces actes chimiques intérieurs que les iodiques auraient leur véritable action. Or, l'iodure de potassium en particulier est l'objet de cette double décomposition : il se transforme d'abord en iodure de sodium organique, et celui-ci se décompose ensuite en mettant de l'iode en liberté.

La supériorité thérapeutique des iodures minéraux résiderait donc et avant tout dans ce fait que l'ébranlement moléculaire et *l'activité vitale* des cellules sont rendus plus puissants grâce à eux, tandis que les préparations organiques sont moins diffusibles et favorisent dès lors beaucoup moins la pénétration intime de l'économie par l'iode. On avait pensé cependant, en administrant ces composés organiques artificiels, éviter les inconvénients de l'iodure sur l'estomac et l'état général. Mais M. Pouchet distingue à ce point de vue entre les composés organiques renfermant une grande quantité d'iode, et ceux plus nombreux qui en contiennent une faible proportion. Or les premiers possèdent les inconvénients de l'iodure métallique. Dans toutes les expériences, en effet, la sensibilité du sujet envers l'iode a été presque identiquement la même à *dose égale d'iode* pour toutes les préparations organiques et minérales. Dans le second cas, au contraire il y aura moins à craindre l'iodisme parce que ces préparations résistent beaucoup moins aux influences décomposantes de l'organisme et c'est précisément parce que ces dernières combinaisons organiques ont une décomposition lente et progressive, que nous pouvons par elles soumettre les malades à une action de l'iode uniforme et plus persistante.

Ainsi donc, voilà en présence les iodures alcalins et les composés organiques artificiels. Les premiers ayant une action curative plus énergique parce qu'ils portent au plus haut point l'activité moléculaire des cellules, grâce aux diverses transformations qu'ils subissent. Les seconds moins énergiques peut-être, mais permettant une action uniforme plus persistante de l'iode et pouvant éloigner les possibilités d'iodisme.

Eh bien ! il existe dans la thérapeutique actuelle un iodique particulier qui n'entre pas dans le groupe des io-

(1) Séance du 26 décembre 1905.
(2) Voir *l'iode et les iodiques*, Doin, éditeur Paris, 1906.

dures minéraux, qui n'est pas non plus un composé organique artificiel et qui cependant réunit les avantages et les qualités de l'une et de l'autre de ces préparations. Ce corps est l'iodosol. Il est constitué par une solution de 6 gr. d'iode métallique dans 100 gr. de vasogène, hydrocarbure oxygéné.

Je dis qu'il est aussi actif que l'iodure ordinaire, et en effet si l'on envisage le mécanisme des transformations subies par l'iodure et qui lui donnent, d'après Pouchet, toute sa puissance, on remarque que ce mécanisme est le même pour l'iode du vasogène.

L'iodure de potassium arrivé dans l'économie produit aussitôt (1re transformation) un iodure de sodium organique, puis (2e transformation) cet iodure dégage de l'iode et il se forme des iodalbuminates organiques qui circulent et vont imprégner les éléments anatomiques ; alors commence l'action physiologique de l'iode.

L'iode du vasogène forme lui aussi dès sa pénétration dans l'économie un iodure de sodium organique (1re transformation) et à son tour, cet iodure abandonne son iode en formant (2e transformation) un iodalbuminate organique circulant et imprégnant les tissus. Il n'y a comme différence entre les deux mécanismes que la mise en liberté du potassium dans un cas et son absence dans l'autre. Or l'action du potassium peut parfois être dangereuse et « peut même effacer complètement celle de l'iode » (Pouchet). Ainsi donc, des deux parts, même double décomposition et par conséquent mêmes effets dynamiques sur les cellules vivantes, même excitation de leur pouvoir chimiotactique. Et je dis encore que l'Iodosol n'offre pas plus les dangers d'iodisme que les préparations organiques artificielles. Nous ferons remarquer d'abord qu'avec sa teneur en iode de 6 %, l'iodosol ne saurait être comparé à la première catégorie des composés organiques très chargés en iode, mais, bien au contraire, qu'il se rapproche de la deuxième catégorie, c'est-à-dire des préparations organiques habituellement employées en médecine et qui renferment une quantité peu élevée d'iode minéral. Or celles-ci ne déterminent pas d'iodisme. De plus, il est permis d'admettre que la combinaison de l'iode libre du vasogène avec les liquides organiques, produit un composé d'iodure de sodium organique naturel, moins toxique que les produits organiques artificiels introduits dans l'économie.

Nous connaissons, en outre, l'importance du mode d'introduction du remède au point de vue de sa toxicité et souvent l'état des voies digestives permet la production de manifestations toxiques, que l'on ne voit pas se réaliser en administrant une égale dose du même composé par la voie cutanée. Or c'est précisément le cas de l'iodosol qui, employé en frictions cutanées, sans jamais déterminer d'inflammation locale abandonne librement son iode métallique qui va aussitôt entrer en combinaisons organiques et sans nocivité Ainsi, au point de vue de l'action pharmacodynamique, l'iodosol se rapproche des iodures alcalins préférés par Pouchet et il se place au-dessus des composés organiques artificiels. Ceux-ci, en effet, voulant livrer à l'économie une préparation organique déjà faite, calquée sur les propres réactions de l'organisme, espèrent la rendre ainsi facilement tolérable, mais ils ne remarquent pas qu'ils évitent dans une certaine mesure ces réactions de double décomposition absolument utiles et qui représentent par leur excitation cellulaire le mode d'action le plus énergique du médicament. Et au point de vue de l'action toxique, l'iodosol est au moins égal aux combinaisons organiques puisqu'il abandonne comme elles, petit à petit, son iode au fur et à mesure des besoins de l'économie et que, de plus, il est passible de la médication externe.

La clinique, d'ailleurs, nous prouve la vérité de ces assertions. Car aussi bien que l'iodure ordinaire, le vasogène iodé nous a donné de bons résultats dans les *cardiopathies, les affections vasculaires, l'artério-sclérose, l'emphysème, les adénites strumeuses, etc...* La pression vasculaire subit un abaissement appréciable surtout dans *l'artériosclérose et les hypertrophies cardiaques.* La respiration de l'asthmatique devient plus aisée, les expectorations se fluidifient. Dans la syphilis, l'iodosol est pratiquement supérieur aux autres iodiques parce qu'il permet d'éviter la voie stomacale s'il y a lieu, et de faire absorber l'iode par des frictions cutanées absolument indolores et sans danger pour l'épiderme.

Il était à notre avis, nécessaire d'attirer l'attention sur ce fait très intéressant, qu'il existe dans la thérapeutique un corps iodé tout aussi puissant que les iodures, tout aussi tolérable, sinon plus, que les préparations organiques artificielles, et que cependant l'iodosol n'est ni l'un ni l'autre de ces médicaments. En d'autres termes le vasogène iodé nous offre les qualités de l'iodure sans en avoir les inconvénients.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Chirurgien d'hôpital et Commission administrative hospitalière.

Dans les hôpitaux de petite ville, les chirurgiens ne peuvent guère être nommés au concours ; ils sont le plus souvent choisis par la commission administrative hospitalière de la localité. Il semble au premier abord que ce choix doit avoir pour conséquence des relations amicales entre médecins et administrateurs. Il n'en est pas toujours ainsi. Un facteur dissolvant survient, la politique. Et cette terrible politique est souvent exploitée par des confrères envieux qui attendent trop impatiemment la succession modeste du médecin de l'hôpital. On entre alors dans l'ère des tracasseries administratives. Ces tracasseries furent de tous les temps et de tous les régimes.

Nos pères républicains en furent victimes sous l'Empire et l'Ordre Moral ; plusieurs de nos confrères, praticiens consciencieux, bien que conservateurs, ont souffert de nos jours du zèle intransigeant de commissions se croyant vraiment républicaines, car les mots changent de sens avec les circonstances et les gens. Tout ceci est profondément regrettable ; le rôle des Commissions hospitalières devrait être de bien administrer les hôpitaux et hospices et non de tracasser leurs médecins en s'ingérant dans leur pratique avec une incompétence parfois dangereuse et toujours ridicule. En voici un récent exemple :

Dans une ville qui n'est pas fort éloignée de Paris existe un hôpital. Un médecin en chef et un chirurgien en chef, assistés d'un médecin-adjoint, en assurent le service.

Un indigent tuberculeux atteint d'appendicite entra à cet hôpital pour se faire soigner. Une intervention fut décidée. Le chirurgien la pratiqua assisté du médecin-adjoint et d'un autre confrère. Le cas était complexe, de nombreuses adhérences, la gangrène du cæcum rendirent l'opération fort laborieuse et le malade quelques jours après succomba. Tout ceci est bien banal, pareils faits malheureux se répètent chaque jour, même dans les meilleurs hôpitaux parisiens; néanmoins cet insuccès opératoire eut un épilogue. Un délateur (on en trouve actuellement de tous côtés) pourvu d'une conscience timorée au point d'avoir tenu à garder l'anonyme, adressa une dénonciation à la commission administrative, imputant cette mort à

l'audace imprudente de l'opérateur. Heureux de pouvoir jouer un tour au chirurgien dont le seul tort était, croyons-nous, d'être d'une nuance politique plus foncée, nos bons administrateurs prirent aussitôt la délibération suivante, sans s'inquiéter de sa portée :

L'an 1905, le .... décembre, à 9 heures du matin, la commission administrative de l'Hospice civil de .... s'est réunie au lieu ordinaire de ses séances sous la présidence de M. X., maire,

Etaient présents : MM. X. président, A. B. C. D. E., administrateurs. Comme suite à une remarque faite par M. le président, remarque motivée *par une plainte* à lui adressée au sujet d'une opération dernièrement faite, la commission décide que :

Dans les opérations chirurgicales présentant une certaine gravité, M. le chirurgien et M. le médecin-adjoint devront se mettre préalablement d'accord sur la nécessité de l'opération. En cas de désaccord, ils devront prendre l'avis de M. le médecin chef de l'hôpital, qui les départagera, ou de tout autre médecin de la ville, même étranger à l'hôpital, etc.

Evidemment, les administrateurs n'ont pas réfléchi que la plupart des « *opérations chirurgicales présentant une certaine gravité* » dans une petite ville assez proche de Paris, sont des interventions d'urgence ; que dans ces cas le chirurgien a besoin de toute son indépendance et de toute son autorité ; qu'il est quelque peu ridicule d'imposer pour une opération à un chirurgien en chef la permission de son assistant ; que ce dernier, fût-il éclairé par toutes les lumières du Saint-Esprit, peut se tromper, différer d'avis avec le chirurgien et qu'en attendant le troisième consultant pour départager les confrères, le malade a le temps de mourir.

Nous nous permettrons, en outre, de faire remarquer dans quelle posture dangereuse va se trouver la Commission administrative s'il survient au chirurgien un accident mettant en jeu sa responsabilité civile. Jusqu'alors les tribunaux ont été unanimes à ne pas admettre la responsabilité des administrations hospitalières quand il survient un accident dont la cause peut être imputée au chirurgien de l'hôpital,

Si les commissions hospitalières se mêlent de dicter aux médecins et surtout aux chirurgiens leur conduite professionnelle, si elles veulent les guider dans leurs décisions, elles acceptent de ce fait une part de responsabilité en cas d'accident. Le chirurgien n'agit pas librement, il devient un employé placé sous la tutelle de la Commission administrative. Nul doute qu'en prenant à la hâte une pareille délibération, cette commission n'a pas réfléchi aux dangers qu'elle fait courir aux malades et à la responsabilité que, bien inconsciemment, elle assume.

J. NOIR.

La définition de l'Exercice illégal de la médecine.

A propos des poursuites intentées contre un spirite guérisseur qui traitait toutes les maladies par des évocations et des impositions de mains, le journal *Le Matin* dit :

« Le cas du guérisseur spirite a soulevé un point de droit intéressant : M. P., n'ayant jamais prescrit aux malades le moindre remède, et s'étant borné à faire des passes et à évoquer des esprits, l'inculpation d'exercice illégal de la médecine pourra-t-elle être retenue ? Au Palais, les avis sont des plus partagés. »

Nous ne croyons pas les avis partagés, car ce point de droit a été définitivement fixé par la chambre criminelle de la cour de cassation dans l'audience du 29 décembre 1900. Il s'agissait d'un pourvoi en cassation contre un arrêt de la Cour d'Angers acquittant un magnétiseur poursuivi par le syndicat médical d'Angers pour exercice illégal de la médecine. L'Union des syndicats médicaux de France soutenait le Syndicat des médecins d'Angers désirant obtenir la solution définitive de ce point de droit. La Cour de cassation, considérant les passes magnétiques comme agents thérapeutiques, cassa l'arrêt de la Cour d'appel d'Angers et renvoya le magnétiseur poursuivi devant la Cour de Rennes, où il fut condamné par un arrêt rendu le 5 mars 1901.

J. NOIR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 janvier 1906.

Sur l'acide glycuronique dans les globules et dans le sérum du sang.

MM. R. LÉPINE et BOULARD ont montré antérieurement que dans le sang du chien à l'état normal, les conjugaisons de l'acide glycuronique, qui deviennent réductrices seulement après le chauffage de l'extrait de sang, en présence d'un acide, sont localisées dans les globules, de sorte qu'on en trouve une proportion assez faible, parfois même nulle, dans le plasma (et le sérum). Il en est de même dans un grand nombre de conditions plus ou moins pathologiques, soit chez le chien, soit chez l'homme, où elles peuvent atteindre, dans les globules 25 0/0 de matières sucrées.

Exceptionnellement, l'acide glycuronique paraît faire défaut dans les globules : c'est quand, pendant la durée de la centrifugation, il est détruit par glycolyse, ce qui prouve que certaines conjugaisons de cet acide sont plus facilement glycolisées que le glucose.

D'autre part pendant la centrifugation, il peut se produire de l'acide glycosurique, et la quantité produite est, dans dans certains cas, très supérieure à celle qui est détruite par la glycolyse.

Ainsi, les chiffres d'acide glycuronique *trouvés* par le dosage des matières sucrées, soit dans le sérum, soit surtout dans les globules, ne peuvent être acceptés qu'après une sévère critique des conditions de l'expérience, puisqu'ils sont presque toujours faussés, soit par une destruction, soit par une production de cet acide, *consécutives* à la sortie du sang du vaisseau. Outre ces deux causes perturbatrices, il faut aussi tenir compte de la présence d'une certaine quantité de sérum dans la couche globulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 janvier 1906.

Hémolyse et cholémie expérimentale chez le chien.

M. FROIN a réalisé une destruction lente des hématies et des leucocytes dans le système vasculaire du chien en lui injectant du sérum hémolytique du lapin.

In vitro, l'expérience, avait été faite qui consistait à détruire parallèlement au moyen de sérum hémolytique du lapin des hématies, des leucocytes. Dans l'organisme du chien, l'action a varié un peu ; le chiffre des hématies détruites en 48 heures est deux fois moindre que celui des leucocytes. Et au bout de

ce temps, l'action toxique étant diminuée, il y a hyperleucocytose sans hyperglobulie.

Ces variations des leucocytes ne dépendent pas de l'action toxique du sérum, et résultent de la désintégration de la globuline, car des milliers de milliards d'hématies sont suspendues dans le sang.

Avec la globulolyse intra-vasculaire, il y a hémoglobinolyse et cholémie avec cholurie : le pigment biliaire est très abondant, surtout au début de l'hémolyse.

Liquide d'hydatides d'aspect séreux avec éosinophilie du dépôt.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Par suite de traumatisme des parois du parasite, le sang peut s'épancher dans les kystes hydatiques ; il en résulte des phénomènes d'hématolyse, le liquide doit alors sa teinte jaunâtre à la présence d'hémoglobine ou de pigment biliaire : le dépôt contient des hématies déformées, des crochets, des germes echinococciques, des granulations diverses ; des corpuscules calcaires, des éosinophiles qui abondent dans l'adventice.

Dans un cas de kyste hydatique du triangle de Scarpa, où l'on avait pensé à un lympho-adénocèle ; dans un kyste de la face convexe du foie, une deuxième ponction ramena un liquide jaune clair, rappelant le liquide de la pleurésie.

Nature graisseuse de l'opalescence du sérum sanguin.

MM. Gilbert et Jomier ont examiné 8 sérums humains pour rechercher la nature graisseuse de l'opalescence. Leur méthode est celle par centrifugation du sérum additionné d'éther et par traitement de la couche supérieure constituant un disque gélatineux composé d'agrégats de granulations gonflées par l'éther, qui, étendues d'eau distillée donnent naissance à l'opalescence.

Celle-ci est due, au microscope, à la masse de granulations réfringentes en suspens, analogues aux globules du lait, granulations qui noircissent par l'acide osmique. Le sérum abandonné par le disque est tout à fait translucide et le fait d'avoir altéré par l'acide osmique les granulations qui rendaient opalescent le sérum fait conclure à la nature graisseuse de ce principe de l'opalescence.

Cirrhoses alcooliques.

MM. P. Carnot et Ancel. — Ayant étudié les îlots de Langerhaus dans les divers processus morbides, les auteurs ont noté la fréquence de leur hypertrophie.

Les îlots de Langerhaus normaux contiennent de 30 à 100 éléments cellulaires ; dans les cirrhoses alcooliques, atrophiques ou hypertrophiques, les cellules vont de 200 à 450 ; dans un cas de cirrhose de Laënnec on a trouvé 1150 à 1500 noyaux distincts : les îlots paraissent aussi plus nombreux. Et ceci cadre bien avec les résultats du travail de Lefas sur l'augmentation du pancréas dans ces cas ; tous pesaient de 130 à 150 grammes.

Ces îlots préposés à la sécrétion interne peuvent être rapprochés de l'hypertrophie splénique observée dans les mêmes conditions.

Dosages de petites quantités de chloroforme.

M. N. Nicloux décrit des méthodes de dosage permettant au physiologiste et au médecin légiste d'effectuer le dosage de chloroforme dans l'air, le sang ou un autre liquide aqueux.

La méthode est simple, rapide et très exacte, permettant de reconnaître 50 milligrammes de chloroforme dans 100 cent. cubes de sang. Après cessation de l'anesthésie, la quantité diminue rapidement.

Oralité de l'enseignement.

M. P. Bonnier a étudié la capacité auditive des élèves des deux sexes de 5 à 15 ans, la capacité vocale des élèves professeurs des écoles normales de la Seine. Chez les filles 53 0/0, chez les garçons 65 0/0 doivent doubler leur effort intellectuel pour comprendre.

69 % des élèves maîtresses, 78 0/0 des élèves maîtres n'ont pas d'emblée la capacité vocale nécessaire pour parler sans efforts et y arrivent facilement dès qu'on leur indique la façon utile professionnellement de porter leur voix.

Coloration des sphirocètes.

MM. Levaditi et Manouélian emploient les procédés de Ramon et Cajal, modifié par Levaditi pour colorer les spirochètes des coupes ; mais ce procédé par imprégnation prolongée du nitrate d'argent est imparfait. La *pyridine*, substance pénétrante, imprègne rapidement tous les spirilles de Schaudinn ; le bain d'argent puis le réducteur (acétone et acide pyrogallique), racourcissent le temps d'imprégnation et de réduction.

Trypanosome des poissons.

M. Brumpt a précisé l'espèce des trypanosomes des poissons. Le sang des poissons est aspiré par des sangsues et c'est dans les hirudinées que se termine l'évolution du trypanosome.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier.

La mortalité tuberculeuse.

M. Kelsch montre que, dans l'armée, où cependant la statistique comprend non seulement la mortalité, mais la morbidité, le nombre exact des tuberculeux n'est pas connu. La même difficulté se rencontre dans les armées étrangères : tous les chiffres donnés sont inférieurs à la réalité. On ne saurait, en outre, comparer au contingent français le contingent allemand. Celui-ci est l'objet d'une sélection plus rigoureuse. Il s'épure, en outre, à jet continu après l'incorporation.

M. Landouzy rappelle que, même à Paris, la cause exacte de la mort n'est pas indiquée pour 27.9 % des décès. Il rappelle les résultats de son referendum préparé avec le Dr Weill-Mantou et adressé à 9.000 médecins. La tuberculose paraît un peu partout augmenter. Dans les deux principales villes de province, sur un total de 47.490 décès, 10.178 ont été inscrits sous la rubrique « autres causes ». Dans les villes de moyenne importance, comme Roanne, sur 34.000 habitants et 723 décès, la statistique indique 74 décès tuberculeux, 342 pour « autres causes » et 20 pour cause inconnue. Il en est ainsi à peu près partout ; à Nanterre, plus de la moitié des décès échappe à toute information.

M. Landouzy ajoute qu'il ne faudrait pas croire que la tuberculose fasse peu de ravages dans les campagnes. C'est une erreur : un village peut rester indemme, mais une fois qu'il est contaminé, c'est pour longtemps, car on y pratique peu l'hygiène et on ignore la désinfection. La contamination s'y produit par les soldats qui reviennent au pays, atteints de bronchite chronique, ou par les ouvriers des villes, et s'y entretient par l'alcoolisme et le manque de propreté.

M. Landouzy termine en proposant à l'Académie d'émettre un vœu invitant le ministre de l'intérieur à prendre les mesures voulues pour nous donner des statistiques capables de nous renseigner aussi exactement que possible sur l'état sanitaire du pays et spécialement sur la tuberculose.

M. Chauffard croit que la statistique, malgré ses lacunes, précise déjà les conditions sociales qui provoquent la tuberculose. Certaines maisons sont déjà de véritables foyers. Tout dernièrement une tuberculeuse soignée dans le service de M. Chauffard avait occupé pendant vingt ans comme concierge une loge où son mari et ses dix enfants étaient morts de tuberculose. Jamais, par un véritable crime social, il n'y avait eu de désinfection. Un jugement récent de la 7e chambre oblige les parents d'un tuberculeux mort dans un hôtel à payer les frais de désinfection. A défaut de déclaration obligatoire, il y là un progrès réel. Mais la déclaration serait indispensable, au moins en cas de décès.

M. A. Robin admet aussi l'utilité de la déclaration obligatoire et surtout de la désinfection après décès. Quelle que soit la valeur de la statistique il a tenu à démontrer deux choses : la première, c'est que l'avantage indiqué en faveur de l'Allemagne n'existait pas en réalité ; la seconde, c'est que les moyens auxquels on attribuait la diminution de la tuberculose chez nos voisins n'étaient pour rien dans cette affaire. Il est certain qu'il y a des fuites dans les chiffres représentant la tuberculose, mais je ne sais d'où elles proviennent. Notamment, le chiffre des bronchites chroniques et celui des

*

maladies de cause inconnue ou mal définies a tendance à décroître en même temps que le nombre des tuberculoses a diminué. Ce n'est donc pas là que s'abritent les tuberculoses.

M. Vallin signale l'utilité qu'il y aurait, comme dans la statistique de Paris, à classer les tuberculoses par régions. Dans la statistique anglaise, toutes les tuberculoses sont englobées sous la rubrique de phtisie ce qui, pour l'observateur non prévenu augmente la fréquence des tuberculoses pulmonaires.

La suite de cette importante discussion continuera mardi prochain.

Epuration des eaux potables.

M. Kermorgant présente un travail de M. Lambert, pharmacien des troupes coloniales, sur un nouveau mode d'épuration des eaux par le permanganate.

Le mycétome.

M. Blanchard lit un rapport sur un travail de MM. Nicolle et Brunswic-le-Bihan, sur un cas de mycétome en Tunisie.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1906.

Cas de pseudo-hermaphrodisme masculin.

MM. de Beurmann et Roubinovitch présentent un sujet, âgé de 20 ans qui a les caractères d'une femme : figure imberbe, chevelure abondante et fine : peau fine et glabre, voix féminine, mamelles très développées, cambrure lombaire très accusée, bassin élargi. Les organes génitaux externes sont ceux d'un homme (verge de 4 centimètres et gland, scrotum bifide, présence de testicules dans chaque sac, hypospadias.) La masturbation produit un liquide sans spermatozoïdes. Cet androgyne gynécomaste est un pseudo-hermaphrodite héréditaire : un oncle et une tante maternels présentent le même difformisme sexuel. Dégénérés dans la famille. Le sujet lui-même est un érotique cérébral, s'adonnant à l'onanisme et recherchant infructueusement le commerce des femmes. Ce cas est intéressant : 1° par le côté médico-social, le sujet revendiquant un changement de son état civil (il est inscrit comme étant du sexe féminin) 2° par la parenté qui relie étroitement le pseudo-hermaphrodisme à la dégénérescence physique et mentale (psychopathies sexuelles) ; 3° par l'azoospermie étant probablement la cause des caractères féminins du sujet. Une opothérapie sera essayée.

Méningite tuberculeuse à forme somnolente de la première enfance.

MM. Lesage et Abrami ont pratiqué systématiquement la ponction lombaire chez tous les nourrissons présentant des troubles méningés quelconques ; ils ont examiné à l'autopsie les méninges et le système nerveux, et fait l'inoculation au cobaye. Ils ont été frappés de la fréquence considérable de la méningite tuberculeuse, et par le tableau clinique, qui ne fut classique qu'en quatre cas sur 29 ; dans 25 cas tous les symptômes classiques furent absents. Par contre les auteurs ont mis en évidence un syndrome particulier caractérisé par: 1° une somnolence progressive et continue ; 2° une catalepsie oculaire précoce: 3° une instabilité du pouls et la dissociation du pouls et de la température ; 4° un amaigrissement précoce continu et progressif, différent de l'amaigrissement brusque consécutif aux diarrhées graves.

Examen cytologique : lymphocytose ; 7 fois présence du bacille de Koch.

Inoculation : toujours positive. Examen nécropsique : rareté de la granulie méningée, méningite de la base (chiasma et protubérance) nodules tuberculeux anciens dans la substance cérébrale.

Pour les auteurs cette forme somnolente est beaucoup plus fréquente que la forme classique et doit être dépistée par les symptômes cardinaux sus indiqués.

Septicémie à tétragènes.

MM. H. Roger et Trémolières ont observé, chez un homme atteint de purpura rhumatoïde, la présence à l'état pur d'un tétragène analogue à ceux déjà décrits, qu'ils ont appelé *Tetragenus ruber* pour indiquer la coloration rouge que donne sa culture sur pomme de terre. Ce tétragène est bien la cause des accidents observés, car ses cultures sont rapidement agglutinées par le sérum du malade.

Un cas semblable publié par Chauffard et Ramond, confirme avec celui-ci la tendance qu'ont les infections à tétragène à envahir les articulations, les plèvres et à provoquer en même temps des éruptions cutanées. En général, c'est au niveau et au pourtour de la bouche et du pharynx que ce microbe exerce son action nocive : abcès dentaires, angines ; mais il peut envahir les voies respiratoires (broncho-pneumonies, pleurésies) le péritoine, l'intestin et le sang.

Estomac en sablier (sténose médio-gastrique.)

M. Lion refait à propos d'une malade de son service opérée pour sténose pylorique qui était en réalité une biloculation, l'histoire de l'estomac en sablier. On décrit deux variétés de biloculation suivant que la sténose médio-gastrique est complète ou non. Sous la première variété qui simule une sténose pylorique on observe : 1° une ectasie paradoxale (clapotage après tubage ou lavage) ; 2° après lavage complet, jusqu'à liquide clair un deuxième lavage ramène de nouveau un liquide trouble. Bouveret ajoute à ces signes : l'insufflation remplit d'abord la première, puis la deuxième poche ; l'obstruction médio-gastrique peut être provoquée par les aliments et on peut prendre la tumeur ainsi formée pour une tumeur de la rate ou du lobe gauche du foie.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 janvier 1906. — Présidence de M. Berne, Vice-Président.

La séance est ouverte à 4 h. 45.

M. le Président annonce que notre collègue, M. Coudray, et M. Simon, membre correspondant de Buenos-Ayres viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur. Il les félicite chaleureusement au nom de la Société.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues ordinaires. Un nouveau journal : La *Ligue nationale contre l'alcoolisme.*

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Monel, Rougon et Leudet s'excusant de ne pouvoir assister ni à la séance, ni au banquet.

Rapport sur les titres et travaux de M. le Docteur Dias Amado, de Lisbonne, candidat au titre de membre correspondant étranger ;

Par M. Buret.

Messieurs,

Le docteur Dias Amado, de Lisbonne, qui est candidat au titre de membre correspondant, nous a adressé, à l'appui de cette candidature, un travail inédit, étayé de sept observations fort intéressantes. Frappé des résultats obtenus par le Dr Moniz, d'Aragon, dans le traitement des maladies cutanées et syphilitiques, par des extraits de plantes de la flore brésilienne, il a voulu contrôler ces résultats sur des malades de sa clientèle et ce sont ces observations qu'il nous envoie aujourd'hui.

Je vous ai déjà parlé de ces plantes dans un précédent rapport : il n'y a donc pas lieu de revenir sur leur classification en botanique et leurs noms indigènes ; je me bornerai à vous rappeler le nom scientifique des trois espèces employées par le médecin portugais. Ce sont la *Franciscea uniflora*, la *Fecoma speciosa* et le *Jacaranda lanifoliata*, qui ont servi ensemble à préparer l'extrait administré aux malades. Nous citerons brièvement les cas les plus intéressants.

Une veuve de 47 ans, ayant des antécédents héréditaires au point de vue de la tuberculose, est atteinte en 1903, *d'éléphantiasis de la vulve.* C'est une scrofuleuse, portant des cicatrices d'adénites cervicales suppurées. L'hypertrophie des grandes lèvres empêchait la malade de s'asseoir et elle fut considérée comme inopérable par le Dr Cabeça, un des plus grands cliniciens de Lisbonne. A titre d'essai, l'extrait de plantes lui

fut administré à la dose de trois cuillerées à potage par jour. Amélioration notable au bout de 3 mois ; guérison médicale en 1905, c'est-à-dire en 2 ans. — Une blanchisseuse de 37 ans qui était dans le même cas, en 1904, fut guérie en 14 mois.

Une marchande de poisson, de 32 ans, était atteinte, à la jambe gauche, d'ulcères gommeux qui affectèrent bientôt une allure serpigineuse inquiétante à ce point qu'une amputation fut proposée à l'hôpital San José, de Lisbonne. Guérison en un an par l'extrait de plantes, ainsi qu'en témoignent les photographies. Une autre malade, de 33 ans, dont les photographies sont également jointes à l'observation, avait des gommes ulcérées de la face, que le traitement mercuriel n'avait pas améliorées. Ulcérations profondes, perte de substance, pus fétide, nécrose, séquestres du maxillaire. Radicalement guérie après 6 mois de traitement.

Un hérédo de 5 ans, couvert de syphilides pustulo-crustacées rebelles au mercure, est guéri en un mois. Un autre hérédo, de 18 mois, atteint d'impétigo et de coryza syphilitiques rebelles, est guéri en 8 mois. Ces deux malades ont été également photographiés.

Le docteur Dias Amado a expérimenté l'extrait des plantes citées plus haut dans le traitement de nombreux malades pendant une période de quatre ans. Il a pu observer l'efficacité absolu de ce traitement dans les dermatoses et pendant toutes les phases de la syphilis. Il n'a pas constaté de troubles gastro-intestinaux.

Nous nous bornerons à former de nouveau le vœu que les douanes françaises laissent enfin passer les extraits de plantes brésiliennes que M. Moniz d'Aragon veut bien mettre à la disposition des expérimentateurs. Si réellement ces plantes ont de telles propriétés — car nous ne pouvons pas supposer que leur efficacité soit limitée au Brésil ou au Portugal — il nous tarderait de voir ce qu'elles pourraient faire sur des Français, et nous serions parmi les premiers à en proclamer les résultats.

Notre candidat, M. le Dr Dias Amado, qui a le grade de pharmacien de 1re classe, est un syphiligraphe réputé de Lisbonne. Il a été lauréat de l'Université Royale de Coïmbre ; actuellement, il est membre de l'Institut de Lisbonne, de l'Académie de Pernambouc, de l'Institut de Bahia, etc. Nous citerons, parmi ses principales publications : *Contribution à l'étude des maladies du sang* ; *La Thérapeutique rationnelle*, etc. Un ouvrage, actuellement sous presse, a pour titre : *Les périodes contagieuse et organiques de la syphilis et leur traitement*.

Ces renseignements concernant notre confrère portugais nous donnent la preuve qu'il est estimé dans son pays comme un homme de haute valeur et que sa réputation a pénétré dans les pays voisins. J'estime qu'il sera une excellente recrue pour notre Compagnie, et je vous propose, au nom de la Commission, de l'admettre comme membre correspondant à titre étranger.

M. Tissier fait observer que M. Moniz d'Aragon pourrait, pour éviter les droits de douane et surtout les difficultés, adresser ses produits à M. le professeur de botanique de l'École de Pharmacie de Paris.

M. le Secrétaire Général répond qu'il en avisera notre collègue, en ce moment à Lisbonne.

Les conclusions favorables du rapport sont mises aux voix et adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. le Dr Barbaux présente, au nom de M. Marie, une série de pièces osseuses.

1° La première pièce concerne un demi-bassin d'idiote (côté gauche).

La malade, enfant trouvée, alitée, gâteuse, incapable de renseigner, mourut à l'asile avec une rétraction du membre inférieur qui était en adduction forcée et rejeté sur la cuisse du côté opposé, fortement rapproché de la partie inférieure du tronc. (Décès par entérite tuberculeuse.)

A l'autopsie, on trouve une synostose fémoro-iliaque, la cavité cotyloïde antérieurement soudée avec la tête fémorale et *des ponts osseux reliant le corps du fémur au pubis*, à travers les muscles dégénérés et les téguments adhérents par soudure semblable à celles qui suivent certaines brûlures : pas de renseignements sur la possibilité d'accidents coxalgiques antérieurs, pas de lésion localisée unilatérale de l'hémisphère correspondant. Idiotie microcéphalique par dégénérescence tuberculeuse diffuse de l'encéphale. — Pas de tubercules pulmonaires.

2° La deuxième pièce concerne un os iliaque de dément sénile, alité, gâteux, mort cachectique, et présentant à l'autopsie des traces d'altérations anciennes de l'os iliaque, pouvant se rapporter à une ancienne suppuration ostéo-myélitique, ou à une altération sénile comparable au morbus coxœ senilis. (La tête fémorale atrophiée correspondant à la cavité cotyloïde altérée a été perdue.) (Ramollissements anciens des deux hémisphères.)

La Société se constitue en Comité secret pour entendre quelques orateurs relativement au rejet du projet de modification de statuts dans la dernière séance. A l'unanimité, on vote l'opportunité d'une note explicative que le Secrétaire général adressera officiellement à la Société Médico-Chirurgicale.

La séance est levée à 6 h. 30.

Le Secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire annuel,* Mortier.

REVUE DE CHIRURGIE

De la phlébite variqueuse, par le Dr H. Etienne.

Sauf contre-indication rare, *toute phlébite variqueuse doit être opérée*. Voilà ce que nous avons soutenu dans notre thèse inaugurale (1), inspirée par nos maîtres Quénu et Longuet. « L'intervention s'impose parce qu'il est dans l'évolution de cette maladie soit de se prolonger (phlébite prolongée) ; soit de récidiver (phlébite à répétition), soit de se propager vers les gros troncs veineux (phlébite propagée), soit de se compliquer d'abcès ou de troubles trophiques (phlébite névritique), soit enfin de déterminer la mort brusque par embolies microbiennes pures ou embolies de caillots (phlébite embolique) » (Longuet). La grossesse (Quénu), l'albuminurie, la glycosurie de moyenne intensité (Longuet) ne sont pas des contre-indications à l'opération, qui est d'autant plus simple, plus anodine qu'elle est exécutée plus précocement et même au stade préphlébitique, c'est-à-dire de varice non encore infectée (Longuet).

Or notre pratique justifie jusqu'ici le bien fondé de cette manière de voir. C'est à ce titre que nous croyons devoir publier les 2 observations suivantes, dont la première nous est commune avec notre maître, le professeur Longuet :

Observation I. (Longuet et Etienne).

Thrombo-phébite variqueuse prolongée. Opération. Guérison.

H. 67 ans, ancien variqueux présente depuis quelques jours une plaque phlegmoneuse rougeâtre superficielle un peu au-dessus et en arrière du condyle interne, sur le trajet de la saphène interne, multibosselée, pâteuse, de consistance de suif, un peu chaude au toucher, enclavée et adhérente dans le tissu cellulaire sous-cutané, longue de 5 travers de doigts large de 2 travers de doigt.

La veine saphène externe est, d'autre part, enflammée depuis le niveau de la malléole externe, jusqu'au milieu du mollet; mais avec augmentation régulièrement cylindrique de son calibre, elle roule sous le doigt sous forme d'un « tuyau de pipe » rigide.

Le *diagnostic* est évident : thrombo-phlébite variqueuse de la saphène interne et de la saphène externe. La porte d'entrée de l'infection est ici manifestement une excoriation de la région malléolaire externe, encore visible actuellement. Ainsi s'explique

(1) A. Etienne. — Phlebectomie dans les phlébites variqueuses des membres. *Thèse de Paris*, 1902.

la phlébite de la saphène externe. Et nous pensons que l'infection s'est probablement transmise à la saphène interne par quelque veine anastomotique intersaphénique. D'ailleurs la tumeur sous-rétrocondylienne interne, quoique plus volumineuse, ne s'est développée qu'après celle de la jambe. Enfin l'observation pendant un mois nous ayant démontré que l'affection, malgré le repos, n'a aucune tendance à la rétrocession, nous conseillons l'opération refusée jusqu'ici.

Opération, le 23 novembre 1905, par Longuet. — Phlébectomie de la tumeur saphène interne et phlébectomie de la saphène externe sur une longueur de 15 centimètres. Comme particularités, signalons l'absence complète d'antiseptiques ; la ligature haute première des troncs veineux avec du fil de lin sporicidé ; enfin l'absence totale de forcipressure, selon la technique générale de Longuet.

Suites immédiates : excellentes.

Suites éloignées : Le malade guérit vite (en 15 jours) et radicalement, malgré un mauvais état général dû à l'artério-sclérose, à l'emphysème et à l'alcoolisme. La plaie est réunie par première intention.

OBSERVATION II (Etienne)

Phlébite variqueuse de la saphène externe ; récidive à l'occasion d'un accouchement.

F. 21 ans, très variqueuse des deux jambes depuis sa première grossesse (1903) présente une thrombo-phlébite variqueuse de la saphène externe gauche au-dessous du creux poplité, au voisinage de l'embouchure dans la veine poplitée. Consistance dure. Pas de rougeur des téguments. Douleur très légère à la pression. Pas de trouble de la marche ; cette malade a fait 2 kilomètres à pied pour venir nous consulter. Actuellement cette femme est enceinte. Nous conseillons l'intervention immédiate, qui est refusée.

Comme traitement, le repos au lit est observé pendant un mois, avec, comme traitement local, des applications de cataplasmes chauds renouvelés, et d'une pommade à l'iodure de plomb conseillée ailleurs, avec une tisane diurétique. L'affection semble guérie.

Le 1er décembre, je suis appelé pour un accouchement qui a lieu à terme, très normalement, en O.I.G.A.

12 heures plus tard, la température est à 38°5, le pouls à 105 ; la tumeur poplitée devient douloureuse, durcit à nouveau et le lendemain, se présente avec tous les caractères qu'elle avait lors de la première poussée, et une douleur plus intense.

Nous conseillons à nouveau l'opération : mais pas pour l'instant puisque la malade va conserver le lit. Mieux vaut, pensons-nous, attendre maintenant que la phase puerpérale soit complètement terminée.

Diagnostic. — Est-ce une phlébite variqueuse réveillée, ou une phlébite puerpérale ; une phlegmatia des accouchées. Or l'hypothèse de phlegmatia d'origine utérine nous semble devoir être ici écartée. D'abord, il n'y a pas eu d'intervention pour l'accouchement, pas de manipulation. Un seul toucher pour le diagnostic de position. Le début dans les 12 heures qui ont suivi la délivrance est bien rapide pour une infection à point de départ utérin retentissant jusqu'au niveau de la saphène externe. L'absence totale de fétidité et de caractères anormaux dans les lochies et la régression rapide de l'utérus par la suite, la localisation de la phlébite à la veine saphène externe sans rien aux veines profondes, nous semblent des raisons suffisantes pour écarter le diagnostic de phlegmatia des accouchées à point de départ utérin. D'autre part, les commémoratifs, la similitude de l'affection avec ce qu'elle était lorsque nous fûmes amenés à l'examiner 3 mois plus tôt nous font conclure à une *thrombo-phlébite variqueuse* à répétition, récidivée à l'occasion de l'accouchement.

En résumé ces deux observations présentent un intérêt direct très différent. La première démontre que, malgré l'âge, malgré un mauvais état général entretenu par artério-sclérose emphysème et alcoolisme, l'opération est la meilleure conduite, efficace et bénigne en cas de thrombo-phébite variqueuse. La deuxième confirme l'opportunité de l'intervention au cours de la grossesse. Et surtout elle établit la possibilité d'une récidive causée par l'accouchement. Lors de la soutenance de notre thèse, notre maître, le professeur Budin, avait attiré notre attention sur ce point. Il nous demandait si nous connaissions des récidives de phlébite variqueuse du fait de l'accouchement. Nous lui sommes reconnaissant et heureux aujourd'hui d'en apporter une observation tirée de notre pratique personnelle.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

—

Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés (1).

Par le Dr Marcel BRIAND.

Médecin de l'asile de Villejuif.

La lutte contre la tuberculose doit être, dans un asile d'aliénés, l'objet de préoccupations plus attentives que dans toute autre collectivité. Les aliénés ont, si l'on peut dire, plus de droits que tous les autres hospitalisés à être traités selon les méthodes médicales modernes. Les temps sont heureusement passés où l'asile d'aliénés était une simple garderie, une « maison de fous ».

Le danger de contagion est plus grand dans les asiles que partout ailleurs. On comprend, en effet, combien il est difficile d'apprendre à un aliéné tuberculeux à pratiquer les précautions hygiéniques indispensables pour diminuer les chances de contagion de son entourage.

Il serait tout aussi impossible d'obliger ceux qui sont indemmes à suivre une hygiène individuelle les assurant de l'immunité.

En se plaçant à un autre point de vue, on ne saurait, d'ailleurs, proclamer assez haut que, si la société a le droit de priver de sa liberté un de ses membres, dans un souci légitime de sa propre sécurité, elle n'a certes pas celui de l'exposer à une contagion de conséquences aussi graves que la contagion tuberculeuse,

Les aliénés être soumis, à l'asile, à un régime non seulement hygiénique, mais encore confortable, afin de leur faire oublier, dans la mesure du possible, l'attentat porté à leur liberté au nom de la sécurité publique.

La fréquence de la tuberculose dans les asiles tient non seulemement à la contagion si facile, mais encore à cette raison capitale que la tuberculose est très souvent la conséquence de la déchéance physique, survenant dans nombre de maladies mentales. Les paralytiques généraux, les déments précoces, les idiots se tuberculisent avec une facilité toute particulière et répandent inévitablement autour d'eux des germes morbides. Comme facteur étiologique, on doit malheureusement, trop souvent incriminer encore la mauvaise installation des locaux, qui rend impraticables les précautions hygiéniques même élémentaires, sans parler de l'encombrement, cette plaie de beaucoup d'asiles. Enfin le médecin a le devoir strict de se préoccuper de son personnel qui passe sa vie au milieu des aliénés et veiller à ce que celui ci ne se contamine pas leur voisinage. Depuis quelques années, dans tous les pays, on s'occupe de cette question et de nombreux travaux ont paru sur ce sujet. Bornons-nous à en citer quelques-uns. En France, M. Anglade a fait des recherches bactériologiques importantes et a établi la fréquence dans les asiles de la tuberculose intestinale ; MM. Chardon et Raviart ont fait une communication sur la question au congrès de Bruxelles (1903) ; M. Marie, au Congrès de Paris (1900) a fait adopter un vœu analogue à celui que j'aurai l'honneur de vous soumettre ; M. Maussire a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale. En Allemagne, citons les publications de Nœtel, Snell, Hagen, surtout le récent travail de Geist ; en Russie, l'article de Toporkoff, qui contient une revue générale de la question et de nombreuses indications bibliographiques.

Depuis 1888, je me suis préoccupé de cette question de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose dans mon service, ainsi qu'il résulte d'un rapport de l'année 1889 à M. le Préfet de la Seine ; je crois même avoir été un des premiers médecins d'asiles, dans tous les cas le premier en France, qui ait pratiqué systématiquement l'isolement des aliénés tuberculeux et leur traitement par la cure d'air. Dans ce but, j'ai fait aménager à très peu de frais un petit sanatorium comprenant 5 lits, dans le jardin de mon infirmerie ; il consiste en un simple abri rectangulaire sous une galerie couverte,

(1) Communication au Congrès de la tuberculose, 1905.

complètement ouvert à l'est. En soulevant un auvent on peut aussi l'ouvrir du côté sud. Les malades y séjournent été comme hiver, jour et nuit. Là elles sont soumises à un traitement diététique et médicamenteux approprié à leur état physique.

Les dangers de la contagion sont ainsi presque nuls pour les autres pensionnaires de l'établissement.

Je n'exclus du bénéfice du sanatorium que deux catégories d'aliénées : 1° les aliénées très agitées et dangereuses ; 2° celles dont les lésions tuberculeuses sont trop avancées pour que des chances de guérison existent.

Ces deux dernières catégories de malades sont maintenues dans des chambres d'isolement et des cours isolées où, au moins, elles sont assez inoffensives, au point de vue de la contagion.

Au cours de 17 années de cette pratique personnelle, je n ai jamais rencontré de grandes difficultés pour appliquer ce système de traitement. Les résultats en sont très encourageants. Plusieurs infirmières ont également profité de ce sanatorium. Depuis 3 ans, 17 aliénées tuberculeuses ou simplement suspectes y ont séjourné. Parmi ces malades, 6 ont été nettement améliorées.

Chez deux malades, que nous observons encore actuellement, l'état est resté stationnaire : l'une est atteinte de tuberculose ganglionnaire du cou et elle a déjà subi une opération à l'asile Sainte-Anne, au pavillon de chirurgie de mon distingué collègue et ami le Dr Picqué, l'autre vient d'être opérée d'une fistule anale consécutive à des lésions pulmonaires anciennes, aujourd'hui cicatrisées. Chez 5 malades, les résultats sont encore incertains. Enfin, 4 ont succombé. Sur les 4 malades décédées, une était cardiaque et avait, en plus, une affection organique grave des centres nerveux. Une autre était épileptique. Les 2 autres étaient des vésaniques simples.

C'est après de grandes hésitations et bien des tâtonnements que je suis arrivé à appliquer systématiquement la méthode que je préconise actuellement ; à ce sujet, il peut être intéressant de rappeler un incident du début de ma pratique ; il remonte à l'année 1888. A cette époque 3 jeunes filles portant des lésions très accusées des sommets furent installées dans le Sanatorium depuis leur lever jusqu'à l'heure du coucher. Deux d'entre elles suivirent ponctuellement les indications qui leur avaient été données et prenaient même leurs repas au dehors. L'appétit disparu revenant progressivement les hémoptysies diminuant de fréquence, les forces se relevant et l'accoutumance à la vie en plein air s'effectuant peu à peu, deux des trois jeunes filles commencèrent bientôt à coucher dehors. vers la fin de l'été. Elle étaient abritées de la pluie par une cloison en planches, mais la neige floconnait, à certains moments, jusque sur leurs lits.

Néanmoins, elle se trouvaient fort bien de ce régime lorsque par une imprudence, l'une d'elles eut, au cours de l'hiver, à suite d'un bal, une broncho-pneumonie qui nécessita l'emploi des ventouses. Comme par le froid, on ne pouvait découvrir la malade pour les lui appliquer, elle fut transportée à l'intérieur de l'infirmerie jusqu'au jour de la guérison de cet accident intercurrent. Or, pendant la durée de son séjour dans l'infirmerie, on fut obligé de maintenir constamment ouverte la fenêtre de la chambre qu'elle occupait, parce que la chaleur la fatiguait et l'étouffait, suivant sa propre expression. A peine remise, Mlle G... demandait avec insistance à reprendre sa place sous la galerie où, par tous les temps, elle n'a cessé de coucher jusqu'à sa guérison.

Depuis 1888, mon petit sanatorium de l'infirmerie a presque toujours été occupé par un certain nombre de tuberculeuses qui l'habitent nuit et jour. Plusieurs, dont quelques infirmières, y ont recouvré la santé. Cet aménagement des plus simples a reçu de fréquentes visites de personnalités médicales, de commissions, etc. Les malades ont été maintes fois interrogées sur leurs impressions personnelles et toutes ont été unanimes à reconnaître le bien-être qu'elles éprouvaient à vivre en plein air, sans jamais être incommodées par le froid, même aux époques les plus rigoureuses de l'hiver, il faut ajouter qu'elles sont revêtues d'une chemise de flanelle et que, pendant la saison froide, elles couchent entre deux couvertures de laine, qu'elles sont munies de chauds édredons et de bouillottes dont l'eau est renouvelée nuit et jour. Comme mesure prophylactique, il est recommandé aux malades de ne pas cracher ailleurs que dans un crachoir antiseptique. La literie et la vêture qu'elles abondonnent dans leur ancien quartier sont rigoureusement désinfectées. Le parquet de la chambre abri est fréquemment lavé avec une solution de sublimé ou de formol. Je me suis livré à une enquête auprès de quelques-uns de mes collègues des asiles départementaux que je remercie ici de leurs obligeants renseignements sur la fréquence de la tuberculose chez les aliénés sequestrés.

Je possède actuellement des documents provenant d'une trentaine de services. Il résulte de cette enquête d'abord une très grande inégalité dans le pourcentage des aliénés tuberculeux et ensuite que plusieurs médecins aliénistes se préoccupent depuis quelques années de la prophylaxie de la tuberculose dans leurs services. Je me propose d'utiliser ces documents dans un travail étendu et qui paraîtra prochainement dans les *Annales d'hygiène publique* en collaboration avec mon interne, M. Halberstadt.

Grâce aux renseignements qui m'ont été fournis, je puis déjà faire connaître que dans un asile on compte 50 tuberculeux sur une population de 880 aliénés !. C'est le pourcentage énorme de morbidité tuberculeuse qui m'a amené à retenir, pendant quelques instants, l'attention du Congrès, en lui signalant un danger trop peu connu.

Il faut aussi dire que, en général, les conditions d'assistance des tuberculeux dans les asiles sont lamentables; je me hâte d'ajouter que la principale cause de cette inaction provient du manque ou de l'insuffisance des crédits nécessaires mis à la disposition des médecins. Cette pénurie tient à ce que certains conseils généraux se croient quittes de toute obligation envers les aliénés quand ils ont assuré leur vivre et leur couvert et cela, nous l'avons dit, dans des conditions souvent peu hygiéniques. L'adoption d'un système d'isolement analogue à celui dont je préconise l'emploi pourrait s'effectuer sans grands frais, puisque la main-d'œuvre de l'asile suffirait pour édifier le sanatorium nécessaire à la prophylaxie et à la cure. Il n'est que juste, d'ailleurs, de signaler que, dans plusieurs établissements, des mesures sérieuses ont été prises et que même, dans quelques asiles, des quartiers spéciaux ont été aménagés. Ce sont là les conséquences heureuses de la circulaire de M. le Ministre de l'intérieur de juin 1901, dans laquelle il était recommandé aux Directeurs d'asile de veiller à la diminution de la contagion tuberculeuse par l'installation plus conforme à l'hygiène des services, par l'aménagement, si possible, de quartiers spéciaux pour tuberculeux.

Comme conclusion, je formule ce vœu : que dans tous les asiles d'aliénés l'installation de locaux spéciaux préconisée par la circulaire ministérielle de juin 1901 devienne obligatoire et que ces quartiers spéciaux soient aménagés au triple point de vue de l'isolement, de la prophylaxie et du traitement des aliénés tuberculeux ou même simplement suspects.

La vaccination obligatoire.

Elle porte ses fruits depuis longtemps en Allemagne. Dans les dix dernières années, le chiffre de la mortalité par variole oscille entre 5 et 56 pour tout l'empire, au maximum un par million d'habitants. Et il est démontré que presque tous les cas sont dus aux immigrés, surtout russes et italiens. Pourtant il y a un demi-siècle la variole faisait de terribles ravages en Allemagne. Proportionnellement à la population et comparés à la plus mauvaise année en Allemagne, les chiffres de la mortalité sont pour la Belgique 17 fois plus forts, pour l'Angleterre 21 fois, *pour la France 93 fois*. (*Revue méd. de Louvain*, 5 janv.)

Tous les médecins des établissements hospitaliers (hôpitaux, hospices, asiles, etc.) devraient vacciner leurs malades, et la vaccination devrait être pratiquée avec le plus grand soin. A Bicêtre, de 1879 à fin 1905, à la Fondation-Vallée de 1890 à ce jour, à l'Institut Médico-pédagogique (Vitry-sur-Seine) nous vaccinons nous-même ou faisons vacciner devant nous.

B.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique ; publié en fascicules, sous la direction de MM. Brouardel et Gilbert (2e édit., Baillière, édit., Paris 1905.)

Le public médical français et étranger a fait à la première édition un accueil des plus empressés ; c'est que la rapidité avec laquelle se précipitent les découvertes médicales ne permet plus au médecin de vivre pendant toute la durée de sa pratique sur les données seules de sa période d'études ; et sur beaucoup de points il est obligé de refaire lui-même complètement son éducation scientifique. Les ouvrages, d'autre part, vieillissent vite ; ils doivent être fréquemment révisés. C'est ce qu'ont compris admirablement les professeurs Brouardel et Gilbert, et pour ce faire, ils se sont entourés d'une pléiade de jeunes collaborateurs qui n'ont ménagé ni leur temps ni leur peine pour faire de la 2e édition un modèle du genre. Le premier fascicule, publié sous la signature de M. Carnot, en est la meilleure preuve. Il traite des maladies microbiennes en général ; et il faut voir avec quelle clarté et compétence le jeune professeur nous entretient des propriétés biologiques générales des microbes, des facteurs de la virulence et de l'immunité, des méthodes thérapeutiques rationnelles, etc. F. Ramond.

Guide pratique pour l'essai des médicaments ; par P. Goupil et L. Broquin, pharmaciens de 1re classe (1 volume 360 pages, chez J.-B. Baillière et fils, Paris, 1905.)

Cet ouvrage est d'une utilité incontestable pour le pharmacien qui doit vérifier l'identité et constater la pureté des produits que le plus souvent il ne peut préparer lui-même.

Le livre est divisé en deux parties : dans la première, les auteurs énumèrent les réactifs qui sont indispensables pour les essais qualitatifs et décrivent ensuite les opérations diverses que nécessitent les essais et les dosages. Ils donnent toutes les indications relatives aux déterminations de la *densité*, du *point de fusion*, de la température d'ébullition, et de la solubilité des composés chimiques ; ils terminent par la description des procédés généraux d'analyse et de dosage.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux essais des médicaments chimiques. Pour chacun d'eux, MM. Goupil et Broquin indiquent la *formule*, la *synonymie*, les constantes relatives à la *consistance*, à la *couleur*, à l'*odeur*, à la *saveur*, à l'*aspect* aux points de *fusion* et *d'ébullition*, à la *densité*, à la *solubilité*, dans les divers véhicules.

Ils passent ensuite en revue les principales *réactions d'intensité* et indiquent les divers *modes d'essai*, ainsi que le *dosage* du principe actif lorsqu'il y a lieu de le faire.

Tel est le plan adopté par les auteurs : l'ordre alphabétique a été choisi et rend facile la recherche des renseignements. P. Yvon.

Recherches historiques sur les fractures dans la part faite au massage et à la mobilisation ; par Fr. Guermonprez. (Jules Rousset, édit.)

Dans cet intéressant travail, publié par le professeur de Lille d'après les notes recueillies par ses élèves, Eissendeck et Guillaux, l'auteur passe en revue d'abord l'historique même du massage depuis l'antiquité jusqu'au siècle dernier. Ensuite il montre le passage graduel du massage à la mobilisation dans le traitement des fractures.

Une place très large est donnée avec raison aux travaux d'Amédée Bonnet, qui serait le vrai initiateur du traitement des fractures par la mobilisation. Malheureusement, Bonnet rencontra une résistance dogmatique des chirurgiens de son temps ; et ses efforts furent peu couronnés. Il lutta contre la routine avec une certaine modestie, ne voulant pas froisser ceux des pontifes de la médecine dont dépendaient la consécration de sa méthode, méthode qui proscrivait l'immobilité, qui exigeait les exercices élémentaires et les exercices complets des mouvements, afin d'obtenir le rétablissement de la fonction articulaire d'une fracture traitée. Si la routine dominait le corps médical, l'instinct du gros du public comprenait l'utilité de ce traitement et avait recours alors, comme à présent aux empiriques. Ce qui explique le succès des guérisseurs, des rebouteurs, etc.

A côté de la mobilisation, le massage fut négligé. Et cependant, quelques-uns l'ont utilisé avec succès sans en souffler un mot. Ce n'est que plus tard que le massage pouvait être considéré comme l'un de deux facteurs principaux des traitements kinésithérapique des fractures ; l'autre facteur est la mobilisation. Grâce aux travaux d'Estradère, de Nordström, de Lucas-Championnière, de Guermonprez, etc., il paraît, actuellement, qu'il ne peut plus y avoir de discussion sur le mode du traitement des fractures. Or, la discussion sur le même sujet au premier Congrès de physiothérapie de Liége a montré qu'il existe encore des chirurgiens, et pas des moindres, qui continuent à persister dans le traitement des fractures par l'immobilisation.

Nous comptons revenir dans un prochain article sur ce sujet : en attendant, faisons remarquer que presque tous les kinésithérapeutes furent d'avis, documents en mains, que, bien conduit et appliqué par un médecin massothérapeute, le traitement kinésithérapique tel que l'ont compris les meilleurs chirurgiens modernes et tel qu'il est indiqué dans l'intéressant travail de M. Guermonprez, est certainement le traitement de choix des fractures. Il peut exister des divergences entre la façon d'appliquer ce traitement ; mais, il est indiscutable que l'immobilité absolue doit être proscrite de la thérapeutique des fractures. En mettant sous les yeux la chronologie des difficultés, supportées par ce traitement, qu'on est presque d'accord à admettre comme classique, l'auteur a rendu un réel service à la science massothérapique et aussi à la mémoire du savant chirurgien de Lyon, dont le nom est inséparable de celui de la gouttière bien connue. P. Kouindjy.

VARIA

Assemblée générale de l'Œuvre des colonies scolaires de vacances.

Le vendredi 28 janvier, à 9 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, l'Œuvre des colonies scolaires de vacances (de la rue Louvois) a, devant un public très nombreux, tenu sa troisième assemblée générale. M. le ministre de l'Instruction publique, qui devait présider, s'était fait représenter par un de ses chefs de cabinet, M. Lillas, ancien membre du conseil d'administration de l'Œuvre. Après le rapport du secrétaire général, M. Prignon, et le compte rendu du trésorier, M. Dobry, M. Bonnet, dans un rapport général très documenté, a exposé le fonctionnement de l'œuvre durant l'année 1905 et les progrès étonnants obtenus par la Société dans sa deuxième année de fonctionnement. M. le Dr Noir a complété le rapport général par un rapport médical. Avec une franchise qu'on ne saurait trop apprécier et trop rare dans les œuvres de ce genre, où les rapports consistent souvent en de mutuelles congratulations, MM. Bonnet et Noir se sont surtout attachés à rechercher les améliorations que l'on pourrait introduire dans le fonctionnement de l'Œuvre, qui dépasse de beaucoup cependant, à ce point de vue, les œuvres similaires. M. Legoy, président, qui, avec le secrétaire général, est le véritable organisateur de cette société si utile, au succès de laquelle il s'est absolument voué, a terminé le séance officielle par un court et éloquent appel au dévouement et à la générosité des assistants, appel qui sera entendu.

Un concert des mieux réussis a fait suite à la distribution de diplômes et de médailles, récompenses attribuées à ceux qui ont rendu des services aux colonies de l'Œuvre en 1905.

Les adhésions à l'Œuvre des colonies doivent être envoyées à M. Legoy, président, ou à M. Prignon, secrétaire général, au siège social, 6, rue Louvois. Le montant de la première cotisation, y compris le droit d'entrée de 1 fr., s'élève à six francs.

Le dossier sanitaire des conscrits.

La nouvelle loi militaire a apporté de nombreuses modifications dans le fonctionnement des conseils de révision. Une

des modifications les plus intéressantes consiste dans l'établissement, pour les conscrits qui en feront la demande, d'un dossier sanitaire. Jusqu'à présent, les conscrits pouvaient présenter au conseil de révision, mais à titre purement officieux, des certificats médicaux à l'appui des réclamations qu'ils avaient à formuler.

Il n'en sera plus de même maintenant. En effet, pour les conscrits qui en feront la déclaration à la mairie de leur commune, il sera établi un dossier sanitaire contenant les certificats déposés par l'intéressé. Ce dossier devra être soumis au conseil de révision, et si malgré les infirmités ou maladies invoquées, l'inscrit est déclaré bon pour le service, son dossier sanitaire devra le suivre après son incorporation et être conservé par le corps auquel il sera affecté et transmis à chaque mutation à son nouveau corps.

Pour cette année, le dosier sanitaire devra être constitué au plus tard le 15 février prochain (art. 10 de la loi du 21 mars 1905.) (*Le Matin.*)

Le traitement du cancer à l'Académie de médecine de Belgique.

D'après le *Petit Bleu*, de Bruxelles, le professeur Van Ermenghem vient de faire à l'Académie de Belgique une communication résumant les travaux du Dr Ch. Jacobs, à sa clinique d'Anderlecht, sur le traitement du cancer. L'éminent chirurgien démontre qu'il est parfaitement exact que le cancer soit d'origine microbienne comme Doyen l'a avancé et comme Metchnikoff l'a confirmé. Le traitement de la terrible affection sera une vaccination, son remède sera un vaccin, c'est-à-dire un produit dérivant du microbe lui-même. Mais ce remède, dans des mains ignorantes et pour bien des raisons, peut être dangereux, tout comme les remèdes organiques contre la tuberculose. Le docteur Ch. Jacobs, par une longue suite d'expériences sur la composition intime du sang aurait trouvé les lois qui doivent présider à l'administration rationnelle du vaccin anticancéreux, non seulement suivant chaque malade particulier, mais encore suivant chaque situation du même patient dans le cours de sa maladie. Le traitement anticancéreux cesserait donc d'être empirique, il entrerait dans la phase scientifique.

Les médecins de l'assistance médicale gratuite au Conseil d'Etat.

La loi du 15 juillet 1893 a laissé pleins pouvoirs aux conseils généraux pour organiser le service de l'assistance médicale gratuite, en tenant compte des habitudes et des préférences locales. C'est aux conseils généraux notamment qu'il appartient de déterminer dans les règlements départementaux les règles relatives au choix des médecins. Ces assemblées se sont partagées entre deux systèmes. Le premier consiste à faire désigner par le préfet pour chaque circonscription un médecin auquel les malades assistés doivent obligatoirement s'adresser. Le second fait participer au service de l'assistance tous les médecins qui acceptent les conditions de fonctionnement du service. Il a le grand avantage de permettre aux malades pauvres de choisir, comme les malades les plus fortunés, le praticien qui leur convient. Le conseil général de la Lozère a adopté ce second système et il a voté un règlement, en stipulant que les médecins qui voudraient prêter leur concours au service de l'assistance médicale gratuite n'auraient qu'à y adhérer, cette adhésion impliquant, pour celui d'entre eux qui serait le plus rapproché du domicile d'un malade, l'obligation de se rendre à son appel.

Le texte contient un article 11, portant que tout médecin qui refuserait son concours sans motif légitime ou qui ne se conformerait pas au règlement, pourrait être exclu du service par décision motivée du préfet. Les médecins de l'assistance ne sont donc pas des fonctionnaires, et leur exclusion éventuelle est limitée à des cas très déterminés.

Or, il advint que le docteur V..., médecin à Saint-Chély-d'Apcher, qui avait adhéré au règlement, fut appelé par un malade domicilié dans un autre canton. Ayant constaté que ce malade avait besoin d'être opéré d'urgence, et dans le but, dit-il, d'éviter au service les frais de visites réitérées et lointaines, il le fit entrer à l'hôpital de Saint-Chély, où il l'opéra et lui fit plusieurs pansements. Puis quand le malade fut guéri, le docteur V... envoya à l'administration un mémoire de 23 fr. 50 pour l'opération et huit visites.

L'administration prétendit qu'il n'y avait eu que cinq visites, ce qui faisait une différence de 4 francs, et. la politique s'en mêlant, le docteur V..., qui paraît avoir été en mauvais termes avec la préfecture, fut l'objet, le 5 mars 1904, d'une mesure d'exclusion. Le préfet prit un arrêté lui interdisant à titre d'avertissement, pendant toute l'année 1904, de soigner, pour le compte de l'assistance médicale les assistés du canton où s'était produite la réclamation. Puis, à la suite d'une violente polémique de presse, il prit, le 21 mai suivant, un nouvel arrêté excluant jusqu'à nouvel ordre le docteur V..., sur tout le territoire du département du service de l'assistance. Cet arrêté du 21 mai 1904 était motivé par la polémique à laquelle s'était livré le docteur V..., et portait que dans ces conditions, il n'était pas possible de continuer avec lui des rapports administratifs. Le docteur V... a alors saisi le Conseil d'Etat et lui a déféré l'arrêté préfectoral.

La haute juridiction vient de lui donner raison. Elle a estimé, en effet, que la mesure attaquée avait été prise en dehors des cas d'exclusion limitativement prévus par l'article 11 du règlement du conseil général. En conséquence, l'arrêté préfectoral a été annulé. (*Le Petit Temps.*)

La ventilation du Métropolitain.

Le Conseil d'hygiène de la Seine a constaté que l'air des tunnels du Métropolitain et surtout celui des wagons qui y circulent, toujours encombrés, est irrespirable et a émis les vœux suivants :

1° Etablir des cheminées d'appel. munies de puissants ventilateurs, échelonnées le long du tunnel ; l'efficacité de ces cheminées pourrait être accrue par l'installation de quelques machines soufflantes destinées à insuffler l'air du dehors ;

2° Pendant la nuit, au moment où le Métropolitain ne marche pas, substituer aux portes existantes, qui empêchent pendant la journée le renouvellement de l'air, des grillages permettant l'arrivée de l'air extérieur qui refroidirait l'atmosphère du souterrain ;

3° Agrandir les vasistas des wagons ou disposer dans chacun d'eux un ou plusieurs petits ventilateurs électriques fixés à l'avant et à l'arrière des voitures.

Des mesures vont être aussitôt prises pour remédier aux graves inconvénients du Métropolitain souterrain.

Migration des corps étrangers.

Dr Ernst Feischer, de Budapest, a rapporté un cas très curieux de la migration d'une balle de revolver. Ayant pénétré, il y a 4 ans 1/2, dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne mammaire, elle fut découverte il y a six mois dans une *hernie scrotale* (*congénitale*) droite. A l'opération la balle occupait un sac péritonéal dans le sac herniaire. (*Wiener. klin. therap. Wochschr*).

Ligue contre la poussière sur les routes.

A la dernière séance de la Ligue, à Paris, séance à laquelle M. le Ministre des travaux Publics et M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène s'étaient fait représenter. assistaient également tous les délégués des Automobiles-Clubs et des Touring-Clubs étrangers. D'après les rapports officiels des ingénieurs des Ponts et Chaussées des départements de la Seine, Seine-et Marne, Seine-et-Oise et de la Ville de Paris, les 4 années d'essais du goudronnage ont donné des résultats excellents à tous les points de vue, justifiant complètement les dépenses engagées, qui varient entre 12 et 17 centimes le mètre carré. Sur l'avenue Thiers, à Melun, entre autres, l'économie annuelle résultant du goudronnage a été évaluée à 10 centimes par mètre carré sur la diminution de l'usure et 5 centimes par m. c, sur l'arrosage et l'ébouage, de sorte que le goudronnage dans les traversés d'agglomérations ne coûte rien, en procrant aux riverains le bénéfice d'une route sans boue ni poussière. Le goudronnage est donc en train de devenir un nouveau moyen d'entretien des routes, moyen considérablement perfectionné ces derniers temps par des appareils permettant de répandre automatiquement et rapidement le gou-

dron en adoptant (à cause de la nécessité d'opérer dans des circonstances atmosphériques favorables) la devise : Vite et Bien. Aussi le Ministre des Travaux Publics a-t-il consenti, sur la demande de la Ligue, à nommer une commission technique pour l'étude de la question.

L'application de la loi sur la santé publique en province.

Nous avons reçu de M. le Maire de Rouen, à la date du 26 janvier, la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

En réponse à votre lettre du 16 janvier courant, j'ai l'honneur de vous informer que l'application de l'art. 6 de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, est assurée à Rouen, depuis le mois de mai dernier.

A cet effet, de nombreuses affiches ont été placardées en avril et septembre dans tous les quartiers, notamment à la porte des principaux établissements industriels, avisant le public de l'obligation de la vaccination ou de la revaccination aux trois époques de la vie, mentionnées dans la loi. D'autre part, il a été dressé, dans mes bureaux, pour chaque période de la vaccination, une liste pour chacune des 3 catégories de personnes qui, par leur âge, étaient assujetties à la loi ; voici comment il a été procédé pour l'établissement de ces listes.

A) Pour les enfants âgés de moins d'un an, il a été procédé au bureau de l'état-civil, au relevé des naissances déclarées. B) Pour les enfants entrés dans leur onzième année, la liste en a été établie à l'aide de celles dressées par le bureau municipal de l'instruction publique pour la fréquentation scolaire obligatoire. C) En ce qui concerne les personnes entrées dans leur 21e année, le relevé en a été fait à la suite d'un recensement général fait à domicile par les gardiens de la paix. Dans ce but, chaque agent avait reçu un certain nombre d'imprimés afin de lui permettre d'établir autant de listes que de rues comprises dans le rayon qu'il était chargé de recenser.

Ce travail fait et les listes générales établies ensuite par ordre alphabétique, deux docteurs en médecine, désignés par M. le Préfet, ont procédé aux vaccinations, aux jours et heures indiqués dans les affiches dont je vous envoie deux exemplaires. J'ajouterai que, pour parfaire, dans la mesure du possible, les opérations entreprises, les deux docteurs se sont rendus, dans le cours du mois de juillet, dans tous les établissements scolaires publics et privés existant en ville et qu'il a été procédé à des vaccinations gratuites.

Agréez, etc.

Extension de la loi du 17 août 1876 sur les retraites aux fonctionnaires de l'enseignement secondaire et supérieur.

La loi du 17 août 1876 ne visait que des fonctionnaires de l'enseignement *primaire*. Elle portait la clause suivante qu'il est indispensable d'étendre aux fonctionnaires de l'enseignement secondaire et supérieur.

Art. 2, — La pension de retraite sera basée sur la moyenne des traitements et émoluments de toute nature soumis à la retenue dont l'ayant droit aura joui pendant les six années qui auront produit *le chiffre le plus élevé.*

Actuellement, pour les fonctionnaires de l'enseignement secondaire et supérieur on calcule la retraite sur la moyenne des traitements soumis à la retenue pendant les *six dernières années.* Que pendant ces six dernières années le traitement ait été bien inférieur au traitement des années antérieures on ne veut aucunement en tenir compte. Et en cela on va à l'encontre de l'esprit du législateur qui en accordant que la retraite serait calculée sur le traitement des six dernières années, en général *supérieur* aux traitements de début, voulait favoriser le retraité. C'est pour faire cesser la spoliation dont sont victimes les fonctionnaires de l'enseignement secondaire et supérieur que les intéressés doivent demander à leurs députés qu'on leur applique l'article du 17 août 1876 qui jusqu'à présent ne s'appliquait qu'aux fonctionnaires de l'enseignement primaire.

LES CONGRÈS

Congrès international laryngo-rhinologique. Jubilé de Fürck-Czermak.

(Vienne 1908.)

Dans le courant de l'année 1908, il y aura cinquante ans que la laryngologie et la rhinologie cliniques furent fondées à Vienne, par Fürck et Czermak. Il est permis d'admettre que nos collègues de tous les pays, auront à cœur de ne pas passer sous silence le cinquantième anniversaire de cette date mémorable, si importante pour la science médicale. Guidée par cette conviction ainsi que par un sentiment de patriotisme local, la « Wiener laryngologische Gesellschaft » a pris la détermination d'organiser un Congrès international laryngo-rhinologique pendant la semaine de Pâques de l'année de 1908, c'est-à-dire à partir du mardi 21 jusqu'au samedi 25 avril. Dans cette circonstance solennelle, nous trouverons l'occasion de célébrer dignement le jubilé de cinquante ans de notre science spéciale. Le Secrétaire Professeur Dr M. Grossmann, IX., Garnisongasse 10, Wien. — Le président : Professeur Dr O. Chiari, I., Bellariastrasse, 12 Wien.

2e Congrès international des colonies de vacances.

(Bordeaux, 17 avril 1906.)

Dans le dessein de préparer le deuxième Congrès des Colonies de vacances, d'examiner les questions qui figurent à l'ordre du jour de ce congrès et de rapprocher pour cet examen les œuvres diverses de la région parisienne et les personnes qui s'intéressent à ces œuvres, une réunion aura lieu au Musée Social, 5, rue Las-Cazes, le samedi 3 février, à huit heures et demie du soir, au cours de laquelle M. Louis Comte, secrétaire général du Congrès de Bordeaux, prendra la parole. Adresser toutes communications concernant cette réunion à M. Raoul Vimard, docteur en droit, à La Garenne-Colombes (Seine).

2e Congrès international d'hygiène scolaire.

Tenu à Londres (5-10 août 1907.)

Le succès du Congrès international, tenu à Nuremberg en 1904, a fait décider qu'on organiserait tous les trois ans pareille réunion. La prochaine aura lieu à Londres, du 5 au 10 août 1907. Etant donné d'une part la façon dont les Anglais savent recevoir, et d'autre part la notoriété de Sir Lauder Brunton, président de ce Congrès, sa réussite est d'ores et déjà assurée.

Le Comité anglais d'organisation est ainsi composé : Président : Sir Edward Bralbrook ; trésorier : Sir Richard Biddulph Martin ; secrétaires généraux : MM. James Kerr et E. White Wallis ; bureaux : Parkes Museum, Margaret str. W. Le premier soin du Bureau a été de solliciter la création de comités nationaux étrangers.

Le Comité français est ainsi formé :

Comité de patronage : Président d'honneur : M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique. Membres : MM. Chaumié, ministre de la Justice, Ribot, G. Leygues, Léon Bourgeois, Poincarré, Pierre Baudin, Liard, E. Lavisse, Rabier, Gasquet, G. Lanson, Frank-Puaux, Jules Gautier, Debove, Bouchard, Brouardel, Chantemesse, Grancher, Hutinel, Landouzy, Pinard, Pozzy, J. Courmont, De Nabias.

Comité français central d'action : Président : M. le Dr Albert Mathieu. Vice-présidents : MM. X. Léon et Bougier. Membres : MM. Créhange, Normand, Malapert, Gory, Le Gendre, Méry, A. Siredey, Mosny, Blondel, Galtier-Boissière, Granjux, L. Gourichon. Secrétaire général : M. le Dr Dinet, 11 *bis*, rue Cernuschi. Trésorier : M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

FORMULES

XX. — Contre la tricophytie de la barbe.

Bichlorure de mercure	0 gr. 20
Formol	0 gr. 75
Acétone	10 gr.
Alcool camphré	100 gr.

F. s. ext.

On touchera les parties malades matin et soir avec cette préparation. Pour la nuit, on appliquera :

Vaseline	20 gr.
Iode métallique	0 gr. 20

L'emploi de l'acétone a l'avantage de rendre la préparation plus pénétrante.

(Brocq, cité par les *Nouveaux Remèdes*).

Personnel médical des hopitaux. — Sont nommés chefs de service dans les hôpitaux :

Le Dr Avirагnet, médecin des hôpitaux, à l'institution Sainte-Périne. Le Dr Villemin, chirurgien des hôpitaux, à l'hospice de Bicêtre. Le Dr Mauclaire, professeur agrégé de la faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, à la Maison municipale de santé. Le Dr Thiéry, professeur agrégé de la faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, à l'hospice d'Ivry.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses. — *Mercredi, 7 février.* — *M. Blain* : De la surveillance et de l'assistance médicale de la femme enceinte dans les villes et les villages (MM. Pinard, Terrien, Wallich, Gosset). — *M. Roubaud* : Contribution à l'étude de la filaire de Médine (MM. Terrier, Pinard, Wallich, Gosset).

Jeudi, 8 février. — *M. Mora* : La pneumonie traumatique et la loi sur les accidents du travail (MM. Brouardel, Pouchet, Chantemesse, Dupré). — *M. Durey* : Contribution à l'étude de la ration alimentaire des nourrissons atrophiques (MM. Pouchet, Brouardel, Chantemesse, Dupré). — *M. Boidin* : Recherches expérimentales sur les poisons de la bactéridie charbonneuse. Nature de la réaction locale dans l'œdème malin (MM. Chantemesse, Brouardel, Pouchet, Dupré). — *M. Andrikidis* : Etude clinique des troubles morbides attribuables au trichocéphale de l'homme (MM. Dieulafoy, Hutinel, Rénon, Jeanselme). — *M. Paisseau* : Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade (MM. Hutinel, Dieulafoy, Rénon, Jeanselme). — *M. Marchand* : Chloroforme et psychopathie (MM. Berger, Budin, De Lapersonne, Faure). — *M. Cornu* : Sur quelques cas d'intolérance des nourrissons pour le lait de femme (MM. Budin, Berger, De Lapersonne, Faure). — *M. Liégard* : Emploi du collyre huileux à l'ésérine dans le traitement adjuvant des « ulcères infectieux de l'hypopion » (MM. De Lapersonne, Berger, Budin, Faure).

Examens. — *Lundi, 5 février.* — 2e (1re série, Salle Béclard) : MM. Gauthier, Gley, Branca. — 2e (2e série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André). — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Kirmisson, Wallich, Cunéo. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Legueu, Mauclaire. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Roger, Teissier, Macaigne.

Mardi, 6 février. — 1er (Oral, Salle Charcot) : MM. Berger, Poirier, Launois. — 2e (Salle Pasteur) : MM. Cornil, Gley, Maillard. — 3e (1re partie, Oral, Salle Richet) : MM. Pozzi, Thiéry, Brindeau. — 3e (2e partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Hutinel, Thiroloix, Guiart. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Dieulafoy, Vaquez, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Joffroy, Jeanselme, Carnot.

Mercredi, 7 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Legueu, Cunéo. — 2e (1re série, Salle Richet) : MM. Gautier, Ch. Richet, Macaigne. — 2e (2e série, Salle Béclard) : MM. Gariel, Gley, Branca.

Jeudi, 8 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Pozzi, Launois, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Joffroy, Guiart, Maillard. — 2e (Salle Charcot) : MM. Cornil, Gley, Desgrez. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Guyon, Poirier, Brindeau.

Vendredi, 9 février. — 2e (1re série, Salle Richet) : MM. Gautier, Ch. Richet, Macaigne. — 2e (2e série, Salle Pasteur) : MM. Gariel, Gley, Branca. — 3e (2e partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Blanchard, Teissier, Legry. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Terrier, Reclus, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Pierre Duval.

Samedi, 10 février. — 2e (Salle Pasteur) : MM. Gley, Launois, Broca (André). — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Berger, Poirier, Bar. — 4e (Salle Béclard) : MM. Chantemesse, Gilbert, Dupré. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Bonnaire, Demelin, Brindeau.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'hélénine sur le bacille de la tuberculose.

Ainsi que le fait avait été déjà signalé par le Dr de Korab (*Académie des Sciences*, 1882), Pilatte (*Thèse de Montpellier*, 1885) a remarqué que des quantités minimes d'hélénine suffisaient à empêcher le développement des bacilles tuberculeux. Il faut en conclure que l'hélénine a une puissante action pour empêcher le développement de la phtisie, action qui a été constatée et admise par MM. Erhard et Cornil et par Hanot (*Traité de la phtisie pulmonaire*). L'hélénine s'administre à la dose de 2 ou 3 globules du Dr Korab par jour.

Terrible accident. — Mme Michaud femme du Dr Michaud, en reconduisant sur le palier de sa maison quelques amis qui étaient venus dîner chez elle, 2, boulevard Raspail, se pencha au-dessus de l'ascenseur, pour leur dire au revoir. A ce moment, l'appareil se mettait en mouvement et Mme Michaud, n'ayant pu se dégager à temps, fut étranglée. Le *Progrès médical* prie le Dr Michaud d'agréer ses sincères condoléances.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 14 janvier 1905 au samedi 20 janvier 1906, les naissances ont été au nombre de 985, se décomposant ainsi : légitimes 719, illégitimes 266.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 897, savoir : 478 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0 — Rougeole : 21. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 4. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 187. — Tuberculose des méninges : 15. — Autres tuberculoses : 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : 69. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 50. — Maladies organiques du cœur : 76. — Bronchite aiguë : 14. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire 111. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 4 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale 2. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 25. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 23. — Débilité sénile : 29. — Morts violentes : 23. — Suicides : 10. — Autres maladies : 122. — Maladies inconnues ou mal définies : 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : légitimes 47, illégitimes 19.

Légion d'honneur. — *Au grade de commandeur* : M. le Dr Peyrot (Jean), membre de l'Académie de médecine. — *Au grade de chevalier* : MM. Joyeux-Laffuée, (de Caen) ; Ritti, (de Charenton) ; Tollemer, May, Coudray, (de Paris) ; Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris ; Schlemmer, médecin au Mont-Dore ; Raugé, médecin à Challes-les-Eaux, Séailles, administrateur de la Société municipale du 17e arrondissement, médecin à Paris ; Darier, médecin oculiste à Paris, Courdouan, médecin à Lorgues (Var) ; Veil, médecin à Paris, Dr Tucoulat, adjoint au maire de Bayonne.

Dans la catégorie des Français résidant à l'étranger, sont nommés *chevaliers* : MM. Brossard, médecin-chirurgien de l'hôpital français du Caire ; Simon, médecin à Buenos-Aires.

Dans la catégorie des étrangers résidant en France, est nommé *chevalier* : Arthur Gardiner, sujet britannique, vice-président de la commission administrative de l'hôpital de la Providence à Dinard.

Enfin, par un décret spécial, est nommé *chevalier de la Légion d'honneur* : M. Gérasime Phocas, professeur de clinique chirurgicale à l'université d'Athènes ; services rendus à la science et à l'influence française.

Nos sincères félicitations aux nouveaux promus, parmi lesquels nous comptons des amis.

Décorations académiques. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Georges Alexandre, Baudet, Bérard, Blottière, G. Brouardel, Burlureaux, Carlier, C. Chenet, D. Courtade, Maurice de Fleury, L. Frey, A.-G. Gilbert, J.-A. Hugnet, Josset, Levassort, Péraire, Pochon, Ratynski, A. Riche, Rougeot, Sébillotte, E. Sénac, F. Soulier (de Paris) ; Allary (de Leucate) ; Béal (de Saignes) ; Bernard (de Dinard) ; Bonnenfant (de Saint-Prouant) ; Bornay (de Saint-Pol) ; Cannac (de Quins) ; Carton (de Mehun-sur-Yèvre) ; Chaudron (d'Eclaron) ; Chevillon (de Marseille) : Cornet (d'Aubière) ; Delpierre (d'Ansauvilliers) ; Dupret (de Groslay) ; Fillon (de La-Roche-sur-Yon) ; Gilson (d'Angoulême) ; Giquel (de Vannes) ; Guy (de Limours) ; Héron (de Tours) ; Hortolès (de Montpellier) ; Jardel (de Remiremont) ; Kleinschmidt (de Montpellier) ; La garde (de Vals-les-Bains) ; Lespine (de Verdun) ; Leuillieux (de Conlie) ; Long (de Toulon) ; Marcaillou d'Aymeric (de Blidah) ; Martres (de Betchat) ; Mattrais (de Chinon) ; Mohamed Ben Amor (de Bône) ; Nuguet (de Luzy) ; Pépin (de Montournais) ; Petrolacci (de Bône) ; de Saint-Fuscien (de Grandvilliers) ; Wiet (de Reims) ; Catteau (médecin militaire).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs C. Ascher, Barjon, Baumgarten, P.-L. Berthelot, J.-C. Boyer, Colonna, L.-R. Delage, Estrabaut, Farez, Faucon, Fougères, Gandy, Gaumerais, Guibert, Jacquemin, A. Javal, Joyau, Krieger, B. Lamy, Lapointe, Lefas, H. Legrand, Leper, Lucz, Menier, Francis Munch, Nigay, Ouvrier, O. Pasteau, L.-A. Petit-Query, Quillier, Stef, L. Ungauer, L.-R. Weill (de Paris) ;

Abd-el-Nour (de Bazeilles) ; Astruc (de Montarnaud) ; Aubert (d'Oraison) ; Aumont (de Saint-Illide) ;

Barandon (de Grandieu) ; Barêty (de Nice) ; J.-A.-E. Battarel (d'Alger) ; Beaudonnet (de Septfonds) ; Beaujeu (de Noisy-le-Sec) Bernard (de Bourbon-l'Archambault) ; Bidache (de Toulouse) ; Bigex (de Romilly-sur-Seine) ; P.-J.-E. Bitot (de Bordeaux) ; Bonneau (de Toulouse) ; Borde (de Lourdes) ; Bourguignon (de Limoges) ; Bourlaux (de Villenave-d'Ornon) ; Boutineau (de Couhé) ; Bouyssou (de Toulouse) ; Bruel (de Louvres) ; Bula-Lafont (de Saint-Martin-de-Seignaux).

Canda (de Norrent-Fontes) ; Carette (de Flixecourt) ; Cazes (de Fontanes) ; Chanfreau (de Pointis-Inard) ; C. Charpentier (de Prémery) ; Convers (de la Javie) ; G.-A.-Coriveaud (de Blaye) ; Coste (de Lamontgie) ; Couillac (d'Ambès) ;

Debray (de Laon) ; Delangle (de Gentilly) ; P.-E. Delors (de Baud) ; Derrien (de Rohan) ; Despeignes (des Echelles) ; D'Hôtel (de Charleville) ; Dion (du Blanc) ; Ducos (de Viella) ; Dumarest (d'Hauteville) ; Dupont (de Bordeaux) ; Dupré (de Laval) ; Duran (de Saint-Gaudens) ; Duval (de Marigny) ;

P. Fabre (de Pertuis) ; Fabre (du Puy) ; Faille (de Fismes) ; Fayt (de Théminettes) ; Flous (de Gaillac) ; Fontan (de Trie) ; François (de Marseille) ; Franqueville (de Rue) ;

Gascuel (du Havre) ; Gaultier (d'Evran) ; Gestat (de Loury) ; Ghisgand (d'Anzin) ; Gibiat (de Saint-Estèphe) ; Gorez (de Lille) ; de Grailly (de Vouvray) ; Grégoire (de Vaucouleurs) ; Grenet (de Maisons-Laffitte) ; Hannion (de Nogent-sur-Vernisson) ; Haranchipy (de Courbevoie) ; Houdart (de Brest) ; Huguet (de Palaiseau) ; Hurault (de Savigny-sur-Braye) ; Imbert (de Fresneaux-Montchevreuil) ; Jacowski (de Beaumont-en-Gâtinais) ; Labiche (de Méréville) ; Lafaye (de Saint-Astier) ; Lallement (de Besançon) ; Le Faguays (de Nantes) ; Lefebvre (de Bohain) ; Legrand (de Verneuil) ; Léquibin (d'Oisemont) ; Le Roy de Langevinière (d Etaples) ; Magne (de Mèze) ; Malençon (de Sainte-Mère-Eglise) ; Martinaud (d'Avignon) ; Massina (de Vernet-les-Bains) ; Massonié (de Verdun-sur-Garonne) ; Maugue (des Martres-de-Veyre) ; Mazoyer (de Villefort) ; Meignant (de Chalonnes-sur-Loire) ; Melcion (de Sauvigny) ; Meyvlile (d'Oloron) ; D'Olier (d'Orléans) ;

Paradis (de Quiry-le-Sec) ; Péan (de Médéa) ; Pellerin (de Neuilly-le-Réal) ; Penot (de Bellac) ; Peretti (de Sartène) ; de Peretti (de Lévie) ; Perrier (de Puylaurens) ; Peyronnet (de Toulouse) ; Pognon (de Saint-Mandé) ; Prat-Flottes (de Toulon) ; Rapine (de Marseille) ; Reynaud (de Saint-Etienne) ; G.-J.-A. Reynaud (de Marseille) ; Reynes (d'Orange) ; Robert (de Salers) ; B. Rocca (de Marseille) ; Rodié-Talbère (de Valence-d'Agen) ; Ronnaux (de Cambrai) ; Roumieu (de Saint-Privat) ; Salva (d'Agde) ; Santi (d'Orgon) ; Sarda (d'Annonay) ; Sauvage (de Vraiville) ; Sicard (de Jonzac) ; Tison (d'Avesnes-les-Aubert) ; Tison (de Templeuve) ; Trazit (de Saint-Flour) ; Vandier (de La Crèche) ; Wagner (de Lieurey) ; Bouffandeau, Cousergue, Delahaye, Knoll, Lajoanio, M.-A. Rudier (médecins militaires) ; Barthélemy (médecin de la marine) ; Bouffard (médecin des troupes coloniales) ; Mme Héron de Villefosse née Petit, docteur en médecine à Paris ; Mlle Roussel, docteur en médecine à Rouen.

Mérite agricole. — *Chevaliers.* — MM. les docteurs Garrigues, Louart, Pourtié (de Paris), Canazzi (d'Olmeto), Cazaux (de Langoiran), Clément (de Marseille), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Gémin (de Châteaubriant), Honneau (de Saint-Mathieu), Lucciardi (de Santo-Pietro-di-Tenda), Ogier (de La Verpillière), Sauvagnat (de Charenton), Zuccarelli (de Bastia, Cadiot, Garret (médecins militaires), Spire (médecin des troupes coloniales).

Corps de santé militaire. — *Mutations* : Les médecins-majors de 1re classe : Vilmain, méd. chef hospice mixte de Toul, est désigné pour hospice mixte de Tours ; Pesme, du 9e génie, pour hospice mixte de Nantes ; Vincent, du 151e d'inf., pour le 120e ; Lalitte, du 155e d'inf., est nommé méd. chef hospice mixte de Toul : Licht, du 1er génie, est désigné pour le 4e ; Deumié, du 39e d'inf., pour le 1er génie.

Les médecins-majors de 2e classe : Pierron, du 20e bat. chass., pour le 39e d'inf. ; Lenez, du 7e drag., pour le 155e d'inf. : Armynot du Chatelet, du 10e chass., pour le 151e d'inf. ; Pourrat, du 12e huss., pour le 10e chass. ; Dodleau, des hôpitaux d'Alger, pour le 128e d'inf., pour le 110e ; Marlier, du 156e d'inf., pour le 8e drag. ; Bourcier, du 2e étranger, pour le 12e huss. ; Mendy, du 8e drag., pour le 7e ; Doumeng, du 45e d'inf. pour le 4e bat. d'inf. légère d'Afrique ; Ga, dit Gentil, du 3e zouaves, pour le 2Ce bat. de ch.

Les médecins aides-majors de 1re classe : Duguet, du 18e drag., pour le 156e d'inf. ; Caubert, du 112e d'inf., pour le 64e ; Jeandidier, des hôpitaux de Constantine, pour le 3e zouaves ; Gimazane, des hôpitaux de Constantine, pour le 2e étranger ; Gruić, des hôpitaux d'Alger, pour le 96e d'inf. ; Dupuich, du 3e chass., pour le 146e d'inf. ; Brunetière, du 32e d'inf., pour le 147e ; Petit, du 117e d'inf., pour le 76e ; Bailliart, du 76e d'inf., pour le 3e chass. ; Roudié, du 34e d'inf., pour les hôpitaux d'Alger ; Boussenot, du 23e bat. chass., pour le 89e d'inf. ; Barthélemy, du 43e d'inf., pour les hôpitaux d'Alger ; Flach, du 9e dragons, pour le 23e bat. chas. ; Gaud, du 158e d'inf., pour les hôpitaux de Constantine ; Darthenay, du 19e d'inf., pour les oasis sahariennes ; Artus, du 28e bat. chass., pour le 112e d'inf.

Les médecins aides-majors de 2e classe : Fontan, de l'hôpital de Bourges, pour le 134e d'inf. ; Rigal, de l'hôpital Villemanzy, de Lyon, pour le 158e d'inf. ; Balme, de l'hôpital Villemanzy, de Lyon, pour le 28e bat. chass. ; Rudler, de l'hôpital de Lille, pour le 4e d'inf. ; Trèves, de l'hôpital de Lille, pour le 43e d'inf. ; Moynet, de l'hospice mixte de Verdun, pour le 9e drag.

Le pharmacien aide-major de 1re classe Isnard, des hôpitaux d'Alger, pour les hôpitaux d'Oran.

Le pharmacien aide-major de 2e classe Dejussieu, des hôpitaux d'Oran, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

Corps de santé colonial. — *Mutations.* — Sont affectés, savoir : 1° En Annam : Le médecin principal de 2e classe Dumas, en résidence libre, remplira dans la position d'activité hors cadres, les fonctions de directeur du service de santé de l'Annam. — 2° En France : Médecins-majors de 1re classe : au 2e d'inf. col. à Brest, M. Le Guen, rentré de la Réunion ; au 4e à Toulon, M. Recoules, attendu du Tonkin. Médecins-majors de 2e classe : au 3e d'art. col. à Toulon, M. Broquet, rentré de la Réunion. Médecins aides-majors de 1re classe : au 2e d'artill. col. à Cherbourg, M. Lailheugue, rentré du Soudan : au 1er rég. d'artill. col. à Lorient, M. Duperron, du 2e rég. d'art. (n'a pas rejoint).

Médecins de l'assistance publique. — Par arrêté ministériel du 15 janvier sont nommés médecins de l'Assistance publique les médecins suppléants dont les noms suivent : M. le Dr Acheroy (Paul-Edouard-Joseph), rue de Vaugirard, 164, affecté au 13e arrondissement. M. le Dr Picard (Georges-Frédéric), rue Jacques-Cœur, 11 *bis*, affecté au 11e arrondissement ; M. le Dr Dézille (Abel-Jean-Baptiste), rue Didot, 53, affecté au 13e arrondissement. M. le Dr Batisse (Benoît-Jean-Joseph), rue du Cherche-Midi, 99, affecté au 13e arrondissement ; M. le Dr Gayrol (André-Pierre-Joseph), avenue Niel, 93 affecté au 19e arrondissement ; M. le Dr Berruyer (Gaston-Louis-Victor), rue des Saints-Pères, 73 *bis*, affecté au 19e arrondissement ; M. le Dr Sainmont (Camille-Jules), rue de la Roquette, 36, affecté au 20e arrondissement ; M. le Dr Arnoux (Emile-Henri-Adolphe), rue Monceau, 91, affecté au 19e arrondissement.

Société amicale de secours mutuels des employés de la faculté de médecine et de l'école supérieure de pharmacie de Paris. — L'Amicale de secours mutuels de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie a tenu, le 14 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Pharmacie, sa première assemblée générale sous la présidence de M. le Docteur Chouvier assisté de M. le Docteur Lombard.

Après la lecture des rapports de MM. Pierron, vétérinaire et Duboc, trésorier, le président, M. Chouvier a fait ressortir que la société, fondée il y a un an à peine, possède à l'heure actuelle un fonds social de près de 3000 fr. Le docteur Lombard a prononcé un discours en faveur de la Mutuelle des employés des facultés, ses anciens collègues restés ses bons amis.

Un banquet a eu lieu le soir à 8 heures au Palais d'Orléans.

La tuberculose et le personnel des postes. — La commission instituée au sous-secrétariat des postes pour étudier l'organisation des sanatoriums en faveur du personnel des postes, des télégraphes et des téléphones, s'est réunie sous la présidence de M. Seligmann-Lui, inspecteur général.

La commission a adopté un vœu déposé par le docteur Lachau député, tendant à ce qu'un projet de loi ou un article additionnel à la loi de finances soit déposé à bref délai pour obtenir du Parlement le vote d'un crédit de 1,200,000 francs pour l'envoi en « congé définitif de maladie » des agents tuberculeux incurables, dangereux pour la contagion à l'égard du personnel et du public. M. le sénateur Peyrot et M. Lachaud, député, ont promis leur appui pour assurer le succès de cette proposition au Parlement. Dans une prochaine séance, la commission examinera les moyens à prendre pour obtenir les ressources nécessaires par souscription volontaire du personnel, loteries ou autres, afin d'assurer le traitement des prétuberculeux et l'envoi dans les sanatoriums des agents tuberculeux curables. (*Le Temps*).

Contre la Peste. — *Le Matin* annonce que le Dr Klein, dans une communication aux autorités anglaises, déclare avoir trouvé un remède contre la peste.

En Russie. — Le journal la *Molva* prétend que le comité municipal des hôpitaux de Saint-Pétersbourg a refusé de laisser transformer en prisons les hôpitaux.

Les journaux racontent les atrocités que les soldats auraient commises à l'asile d'aliénés de Saint-Nicolas. Sur 1,000 pension-

naires 700 avaient été internés pour tendances révolutionnaires. Le règlement de l'état de siège partiel autorise la police d'envoyer tous ceux qu'elle voudra dans un asile d'aliénés. Les soldats auraient maltraité les internés et les membres du personnel.

LA CRÉMATION EN ANGLETERRE. — En Angleterre, comme en France, les progrès du système d'incinération des corps sont des plus lents. Le nombre des cadavres livrés aux fours crématoires fut de 475 en 1903 : de 566 en 1904 ; de 600 en 1905. Le nombre des établissements d'incinération s'est élevé à 9 à 12. Ce n'est encore que l'élite de la société — ou ce ne sont que des gens désireux d'appeler sur eux l'attention après leur mort — qui renoncent, jusqu'ici, à l'enterrement ordinaire. On estime qu'il faudra au moins un demi-siècle avant que le système ne se popularise. (*Le Petit Parisien*, du 21 janvier 1906.)

UNE EXPOSITION INTERNATIONALE A ANVERS est annoncée pour les mois d'avril et mai 1906. La partie de la *médecine* et de l'*hygiène* y occupera une place très importante. Nous engageons fortement les fabricants à participer à cette exposition qui est patronnée officiellement et placée sous la très haute Présidence de S. A. R. Madame la Comtesse de Flandre. Tous les renseignements peuvent être demandés au Secrétariat, 26, rue d'Arenberg, Anvers. (Cercle Royal Artistique).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de chimie appliquée aux corps organiques.* — M. ARNAUD, professeur, commencera ce cours le jeudi 8 février 1906, dans l'Amphithéâtre de chimie du Muséum d'histoire naturelle, rue de Buffon, nº 63, à quatre heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des hydrates de carbone, des sucres et des glucosides, ainsi que des méthodes synthétiques et analytiques qui se rattachent à l'étude de cette classe importante de principes immédiats.

DÉSAVEU DE PATERNITÉ. DURÉE DE LA GROSSESSE : LE TRIOMPHE DE L'ESPRIT JURIDIQUE. — La femme du garçon de café Lammier ayant accouché cent quatre-vingt-quatre jours après son mariage, et avouant d'ailleurs que ce n'était pas des œuvres de son mari, le garçon de café demandait à la première chambre de déclarer que l'enfant ainsi né n'est pas de lui.

Mais le Code civil décidant qu'il ne peut y avoir désaveu de paternité que s'il est prouvé que le mari s'est trouvé dans l'impossibilité de cohabiter avec sa femme du trois cent quatre-vingtième jour avant la naissance de l'enfant, il s'en fallait de quatre jours pour que cette impossibilité se présentât dans le cas de M. Lammier, et le tribunal a décidé que c'était assez pour qu'il fût le père ; l'aveu de la mère étant d'ailleurs écarté comme irrecevable, dans l'intérêt de l'enfant.

Seulement, le tribunal a prononcé le divorce entre M. Lammier et sa femme, au profit du mari, à raison de l'injure grave à lui faite par sa femme, en lui cachant, au moment du mariage, qu'elle était enceinte de l'enfant dont pourtant M. Lammier est déclaré le père ! N'est-ce pas le dernier mot de l'esprit juridique ? (*L'Aurore*, 17 janv.)

MORT D'UNE CENTENAIRE. — La nuit dernière, s'est éteinte de vieillesse à l'infirmerie protestante, rue du Platane, à Marseille, Mlle Gleg, née le 21 septembre 1803. Mlle Gleg a gardé le lit quelques jours à peine. (L'*Action* du 22 janvier 1906.)

LAICISATION DE L'HOPITAL D'ISSOIRE. — On nous assure que l'hôpital de cette ville a été laïcisé il y a 6 mois.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr de VECKER, l'oculiste distingué.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 9 avril 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères, 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à 3 heures, du jeudi 1er mars au samedi 24 du même mois inclusivement.

HOTEL-DIEU. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. GILBERT BALLET reprendra ses leçons sur les Maladies Nerveuses, le dimanche 4 février, à 10 heures, amphithéâtre Trousseau, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales, le samedi à 9 h. 1/2 (salon de la salle Sainte-Anne)

HOPITAL COCHIN-ANNEXE. — Le Dr QUEYRAT commencera, le jeudi 8 février, à 10 h. 1/2, des conférences sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau (avec présentation de malades et démonstrations bactériologiques), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques* gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — Professeur Pr BUDIN. — Tous les mardis à 9 heures : *Leçons de clinique obstétricale.* Tous les samedis à 9 heures, *Leçons sur l'allaitement et l'hygiène du nourrisson.*

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Leçons de clinique obstétricale.* — M. le Dr MAYGRIER (amphithéâtre Potain), le jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Clinique mentale et nerveuse). —M. le Dr J. VOISIN, le jeudi à 10 heures.

Enseignement libre.

CONFÉRENCE. — M. le Dr A. CHERVIN fera le 6 février à 8 heures 3/4 très précises du soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, une conférence sur les troubles de la parole.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ENFANT, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef, MM. Henri ROLLET et Jacques TEUTSCH. 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE
EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES

BOURNEVILLE : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc.
Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Avis à nos lecteurs.

Nous nous faisons un plaisir d'aviser nos nombreux lecteurs qu'ils pourront compléter leur bibliothèque à bon compte. Une très importante bibliothèque est actuellement à vendre. On nous annonce en effet que l'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE, *93, Boulevard Saint-Germain, à Paris*, qui fut fondé il y a près de quinze ans par le Dr M. BAUDOIN met en vente ses nombreuses collections d'ouvrages médicaux et scientifiques. La bibliothèque de l'Institut de Bibliographie contient près de 30.000 volumes, environ 8.000 thèses de Paris, la Province et l'Etranger et plus de 1.200 revues ou périodiques français ou étrangers. Tous les principaux auteurs français, allemands, anglais, italiens, espagnols, etc, etc, y sont représentés ; toutes les principales revues et le plus grand nombre des périodiques médicaux français et étrangers y sont catalogués. On y trouve même quantité d'ouvrages et travaux épuisés en librairie et qu'il est très difficile de trouver ailleurs.

Avant d'acheter un livre, une brochure, une thèse, ou de compléter leurs collections, nous engageons tous nos confrères et amis lecteurs à s'adresser *au Liquidateur de l'Institut de Bibliographie*, 93, Boulevard Saint-Germain, à Paris.

Librairie MASSON
120, Boulevard Saint-Germain.

Deuxième congrès d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique. Rapports et communications. 1 vol. in-8° de 332 pages. Prix .... 5 fr.

LACASSAGNE. — Précis de médecine légale. 1 vol. in-8° de 891 pages, cart. Prix .... 10 fr.

Librairie A. MALOINE
25 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

COSTE DE LAGRAVE. — Les raies de feu ou méthode pour appliquer les pointes de feu sans faire mal aux malades. In-8° de 26 pages. Prix .... 0 fr. 50

GRANDMAISON (F. de). — L'albuminurie goutteuse. In-18 de 288 pages. Prix .... 4 fr.

GUILLAUMIN (A.). — Contribution à l'étude de la gangrène des extrémités dans les affections cardiaques. In-8° de 50 pages.

LAQUERRIÈRE et DELHERM. — Electrothérapie clinique. 1 vol. in-8° de 280 pages. Prix .... 4 fr.

LAURENT (Emile). — La criminalité infantile. 1 vol. In-18 de 162 pages. Prix .... 2 fr. 50

Librairie Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

GRAUX (Lucien). — Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales. 1 vol. In-8° de 206 pages. Thèse de Paris.

LANGLET. — La population de Vitry-le-François et de son arrondissement 1773-1901. 1 vol. In-8° de 80 pages. Imp. Matot-Braine à Reims.

RÉGNIER (L.-R.) — Radioscopie, radiographie, radiothérapie. Applications techniques et cliniques. 1 vol. In-18 de 207 pages. Prix .... 5 fr. 50

Renseignements pratiques sur l'emploi du thigénol en gynécologie, dermatologie, vénéréologie, etc. In-8° de 16 pages. Muller, Paris.

Librairie F.-R. DERUDEVAL
4, rue Antoine-Dubois.

BARRAUD (J.). — Promenade d'un médecin à travers l'histoire. 1 vol. in-18 de 260 pages. Prix .... 3 fr. 50

MENDEL. — L'injection trachéale simplifiée. In-8° de 80 pages. Prix .... 1 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 FÉVRIER 1906

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Sur la prétuberculose fondée sur le syndrome respiratoire et urinaire. Son identité avec la tuberculose classique ;

par le Docteur **Marc LAFFONT**

La prétuberculose fondée sur les syndromes du chimisme respiratoire et urinaire, suivant les travaux de MM. A. Robin et M. Binet, n'existe pas comme entité morbide, je vais le prouver.

On sait que la plupart d'entre nous portent à l'état de saprophyte, aux orifices communs des voies respiratoires et digestives le microbe de Koch, dont la virulence variable suivant l'habitat sur divers animaux, depuis l'orvet jusqu'à l'homme, l'est encore chez une même espèce animale, sous diverses conditions dont le déterminisme jusqu'ici n'est pas scientifiquement expliqué.

On sait également que le microbe de Koch a été trouvé dans des organes sains en apparence (testicules, ganglions lymphatiques, reins, moelle osseuse, etc.) ; survienne un état pathologique aigu, une pyrexie, la tuberculose évolue. Je rappelle ici cette phrase profonde de Laënnec, citée par Dameschino dans sa thèse d'agrégation sur l'*Etiologie de la tuberculose, 1872* : « *Une « partie enflammée ressemble à la terre inculte depuis « longtemps, et dans laquelle le labour fait germer « une foule de graines qu'elle renfermait depuis long- « temps dans son sein* ».

Tout porte à croire que beaucoup sont, sans s'en apercevoir, l'habitat de ce terrible microbe, qui prend sa virulence à son heure, lorsque nous nous y attendons le moins, et qu'il évolue alors, trop souvent fatalement pour nous !

Mais, si la prétuberculose n'existe pas avec ses merveilleuses indications sur la prophylaxie tuberculeuse, sommes-nous désarmés pour dépister les premières manifestations du redoutable mal, alors qu'il est facilement curable ? Que non pas, heureusement. La méthode *officielle* d'auscultation et de percussion du professeur Grancher, l'étude méthodique des variations de la température selon les indications de M. Daremberg, la recherche méticuleuse des adénites, nous suffisent largement et ce sont les méthodes que je préfère. Nous avons de plus l'épreuve de la tuberculine, le séro-diagnostic de MM. Arloing et P. Courmont, le cyto-diagnostic de MM. Widal et Ravaut, l'inoscopie de M. Jousset, l'épreuve du vésicatoire de MM. Roger et Josué, la pneumographie de MM. Ed. Hirtz et Brouardel, l'examen microscopique du sang, etc. Après ce préambule un peu long, j'arrive à la réfutation des théories de MM. Robin et Binet, je trouve d'abord que leur point de départ, c'est à dire le chimisme respiratoire moyen de l'homme normal, n'a pas toute la rigueur scientifiquement exigible en pareille matière.

Toutes choses égales d'ailleurs, la taille, le poids, le nombre des respirations, le chiffre de la ventilation etc., la moyenne du chimisme respiratoire varie cependant de 1901 à 1905. — C'est ainsi que O fixé par les tissus est trouvé par ces MM. dans leur moyenne de 1905, 57 % plus fort que dans leur moyenne publiée en 1901 — Pourquoi ?

MM. Robin et Binet annoncent comme leur découverte que les échanges respiratoires des phtisiques sont augmentés, « contrairement à l'opinion générale et à la théorie officiellement enseignée ». Cependant, dès 1879 M. P. Regnard, dans sa remarquable thèse sur les « Combustions respiratoires », n'avait pas dit autre chose, et ses nombreuses analyses du chimisme respiratoire, faites avec toute la rigueur scientifique qui était de règle au laboratoire de notre regretté maître Paul Bert, démontrent que la quantité totale de O disparu dans la respiration des phtisiques, est de beaucoup supérieure à la normale, de même que O absorbé par les tissus pour les combustions organiques, d'où diminution souvent de près de 50 % du quotient respiratoire ou rapport de $\frac{CO^2}{O}$.

Lorsque la fièvre est moins forte, même chez les phtisiques avancés, ce quotient se rapproche de 0.8 normale adopté par tous les physiologistes.

Quant à CO^2 produit dans la période de fièvre, son augmentation n'est pas en rapport avec O total consommé, quelquefois même inférieur à la normale (15 à 16 litres par heure), à laquelle il remonte pendant la période apyrétique, pour la dépasser même souvent par suite de l'augmentation du nombre des mouvements respiratoires chez les phtisiques (24 mouvements au lieu

de 16), modification respiratoire qui fait passer dans les poumons une plus grande quantité d'air, parce que le phtisique, quoiqu'en disent MM. Robin et Binet est un affamé d'oxygène.

Tout, au reste, est incompréhensible pour moi dans cette partie du travail des auteurs précités. C'est ainsi qu'ils annoncent que la production de CO^2 est augmentée de 86 % chez la femme, de 54 % chez l'homme, en même temps que la quantité de O absorbé par les tissus croît de 163 % chez la femme et de 95 % chez l'homme. Or, pour arriver à l'augmentation simultanée chez l'homme de CO^2 produit et de O fixé par les tissus, dans les proportions indiquées par les auteurs, il faudrait une augmentation énorme de O total utilisé, soit 36 litres à l'heure, au lieu de la moyenne 20 à 21 augmentation que l'on rencontre seulement dans les états pathologiques très graves avec des températures avoisinant 40°. Encore, dans toutes ces combustions exagérées, l'augmentation porte-t-elle surtout sur O fixé par les tissus, et le quotient respiratoire diminue de 50 %. L'étude du chimisme respiratoire, même sans être poussée à l'exagération, est inutile comme élément de diagnostic, tout individu présentant une augmentation du nombre des respirations de 1/3, avec augmentation des combustions, s'il n'est pas affecté de pyrexies, fièvres infectieuses, etc., est facilement reconnu tuberculeux par l'auscultation et la percussion. J'ajoute que, même chez les tuberculeux manifestes, mais apyrétiques, ce chimisme respiratoire peut disparaître. Les prétuberculeux de MM. Robin et Binet sont donc des tuberculeux classiques et je ne vois rien d'étonnant à ce qu'ils en rencontrent 60 % parmi les descendants de phtisiques.

Autres sont les manifestations para-tuberculeuses, aujourd'hui officiellement enseignées, ce sont : la chlorose et la chloro-anémie, la scrofule et le lymphatisme, l'infantilisme de Lorrain, les aplasies cardio-artérielles. Les descendants des tuberculeux présentent souvent ces manifestations auxquelles ils doivent de l'anaphylaxie pour l'infection tuberculeuse. L'anaphylaxie, mot heureusement créé par le professeur Richet pour exprimer une susceptibilité spéciale, provoquée pour les infections ; j'ai pu la produire dans des expériences sur la tuberculose que j'ai instituées dans mon laboratoire avec mon élève le Dr André Lombard, en injectant préventivement des animaux avec la tuberculine.

Non seulement ces animaux n'ont pas été vaccinés, mais ils ont présenté au contraire de l'anaphylaxie tuberculeuse, ont été infectés plus rapidement par une inoculation du virus tuberculeux et sont morts avant les témoins. A mon avis, porteurs ou non de B. de Koch, les descendants tuberculeux atteints de para-tuberculose, ont été rendus anaphylactiques pour l'infection tuberculeuse, par les toxines solubles qu'il ont reçues pendant leur vie fœtale.

Tous les autres états de déchéance vitale, dont les principaux facteurs sont, sans contredit, l'alcoolisme, la misère (en 1862 Bertillon trouve 13 tuberculeux sur 100 morts riches et 33 sur 100 pauvres), et l'absence d'hygiène, s'ils ne constituent pas la para-tuberculose, mettent néanmoins l'organisme à l'état de réception très facile pour le virus tuberculeux, parce que la défense est amoindrie. Dans la même classe, malgré MM. Robin et Binet, après un grand nombre d'auteurs classiques, je place comme prédisposant à la tuberculose, l'arthritisme avec toutes ses modifications variées du côté de la peau, des séreuses, de l'appareil locomoteur, de l'appareil circulatoire, des viscères, toutes les fois que ces manifestations auront amené de la déchéance vitale. Trébeneau a trouvé 34 arthritiques sur 100 tuberculeux, le Dr F. O. Merson, à Leysin, 1 rhumatisant sur 5 tuberculeux et M. Bouveyron 12 sur 30. Déjà en 1865, Pollock, cité par Powell en 1874, dans son intéressante thèse sur les « Pseudo-rhumatisme tuberculeux » avait signalé la fréquence des affections rhumatismales et cardiaques au cours de la tuberculose. M. le professeur A. Poncet et ses élèves ont généralisé l'étude de cette forme de tuberculose, sous le nom de *tuberculose inflammatoire*, mais rappelons-nous que la découverte en est due à Gubler dont l'observation de 1860 restera classique comme description et interprétation. Aussi proposerai-je de donner au RHUMATISME TUBERCULEUX, la dénomination de RHUMATISME DE GUBLER.

Je reviens au syndrome respiratoire, expression de la prétuberculose, selon MM. Robin et Binet, et je répète que ce chimisme respiratoire est celui de la tuberculose classique : j'ajoute que la faible quantité de CO^2 éliminé par le fonctionnement du globule rouge, par rapport à l'élévation de O total consommé, reconnaît pour cause l'altération du sang dont la capacité respiratoire est diminué de 20 % au 1er degré, de 30 % au 2e degré, de 50 % et plus au 3e degré, comme nous le savons depuis les remarquables recherches de Quinquaud en 1872 et de M. Regnard en 1879.

En même temps l'hémoglobine baisse dans de fortes proportions, comme je l'ai établi au moyen de la méthode colorimétrique trouvée par le professeur Jolyet et moi.

Le syndrome urinaire invoqué par la même école, est-il davantage une preuve de prétuberculose ? je ne le crois pas. Je ne m'appuierai pas sur les analyses contradictoires de M. Berlioz, ni sur celles de M. Ott (de Wittlich), non plus sur les centaines d'analyses d'urine faites par M. Lombard et moi depuis 5 ans. Je dirai avec M. Daremberg dans son précieux traité de la « tuberculose » (1905), la déminéralisation ne peut servir d'élément de diagnostic pour la tuberculose, car on l'observe dans un grand nombre de maladies. J'ajouterai que, même pour la déchloruration urinaire, cette rétention des chlorures dans l'organisme est fonction de toutes les maladies infectieuses et non de la tuberculose seule. Enfin je dirai avec MM. Marcel et Henri Labbé : dans une analyse d'urine, si l'existence ou l'absence de substances anormales dans l'urine, constituent un élément très important de diagnostic, les chiffres indiquant le taux des principes normaux ne lui sont d'aucune utilité indispensable, car en dehors de tout trouble morbide, à l'état de santé, l'excrétion dépend avant tout de l'ingestion. « Il ne peut sortir de l'organisme que ce qui y a pénétré. »

En résumé, il n'y a point de prétuberculose comme entité morbide opposée à l'arthritisme. Il y a des para-tuberculeux issus de tuberculeux et présentant des tares organiques qui les rendent anaphylactiques pour les virus tuberculeux. La déchéance vitale, quelle qu'en soit la cause favorise l'infection par le bacille de Koch.

Certainement, la phtisie évolue en deux périodes, mais contrairement à MM. Bobin et Binet, je place avec tous les auteurs l'infection avant la consomption qui en est le corollaire.

Les initiateurs de la prétuberculose n'ont fait aucune découverte, car le chimisme respiratoire des phti-

siques a été parfaitement étudié avant eux par M. Regnard, et je ne crois pas que l'enseignement officiel ait jamais dit que la phtisie n'était pas une maladie de consomption et que la vitalité est amoindrie chez les tuberculeux.

MM. Robin et Binet pensent que leur découverte « bouleverse, par conséquent, toutes les idées directri- « ces actuelles de la prophylaxie et du traitement de la « phtisie... » j'espère que non, et je compte pour cela sur les travaux de la section d'hygiène de notre congrès. Les médecins continueront à tonifier les phtisiques, c'est-à-dire à stimuler, à invigorer les organites (leucocytes, lymphocytes, phagocytes en général), chargés de prendre dans le tube digestif les éléments de nutrition et d'apporter aux émonctoires les déchets de cette nutrition avec les toxines tranformées.

La vraie découverte, la seule qui ait bouleversé les idées directrices d'infection, de prophylaxie et de traitement de la tuberculose, c'est la découverte de la phagocytose dont le monde est redevable à M. Metchnikoff.

La tonification des phtisiques, nous la chercherons surtout dans l'hygiène, le repos et l'alimentation judicieuse, car nous n'oublions pas l'axiome de Bouchardat: « *ce n'est pas ce que l'on mange qui nourrit, c'est ce qu'on digère* », ni celui de M. Daremberg : « *on ne refait pas un tuberculeux comme on fait un animal de boucherie.* » On peut dire qu'un tuberculeux qui mange, qui assimile, qui digère, prolongera son existence, guérira peut-être.

Si Voltaire a pu, en toute vérité, mettre dans la bouche du chirurgien Sidrac ces paroles mémorables : « Que le premier mobile de toutes les actions des hommes, c'était la chaise percée », je serai également tenté de dire : le principal élément de pronostic de la tuberculose, c'est la chaise percée.

GYNÉCOLOGIE

Cancer du corps utérin à forme polypeuse (1) ;

Par **MORTIER**

Le cancer du corps de l'utérus se diagnostique facilement quand il s'accompagne de ses symptômes habituels. — Il est bien évident qu'en présence d'une femme âgée de 45 à 50 ans, qui accuse de violentes douleurs, un état leucorrhéique intense et des hémorrhagies abondantes on a le droit de songer à un néoplasme utérin, surtout si, par le toucher vaginal, on trouve un utérus peu mobile et augmenté de volume.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; dans certains cas, les symptômes primordiaux peuvent faire totalement défaut, et on a cependant affaire à un cancer utérin, comme le démontre le laboratoire.

Telle est l'histoire d'une malade qui, le 3 octobre dernier, entre dans le service de mon excellent maître, le Dr Picqué, à l'hôpital Bichat.

Cette femme âgée de 50 ans, se plaint uniquement de métrorrhagies abondantes. Depuis 4 ans, elle n'a pas cessé de perdre du sang, d'abord à intervalles irréguliers, ce qui lui faisait croire aux effets de son retour d'âge, puis par périodes de plus en plus rapprochées. Depuis 5 à 6 mois, ses pertes sont continuelles, et, depuis 1 mois, terriblement abondantes ; malgré d'ingénieux procédés, elle ne peut arriver à se garantir suffisamment si bien que, à bout de forces et honteuse d'elle-même, puisqu'elle macule de sang les endroits où elle passe, elle s'est décidée à venir consulter.

(1) Communication à la *Soc. de Médecine de Paris.*

Elle n'a pas maigri ; son état général est bon ; elle n'a aucun trouble fonctionnel et, n'était son facies décoloré, comme une personne un peu exsangue, on ne la soupçonnerait pas malade.

Elle n'a jamais eu la moindre douleur dans le basventre ; elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 46 ans ; ses règles n'étaient ni douloureuses ni abondantes.

On ne trouve chez elle aucun passé morbide ; mariée à l'âge de 20 ans, elle a eu un enfant qui est mort de convulsions, à l'âge de 4 mois ; et, depuis de nombreuses années, elle est veuve, son mari ayant succombé à une tuberculose pulmonaire.

Voilà donc une femme qui n'a jamais souffert, dont l'état général n'est pas modifié et qui accuse uniquement de violentes hémorrhagies d'origine utérine. L'idée de rétention placentaire ou d'avortement doit être immédiatement écartée, parce que les métrorrhagies persistent depuis 4 ans. — Alors doit-on soupçonner un polype de l'utérus faisant saillie dans le vagin ? Non puisque le toucher vaginal démontre l'existence d'un col normal, non hypertrophié, et ne laissant passer aucun polype. Aussi, paraissait-il plus vraisemble de songer à l'existence d'un néoplasme utérin, surtout en considérant l'âge de la malade.

Fort de cette idée, on aurait pu, m'objectera-t-on, chercher à contrôler ce diagnostic en prélevant une parcelle de la tumeur supposée au moyen d'une curette et en la confiant à un histologiste. — Mais M. Picqué estime que cette manœuvre n'est pas sans dangers, surtout quand on pénètre dans un utérus à parois peu résistantes, probablement friables, et qu'on a plus d'avantages, quand on peut faire le diagnostic sans elle, à n'y pas recourir.

M. Picqué décida donc une intervention estimant à juste titre que, vis-à-vis de l'âge de la malade, il pouvait, sans grands inconvénients, faire chez elle une hystérectomie subtotale ; c'est ce qu'il fit le 24 octobre.

Selon ses prévisions, il trouva un utérus très peu augmenté de volume, sans aucune adhérence, de coloration normale, et les annexes indemnes de lésions.

Macroscopiquement, l'utérus semblait peu malade ; mais, en l'incisant suivant son grand axe, on trouve implantée, au niveau du fond, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, absolument fixe, comme englobée dans l'organe ; cette tumeur, non ulcérée, est saillante, très irrégulière, avec un aspect végétant, polypeux ; elle semblait adhérente aux parois, un peu épaissies, de l'utérus.

Une partie de cette tumeur fut prélevée, incluse au collodion, coupée et colorée ; voici quel en fut mon examen histologique :

Au milieu d'un stroma conjonctif peu modifié, on trouve une série de cavités glandulaires très altérées ; certaines d'entre elles sont, en effet, le siège d'une abondante prolifération cellulaire ; au lieu de constater une seule rangée de cellules comme couche de revêtement, on voit plusieurs assises de cellules superposées, et de formes très diverses ; le type cylindrique n'est plus observé, et tandis que les cellules qui tapissent les parois de la cavité ont encore cet aspect cylindrique, celles qui se rapprochent du centre de l'acini sont devenues de forme toute autre. De plus, quelques cavités glandulaires sont complètement obstruées par ces éléments cellulaires à formes polymorphes, au point que leur lu-

mière a totalement disparu. Quant aux vaisseaux, ils ont leurs parois très épaissies ; certains renferment des globules sanguins en quantité notable, mais aucun ne contient d'embolie épithéliale. Enfin on voit, par place, des amas manifestes de leucocytes, ce qui, pour M. Brault, serait en faveur d'un néoplasme récent.

Cet ensemble de faits permet d'éliminer l'idée d'adénome tubulé, ou bien encore de glandes simplement enflammées, de métrite chronique ; car, si, dans ces derniers cas, on trouve aussi une abondante prolifération cellulaire dans les cavités glandulaires, on ne constate pas cependant un semblable degré de polymorphisme parmi les cellules elles-mêmes. De même, le fait de trouver des acini complètement bourrés d'éléments cellulaires pourrait éveiller peut-être l'idée d'un cancer pavimenteux ? Mais alors, à côté de ces cavités remplies de cellules, on ne trouverait pas, comme dans le cas présent, d'autres conduits dont la lumière soit nettement visible.

Il s'agit donc bien ici d'un cancer utérin, d'origine cylindrique, végétant, et à forme polypeuse.

Ceci nous montre, Messieurs, que certains cancers peuvent évoluer sournoisement, sans grand cortège symptomatique, et qu'il y a grand intérêt à pouvoir les diagnostiquer au plus tôt.

Aussi, en préence d'une malade âgée de 45 à 50 ans, qui accuse peu ou pas de symptômes en dehors de ses métrorrhagies, doit-on songer toujours à un néoplasme possible. La malade en bénéficiera d'autant plus que, le diagnostic étant posé, on pourra, chez elle, sans attendre l'apparition de nouveaux symptômes plus importants, faire une intervention nécessaire, nettement justifiée et qui aura, pour l'avenir, d'autant plus d'effets qu'elle aura pu être pratiquée plus tôt.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Ouverture de Cours.

Clinique obstétricale : M. le D[r] BAR, prof. agrégé.

Les Boiteries au point de vue obstétrical.

1[re] Leçon

M. le D[r] Bar a fait, le 20 janvier, à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, sa première leçon de l'année. En outre des cliniques faites chaque jour au lit du malade, à la consultation des nourrissons, ou, tous les mardis et vendredis, à la consultation des femmes enceintes, des leçons seront faites, tous les samedis à 10 h., par M. le D[r] Bar ou M. le D[r] Brindeau.

La leçon du 20 janvier était consacrée à l'étude des *Boiteries au point de vue obstétrical.*

Après un historique rapide de cette question, M Bar, indique que pour comprendre comment un bassin peut se déformer sous l'action des boiteries, il est indispensable de connaître les lois de sa formation. Or, le bassin d'un nouveau-né est très particulier : pour les uns, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est sensiblement supérieur aux diamètres transversaux ; pour d'autres, M. Brindeau notamment, le détroit supérieur du bassin du fœtus est sensiblement circulaire. Si maintenant nous examinons le bassin d'une femme adulte, nous voyons que les diamètres transversaux l'emportent sur le diamètre antéro-postérieur, au détroit supérieur : diamètre antéro-postérieur, 11 cm. ; diamètre transversal 13 1/2. Ces différences entre le bassin de l'adulte et celui du nouveau-né tiennent à plusieurs causes : c'est tout d'abord le développement. des os et cela en vertu d'une force atavique : toute circonstance qui empêchera cette transformation, sera une cause de déformation du bassin.

La 2[e] cause tient au développement de l'appareil génital. Tout est en harmonie dans le corps humain ; or, qu'est-ce que le bassin, sinon un organe de protection ? Le bassin est à l'appareil génital ce que la boîte cranienne est à l'encéphale. Il y a une proportion entre le développement des organes protégés et des organes protecteurs. On voit des femmes chez lesquelles l'utérus, le vagin, les ovaires, ne se sont pas développés, leur bassin ne se développera pas transversalement. Il restera un bassin d'adolescente : c'est l'hermaphrodite. Le statuaire antique l'a bien vu, qui a modelé à l'hermaphrodite, un tel bassin. Inversement, des femmes ont deux utérus ; leurs hanches seront très larges ; l'organe protecteur suit le mouvement que lui donne l'organe protégé. Ces exemples sont pris aux deux extrêmes. Dans la pratique journalière, on verra un grand nombre de femmes dont les bassins seront généralement rétrécis, stigmate de rachitisme, et immédiatement on redoutera un accouchement laborieux parce que le bassin a peu d'ampleur, mais aussi parce que les appareils génitaux présenteront une étroitesse extrême.

La 3[e] cause tient à cette circonstance que le bassin est encore l'emprise, l'attache des membres inférieurs sur le tronc. La femme est-elle debout, la colonne vertébrale va transmettre sa pression au fémur par les lignes innominées, et ces deux branches s'écarteraient indéfiniment si les deux tirants du pubis n'empêchaient un écartement trop grand des parties latérales. Qu'arrivera-t-il dans la marche ? supposons le bassin agrandi dans le sens antéro-postérieur, les tirants résistent, mais laissent un certain écartement, et peu à peu les diamètres transversaux vont s'affirmer.

La femme est-elle assise ? elle repose sur les deux ischions, et la pression produite par la colonne vertébrale suivra l'aileron, et descendra pour gagner les ischions qui auront tendance à s'écarter ; cet écartement est arrêté par deux tirants qui vont d'un ischion à l'autre ; mais, au lieu d'être parallèles aux deux tirants supérieurs, ils prennent une direction oblique pour devenir les branches ischio-pelviennes, ces branches permettent un certain écartement, et à mesure que l'enfant grandit, le bassin prend la forme transversale. Ce sont ces facteurs qui domineront la genèse des viciations pelviennes.

1° Action de développement. Interviendra-t-elle dans la boiterie ? Oui, chaque fois que la cause de la boiterie sera capable d'agir sur les os du bassin.

2° Action du développement génital. On peut répondre ici par la négative.

3° Action des contre-pressions. Cette action se fera sentir très nettement et on pourra dire que toute boiterie atteignant le bassin proprement dit pourra entraver le développement des os; que toutes les causes de boiteries qui siègent bas auront la plus grande chance de laisser les os du bassin indemnes; que toutes celles qui siègeront haut risqueront d'arrêter le développement de l'os iliaque. On dira encore que plus la boiterie sera considérable, plus le facteur pressions et contre-pressions interviendra; que plus la boiterie débutera tôt, plus son action sera nocive sur le bassin, car les os sont plus malléables. Enfin un dernier facteur devra être retenu : comment a-t-on traité la boiterie ?

Dans la pratique, plusieurs hypothèses pourront se présenter :

1er *Cas : Raccourcissement d'un membre par résection.*

Examinons la femme, de dos : le pli fessier du côté réséqué, est au-dessous de l'autre ; la fesse s'efface ; la fossette de Michaëlis descend plus bas ; la femme se porte du côté opposé et on note un pli pathognomonique de la boiterie. Le poids de la colonne vértébrale porte du côté opposé, et les pressions s'exercent du côté opposé à celui de la boiterie. Si la femme boite à gauche, elle use surtout de son membre droit, et c'est le côté droit du bassin qui sera le plus rétréci.

2e *cas : Pied bot.* — Comment se comportera le bassin ? On n'a guère décrit que le bassin dans le pied bot double ; ici, la femme marche en faisant faire un grand tour au membre qu'elle a projeté en avant ; elle produit donc à chaque fois un choc violent du côté de la cavité cotyloïde, il y a enfoncement dans les deux cavités, et l'excavation à ce niveau est saillante en dedans. — En général ces femmes accouchent bien.

3e *cas : Paralysie infantile.* — On peut dire que lorsque la paralysie infantile n'atteint que la partie inférieure du membre, le bassin est indemne. Si les parties hautes sont touchées, on peut avoir un aplatissement du côté sain ; l'accouchement est difficile, mais possible. Si la racine du membre est lésée, il faut recourir aux opérations sanglantes.

4e *cas : Luxation congénitale de la hanche.* — Et d'abord, la luxation congénitale de la hanche existe-t-elle ? Oui, certes, et il y a 15 ans, M. Bar en recueillait la première observation très certaine, et persuadait ainsi M. Verneuil qui l'avait niée. Mais ici, il faut noter que tous les cas observés l'ont été à la suite de présentations par le siège ; dès lors ne sont-ce pas les interventions qui amènent la luxation congénitale de la hanche ? Elle peut être simple ou double ; il faut s'attacher à la bien reconnaître. La femme est debout : elle ne peut arriver à se tenir droite ; les fesses présentent une forte saillie ; l'ensellure lombaire est très considérable ; au niveau des reins on constate un grand pli, la peau est trop longue. Examinons-nous une femme vue de dos dans la luxation gauche ? le pli fessier est plus élevé parce que la tête fémorale étant faussée dans la fosse iliaque, entraîne tout avec elle ; il est plus marqué. S'agit-il d'une luxation double, vue de dos ; les jambes fléchissent ; les fesses sont très saillantes en arrière ; il y a déformation des parties latérales et ensellure. La femme est-elle couchée ? on observe la déformation des hanches, le déplacement de la tête fémorale, le raccourcissement des membres inférieurs. Pour vérifier ce dernier point, on admet que le corps humain répond à 7 têtes 1/2 ; de la plante des pieds à l'extrémité inférieure de la rotule, 2 têtes ; de la rotule à l'extrémité supérieure du trochanter, 2 têtes ; le tronc représente le surplus. Ce raccourcissement est facile à constater. Richet remarque qu'à l'état normal, une femme étant couchée sur un lit bien plan, les distances doivent être égales, de l'extrémité inférieure de la rotule au milieu du pli de l'aîne, d'une part, et de la plante des pieds, à l'extrémité inférieure de la rotule de l'autre. Un second moyen, consiste à faire fléchir les jambes ; un genou reste au-dessous de l'autre ; il correspond au côté luxé.

M. le Pr Bar examinera dans sa prochaine leçon, comment ces déformations agissent sur le bassin.

A. F.

Les Boiteries au point de vue obstétrical.

2e Leçon.

Reste à déterminer l'influence de la luxation congénitale de la hanche sur le bassin. Elle est double : influence sur la direction du bassin, influence sur ses dimensions.

1° Influence de direction. Les deux fémurs s'insèrent trop en arrière, trop haut, le bassin bascule en avant. Un seul fémur est-il en arrière, le bassin bascule en avant, mais de plus s'incline du côté luxé.

2° Influence sur les dimensions du bassin.

La femme qui a une luxation congénitale tire son bassin du côté luxé ; la largeur du bassin augmente donc des deux côtés, ou du côté luxé et sa hauteur diminue. Chez toute femme ayant une luxation unilatérale, le poids du corps porte sur le côté sain qui s'aplatit ; le côté malade est reporté en dehors : c'est essentiellement un bassin asymétrique.

Au détroit inférieur, l'ischion est tiré en dehors du côté luxé, d'où agrandissement du détroit inférieur ; l'ischion exerce une traction sur le coccyx qui est amené en avant.

La luxation est-elle double ? Cette asymétrie que nous venons de constater dans la luxation congénitale unilatérale n'existe plus, le bassin redevient symétrique : il est aplati d'avant en arrière.

Enfin, dans l'hypothèse d'une luxation bilatérale, il y a traction sur les deux ischions, et le bassin est très large au détroit inférieur, dans ses dimensions transversales. On peut dire que, dans la luxation bilatérale, le bassin est large en haut et en bas, et qu'il est antéversé.

Quelle répercussion cette malformation aura-t-elle sur la grossesse et l'accouchement ?

En général, le bassin est peu vicié. Pendant la gros-

*

sesse, on pourra redouter les accidents de l'antéversion ; lors de l'accouchement, on pourra craindre des anomalies de présentation ; l'antéversion du bassin a pour conséquence un manque de franchise dans la présentation ; elle a un autre effet : la procidence d'un membre, du cordon, sera fréquente.

Quant au passage, le fœtus ne sera généralement pas trop gros pour les détroits supérieur et inférieur, car la déformation est d'ordinaire peu considérable. Dans le bassin luxé ; dès que le détroit supérieur est passé, tout est franchi, si bien que les difficultés de l'accouchement chez la femme à luxation sont surtout des difficultés de présentation.

Le bassin étant large, le bassin descend en transverse et se dégage de même.

Le pronostic est donc bon en général ; il sera donc rare de provoquer l'accouchement. Au moment du travail, la grande difficulté n'est pas le rétrécissement, c'est l'antéversion ; pour la corriger, on ne saurait employer le forceps, instrument de force, mais la version, instrument de souplesse.

Peut-on, après tout ceci, permettre le mariage à des femmes atteintes d'une luxation congénitale de la hanche ? Oui, certes, mais la malformation sera souvent héréditaire.

Si nous arrivons à la dernière cause de boiterie, le bassin coxalgique, la situation diffère totalement.

La coxalgie est une arthrite de l'articulation coxo-fémorale ; elle mettra obstacle à la nutrition du bassin et laissera après elle de l'ankylose.

On a distingué des coxalgies essentiellement fémorales, et d'autres coxo-fémorales : il n'y a pas, en réalité de coxalgie sans que la cavité cotyloïde ne soit atteinte.

C'est dans la forme dite coxale que la lésion est portée à son maximum ; on peut voir alors un véritable effondrement de la cavité cotyloïde ; la fosse iliaque est envahie par des tumeurs ostéophytiques ; en outre, les parois de la cavité pelvienne sont épaissies. Dans la luxation congénitale, nous avons parlé des détroits ; ici, la coxalgie agira sur une grande hauteur, l'excavation sera touchée.

La statique aura également une grande importance. L'enfant marche de diverses manières ; la jambe droite ou en abduction ou en adduction.

Sur la jambe droite ? La pointe du pied repose seule à terre : tout l'effort porte du côté sain et nous avons un épaississement du côté malade, une diminution par l'effet des tumeurs ostéophytiques, et un aplatissement du côté sain. En abduction ? L'effort porte sur le côté sain mais un peu sur le côté malade que le sujet est porté à étendre. En adduction ? Même situation que pour la jambe droite, mais le côté malade subit un peu plus l'effort.

Comment peut-on reconnaître ces malformations par la mensuration ?

Le bassin est légèrement rétréci d'avant en arrière, mais seules les lésions latérales, en hauteur, ont de l'importance.

Du côté malade, on sent une muraille et le rejet en dedans de la branche ischio-pubienne.

Ce diagnostic ne se fait pas d'ailleurs très facilement, car le vaginisme peut empêcher l'examen, et c'est un apanage des rétrécissements du détroit inférieur. L'examen peut être difficile si la jambe est en adduction ; on y procède alors dans le décubitus genu-pectoral.

Pronostic. — M. Bar redoute la coxalgie ; sans doute Bonnaire fournit une statistique où 12 cas n'ont entraîné que 3 fois une opération sanglante. Mais est-ce bien brillant ?

Si les altérations de l'excavation sont peu considérables, le fœtus passe mais si elle est plus ou moins obstruée par des productions ostéophytiques, on échoue avec le forceps, et on aboutit à une basiotripsie.

La radiographie, le toucher rectal, qui permet de sentir une puissante muraille, doivent faire craindre le mariage ; plus l'ischion est en dedans, plus grave est le pronostic ; il est très sombre dans tous les cas d'adduction.

L'intervention repousse la version, qui est une opération de souplesse, pour réclamer le forceps.

Si l'opération sanglante est nécessaire, la symphyséotomie est scabreuse car il n'est pas très bon de scier des os qui ont été malades, mais surtout parce que les articulations ne permettent pas l'écartement.

M. Bar n'a pas l'expérience de l'ischio-pubiotomie dans ces circonstances.

L'opération césarienne reste l'intervention de choix.

En résumé : les femmes atteintes de luxation congénitale de la hanche accouchent très bien ; les coxalgiques accouchent très mal. A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 janvier.

Spirochæte dans le placenta syphilitique.

MM. J. Nattan-Larrier et Brindeau. — En traitant les placentas syphilitiques provenant de femmes accouchées par la méthode Levaditi (imprégnation au nitrate d'argent et acide pyrogallique), les auteurs ont décélé des formes très nettes de spirochètes dans le tissu conjonctif infiltré ou nécrosé de la villosité et dans la tunique moyenne des artères altérées. Ils sont rares dans les tissus maternels et n'ont pas été retrouvés dans les thrombus des lacs sanguins maternels.

Spirochète dans le placenta.

MM. Wallich et Levaditi ont traité les placentas du service du Pr Pinard. Chez les syphilitiques tous les frottis et toutes les coupes ont donné des résultats négatifs, sauf dans un cas où le fœtus, né avec du pemphigus plantaire et palmaire, succomba deux jours après sa naissance. La mère ne présentait aucun accident, le père inconnu. Les spirochètes se retrouvaient dans le tissu muqueux des villosités autour des vaisseaux épaissis : il y en avait très peu dans la région maternelle et seulement entre les grosses utérines de la caduque.

Diapédèse dans les hématomes.

M. Froin. — Dans les hématomes, les globules blancs viennent des vaisseaux par diapédèse ; après leur formation, en effet, leur formule leucocytaire est totalement différente de

celle du sang circulant. Le nombre des leucocytes varie autant que celui des hématies. La leucolyse accompagne l'hémolyse. La résorption et la destruction des globules rouges est à peu près la même quelle que soit la proportion des globules rouges. Ce n'est donc pas comparable à ce qui ce passe *in vitro* où la durée de destruction des hématies par le sérum hémolysant est d'autant plus grande que ces globules sont plus nombreux. Dans les hématomes, la substance hémolytique est pour ainsi dire dosée d'après le travail à accomplir. L'hémoglobine diffusant en grande abondance dans le liquide ne provoque pas de diapédèse leucocytaire, mais une exsudation du plasma sanguin.

Effets sur le sang de l'albumine hétérogène.

MM. Castaigne et Chiray. Les albumines hétérogènes passent dans le sang et y déterminent de 1 à 3 p. c. de diminution des albumines fixes du sérum. Cette baisse n'est pas due à l'hydrémie ; le taux des hématies reste uniforme avant et après l'injection ; au contraire l'hypo-albuminose est sous l'influence de l'injection, car elle ne vient jamais en dehors d'elle. Ces albumines hérétogènes agissent donc comme un poison spécifique des albumines fixes du sérum et produisent un dépérissement progressif de l'animal et sa mort, même si elles sont espacées assez pour éviter les lésions rénales. Il y a augmentation d'urée, d'azote et de soufre urinaire, substances produites par la combustion des albuminoïdes.

Aussi les injections faites pour alimenter par voie vasculaire par injections de solutions albuminoïdes ont-elles donné des résultats contradictoires.

Les albuminoïdes injectées passent en nature dans l'urine où on les retrouve avec leurs qualités chimiques et biologiques. C'est sans doute aux leucocytes qu'on peut attribuer leur transport dans des tissus ; elles y sont conservées et il y a, en conséquence, augmentation des éléments azotés de l'urine.

Chloroforme dosé dans les tissus.

M. Nicloux a dosé d'après sa méthode le chloroforme dans les tissus d'un chien mort au cours de l'anesthésie ; il a trouvé : dans le foie, 50 milligrammes, le rein, 45 ; la rate, 35 ; le cerveau, 60 ; la moelle, 70 ; la graisse 130 milligrammes alors que le sang n'en contenait que 55.

M. Tissot déclare que c'est dans le cerveau qu'il faut chercher la mesure du chloroforme absorbé : la dose mortelle est de 48 à 67 milligr., variable d'ailleurs suivant les animaux expérimentés.

Catalose dans les organes.

M. Iscovesco. — Les organes frais d'un animal ayant subi le lavage du sang ne contient pas de traces de catalose et le foie seul est riche en cette substance. E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 janvier 1906.

A propos des appareils pour anesthésie chloroformique.

M. Reynier insiste sur la nécessité de n'employer que les appareils titrés qui dosent le chloroforme en chiffres ; en employant un tel appareil M. Reynier n'a eu qu'*un* seul cas de *shok* au cours de 1270 anesthésies.

La chloroformisation chez les psychopathes.

M. Picqué, fidèle au procédé de la compresse, a pratiqué 643 anesthésies chez des psychopathes divers à l'asile Sainte-Anne. Il résulte de sa pratique que : les morphinomanes *sevrés* sont exposés à des syncopes : aussi faut-il leur faire une injection de morphine avant la chloroformisation ; les alcooliques *internés* et soustraits à l'intoxication *recente* dorment très bien ; seuls les alcooliques récemment encore sous l'influence du poison, ont de l'agitation. Enfin M. Picqué recommande de donner aux *hystériques* et aux *épileptiques* des doses massives d'emblée ; les premiers ont, en effet, de *l'agitation* au début de l'anesthésie, les seconds de l'anxiété.

Suture nerveuse.

M. Reynier. — L'enserrement d'un membre dans une gangue conjonctive peut empêcher, après un traumatisme, le retour fonctionnel, bien que le nerf soit en parfaite continuité. Il suffit de libérer cette gaine conjonctive pour voir, de suite, le retour fonctionnel.

Rachistovaïne.

M. Chaput a fait, en 1905, 309 opérations à la rachistovaïne lombaire. La méthode est surtout admirable dans les interventions sur les membres inférieurs, sur la région ano-génitale, sur les hernies. Le seul accident possible est la *céphalée* ; il est facile de l'éviter en soustrayant quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien avant de faire l'injection. Chez les alcooliques, les peureux, les jeunes femmes, les malades épuisés par la douleur, les résultats sont médiocres ; enfin, la rachistovaïne est dangereuse chez les cachectisés..

M. Kirmisson présente un enfant auquel il a fait une *arthrotomie* pour réduire, au 25e jour, une luxation du coude en dehors et en arrière.

M. Potherat présente un malade atteint de *fracture isolée de la tubérosité externe du tibia sans fracture du péroné.*

Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février.

Septicémie et tétragène.

MM. Œttinger et Malloizel ont observé deux cas analogues à celui signalé par M. Roger. Dans un des cas le tétragène avait déterminé une méningite cérébro-spinale. Ils ont constaté également la fréquence des manifestations articulaires et pleurales.

Cyanose congénitale sans signes d'auscultation.

M. Variot a observé ce cas où la cyanose, due probablement à une communication interventriculaire ne donnait pas de souffle, parce qu'elle était accompagnée d'un rétrécissement pulmonaire uniforme, qui égalisait la pression dans les deux ventricules.

M. Vaquez connaît d'autres causes de cyanose (transposition des vaisseaux), mais les sujets ne vivent que quelques mois, tandis que la communication interventriculaire permet une survie de plusieurs années.

M. Variot a vu de ces cas, mais il y avait alors atrophie avec croissance retardée, ce qui n'est pas le cas chez son petit malade.

Régime achloruré dans la scarlatine.

M. H. Pater. — Ce régime est bien supporté et très utile, car le poids des malades augmente, ce qui raccourcit la convalescence. Les infections secondaires sont plus rares. L'albuminurie du début de la maladie disparaît. Le régime achloruré, inoffensif pour le rein et profitable à la nutrition générale paraît donc le régime idéal de la scarlatine dès que la fièvre est tombé. Il est bien supporté par les malades.

Fièvre prévaricellique.

M. Galliard rapporte un cas de varicelle, où l'éruption fut précédée par une période d'invasion avec fièvre vive sans autres symptômes. On n'a trouvé, à l'examen du sang, aucune aglutination pour le microbe de la typhoïde et de paratyphoïde.

Albuminurie orthostatique, scarlatine, alimentation.

M. Dufour. — Un enfant albuminurique orthostatique, contracte une scarlatine et est soumis au régime alimentaire solide avec deux grammes de sel par jour. L'albuminurie existe seulement lorsque l'enfant est debout. En recherchant les cas de la littérature où la scarlatine était incriminée de provoquer l'albuminurie orthostatique il a constaté que dans aucun de ces cas on n'avait analysé les urines avant la maladie. Il convient donc d'être prudent dans ces cas avant de mettre l'albuminurie orthostatique sur le compte de la scarlatine.

M. Vaquez. — Depuis les travaux de Linossier et de Lemoine qui ont mis en relief l'importance des conditions mécaniques sur l'albuminurie orthostatique, on a abandonné les albuminuries fonctionnelles.

M. Legendre cite l'observation d'un malade orthostatique, qui à la suite d'une scarlatine a vu disparaître son albuminu-

rie. M. Siredey a vu un cas analogue, où une pneumonie fit disparaître l'albuminurie chez un malade qui avait fait auparavant une crise d'urémie comateuse.

M. Linossier rapporte ses travaux sur l'orthostatisme.

M. Lion rappelle un nouveau cas d'estomac en sablier, où le diagnostic fut confirmé par l'opération.

M. Thibierge rapporte le cas d'une éruption bulleuse après absorption de quinine. Friedel.

REVUE DE CHIRURGIE PRATIQUE

Résultats éloignés de la transposition testiculaire à la Longuet, par le Dr Albert Pélicier.

Aux 54 observations colligées par le Dr Gambier (1) en 1900 puis par nous en 1902 (2) dans notre thèse inaugurale pour établir la valeur technique et thérapeutique de la *transposition testiculaire* conçue, réglementée, appliquée par notre maître depuis 9 ans (3) à la cure de l'hydrocèle et du varicocèle, nous croyons intéressant d'ajouter aujourd'hui deux nouveaux cas suivis assez longtemps pour être considérés comme probants. Ces faits valent d'être mentionnés, vu l'extension prise récemment par cette opération tant en France (4) qu'à l'étranger (5), indépendamment du retournement de la vaginale de Vautrin et parallèlement à ce procédé. Je rappelle que la méthode dont il s'agit ici s'individualise par trois éléments: A. La *transposition* du testicule hors de sa séreuse et de sa loge normale. — B. L'utilisation de cette séreuse pour l'*engainement* du cordon, de sorte que la vaginale de péritesticulaire devient périfuniculaire. C. L'absence de *toute forcipressure*, l'hémostase étant évitée par la réclinaison des vaisseaux prévaginaux et assurée par un surjet hémostatique de la tranche vaginale, puis par une bonne suture cutanée.

Observation I (Pélicier). — *Hydrocèle vaginale. Transposition. Guérison.* — Il s'agit d'un homme, âgé de 50 ans, porteur d'une hydrocèle de moyen volume (volume du poing), siégeant à droite, et dont le début remonte à 10 ans. Au cours de cette décade, il a été fait 5 ponctions, dont une avec injection iodée, il y a 5 ans. Après chaque séance, la récidive survint très rapidement. Signes classiques de l'hydrocèle. Rien de particulier à noter du côté de l'état général.

Opération, le 31 mars 1904 : MM. Longuet et Pélicier. — Anesthésie locale. Technique telle qu'elle est décrite longuement avec figures dans notre thèse. Fixation du testicule dans une loge de nouvelle formation, voisine de la cloison. La vaginale n'est pas épaissie et présente une grande souplesse.

Suites immédiates. — Aucun épanchement sanguin, aucun hématome dans les bourses. Il se produit, par contre, comme de coutume, un œdème scrotal indolent qui disparait en 4 jours. Et le malade reprend ses occupations dès le 6e jour, sans accident.

Suites éloignées. — La guérison est constatée par nous, le 8 mai 1904, puis le 31 janvier 1906, soit deux ans après l'opération.

(1) Gambier (A.) : De la cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de Longuet. *Thèse de Paris*, janvier 1901.

(2) Pélicier (A.) : La transposition opératoire du testicule. Méthode et procédés de Longuet, (10 figures). *Thèse de Paris*, éditeur J.-B. Baillière, 1902.

(3) Longuet (L.) : Transposition opératoire du testicule : *Presse médicale* : 31 octobre 1900 et *Progrès médical*, 21 septembre 1901.

(4) Nota : Citons les travaux parus en France : Quénu 1901 (Paris) in Gambier, *loco citato.* ; Guinard 1903 (Paris) : in Ch. Auger, *Thèse de Paris*, juillet 1903 ; Guelliot 1902 (Reims) : in Pélicier, *loco citato* ; Lardennois : 1903 (Reims), in *Société médicale de Reims*, 1904. Martin 1903 (Angers) : in *Société médicale d'Angers*, 1903.

(5) Aux Etats-Unis : Dudley Tait, 1901 : *Annals of surgery*, avril 1901. — Schermann, 1902 : in Pélicier : *loco citato*. En Italie : Viscardi, *Gyn*, 1903. Contributo alla cura radicale dell' idrocele con la esteriorizzazione dell testiculo dell Longuet : *Gaz. degli Osped.*, 5 juillet 1903.

Remarquons notamment la bonne situation occupée par le testicule fixé haut dans une néocavité.

Observation II (Pélicier). — *Hydrocèle vaginale. Transposition. Guérison.* — Homme de 48 ans, malingre et affaibli (misère physiologique), porteur depuis 5 ans d'une hydrocèle droite du volume d'un gros œuf, indolente, mais gênante par son poids et par les tractions qu'elle détermine sur le trajet du cordon. Athérome, artério-sclérose. Une ponction avec injection iodée faite il y a 2 ans a été suivie de récidive. Malgré l'état précaire, nous estimons que le malade bénéficiera de l'opération ; ne serait-ce qu'au point de vue déambulation qui est gênée par une sensation de pesanteur.

Opération, le 11 juin 1905. — MM. Longuet et Pélicier. Anesthésie générale. Technique *ut supra*. Poche ayant une paroi épaisse de 5 millimètres en moyenne.

Suites immédiates, bonnes, pas d'hématome scrotal. Légère infiltration séreuse des bourses. Le malade fatigué de vieille date goûte beaucoup le repos au lit qui lui est accordé pendant 8 jours cette occasion.

Suites éloignées. — Revu 7 mois après. L'état local est satisfaisant. Le testicule est bien fixé et haut placé. Pas trace de récidive.

Ces deux observations nous suggèrent quelques réflexions. Je ferai d'abord remarquer l'inefficacité du classique traitement non sanglant dit de « l'injection iodée » dont ma thèse contient nombre d'exemples similaires. Ensuite il faut éviter de confondre la *transposition testiculaire* avec une méthode récemment préconisée par un auteur étranger, et qui consiste à fistuliser la vaginale sous la peau ; *véritable vaginostomie* sous-cutanée. Pour en apprécier la valeur, nous avons, avec notre Maître, opéré un malade de cette manière à Tenon en 1901. Le résultat fut marqué par une récidive dans les trois mois ; seule récidive que nous connaissions chez nos 56 opérés. Il est donc utile de prévenir ceux qui seront comme nous séduits par la méthode en question.

Revenant à la transposition, la bénignité, la simplicité, l'efficacité ne sont plus à démontrer. Mais il est un point que je n'ai peut-être pas suffisamment mis en lumière dans mon travail de 1902. C'est la valeur *pexique*, fixatrice, de cette manière de faire. Le testicule transporté se maintient haut placé dans sa nouvelle cavité. Et la poche tégumentaire scrotale elle-même se rétracte spontanément, du fait de l'ascension orchidopexique. Or, n'est-ce point précisément une imperfection commune à bien des procédés, que la « reposition » pure et simple de la glande trop bas et trop flottante en une bourse devenue trop large par suite de la distension extrême à elle préalablement imposée par l'épanchement hydrocélique ? Notre technique confère donc un résultat « orthomorphique » et « orthopexique » sur lequel il est juste d'attirer l'attention.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Interrupteur à mercure autonome.

Parmi les intéressantes nouveautés exposées au dernier Congrès de chirurgie, nous tenons à signaler l'interrupteur autonome Gaiffe. La caractéristique de cet appareil est d'être simple, robuste et bon marché (fig. 2).

Dans sa description, nous nous occuperons tour à tour : 1° de la partie interrupteur ; 2° du système moteur.

L'interrupteur est du genre turbine à jet de mercure tournant. Le récipient de fonte de l'interrupteur présente des ailettes destinées à empêcher le mouvement de rotation du liquide. La rupture s'effectue dans l'alcool.

Le moteur est du type à attraction magnétique dans lequel l'enroulement est fixe et l'armature mobile.

I^1, I^2 sont les électros du moteur. P est l'armature qui porte les rochets p^1 p^2 (fig).

Comme l'enroulement des électros est en série avec l'inducteur de la bobine, il suffit de donner avec le doigt une vive impulsion à l'armature mobile pour amorcer le jet de mercure ; le courant traverse alors la bobine, l'enroulement moteur, et l'interrupteur continue à tourner de lui même.

Pour régler le nombre d'interruptions, on peut agir soit

sur le rhéostat branché en tension avec la bobine, soit sur un rhéostat placé en dérivation sur l'enroulement moteur. Ce dernier rhéostat sert de shunt, de telle sorte que le circuit moteur n'est traversé que par une partie seulement du courant alimentant la bobine.

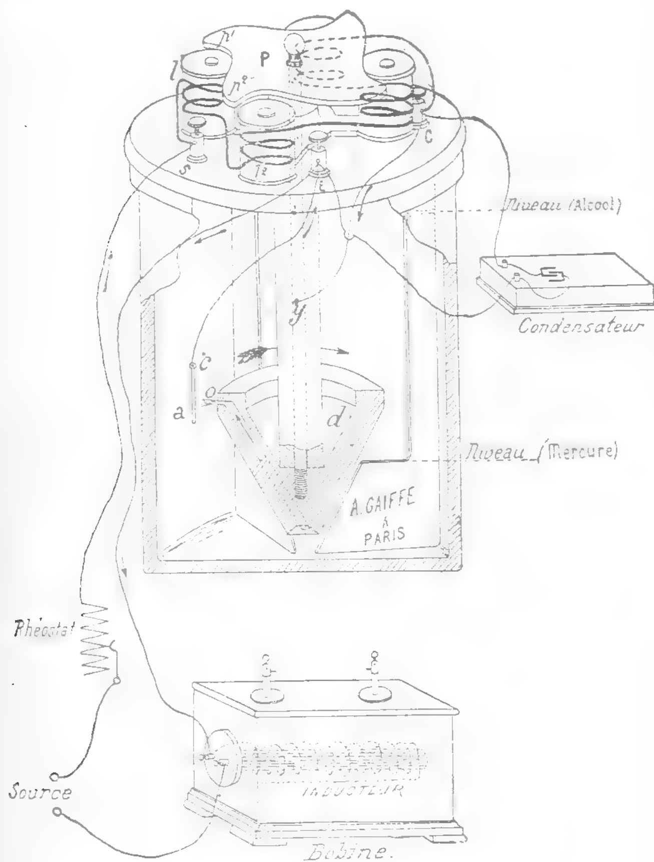


Fig. 1.

En résumé, le schéma de montage d'une bobine avec cet interrupteur est celui représenté fig. I. Le courant provenant de la source traverse un rhéostat de série, arrive a la borne de

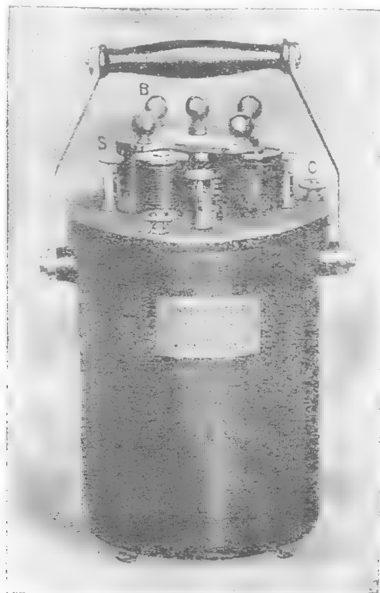


Fig. 2.

l'interrupteur, traverse l'enroulement moteur, vient à la borne C qui est reliée à la masse de l'appareil, et par suite au mercure. Le courant passe alors par la dent a, la couronne C et la troisième borne E de l'interrupteur ; de là il traverse la bobine et revient à la source.

Les condensateurs de l'interrupteur se branchent en C et E. Si on utilise le réglage par rhéostat de dérivation, il faudra le relier aux bornes C et S.

L'interrupteur auto-moteur est susceptible de marcher à tous les voltages sans changer autre chose que la largeur des dents, largeur qui règle le temps de passage du courant.

Comme l'interrupteur auto moteur est capable de marcher sur un petit nombre d'accumulateurs, 6 à 15, il peut très bien être utilisé comme interrupteur transportable.

Point important : l'interrupteur à mercure peut se monter très facilement sur toutes installations existantes. Il suffira simplement de réaliser les connections représentées fig. 1.

L'entretien de l'interrupteur à mercure est presque nul ; aucune pièce ne s'use ni ne se détériore puisqu'il n'existe aucun contact par frottement, ni bague, ni collecteur.

En résumé, le nouvel interrupteur auto-moteur, fonctionnant avec toutes les bobines et sous tous les voltages, présente à la fois un fonctionnement électrique et mécanique parfaits une grande robustesse et exige un entretien presque nul.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie interne, par G. Lemoine. 2 vol in-8°. Vigot frères éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1905.

Voici un ouvrage que l'on peut louer sans réserves ; les étudiants auront un guide sûr ; les praticiens trouveront facilement et vite les renseignements dont ils ont besoin tous les jours. Chaque chapitre est clair et concis ; chaque maladie a sa physionomie propre et le lecteur ne retrouve pas la même symptomatologie appliquée à des maladies diverses. L'étude des symptômes est surtout développée ; et le diagnostic différentiel des affections les plus communes est plus longuement traité que ne sont décrites les maladies rares ; cependant rien n'est laissé de côté ; des tracés, des schémas illustrent le texte ; quelques données de bactériologie, des notions sur l'évolution des idées médicales font de cet ouvrage un traité complet et que n'alourdit pas une documentation encombrante ou une érudition fastidieuse.

Dr André Lombard.

Les fractures du crâne chez l'enfant ; par E. Gasne. (Thèse de Paris, chez Jacques, 146 pages, 5 fig.).

L'auteur a entrepris l'étude complète des fractures du crâne chez l'enfant, en insistant seulement sur les caractères particuliers qu'elles y présentent.

Dans un chapitre d'anatomie pathologique, il montre la rareté des irradiations de ces fractures à l'étage moyen du crâne, leur fréquence relative au contraire, à l'étage antérieur. Il admet la possibilité des enfoncements sans fractures, niés par beaucoup d'auteurs en dehors des cas obstétricaux, et insiste sur les disjonctions suturaires. Enfin, il note la déchirure habituelle de la dure-mère, et la fréquence des lésions encéphaliques. C'est sur ces différents caractères anatomo-pathologiques qu'il base les différences de symptômes, de pronostic, de complications, etc., que présentent les fractures du crâne chez l'enfant et chez l'adulte.

Au point de vue symptomalogie, l'auteur insiste sur l'importance des lésions superficielles, sur la rareté des phénomènes cérébraux, persistant alors même que le cerveau est lésé, sur l'élévation considérable de température, même si le pronostic est favorable, sur la fréquence des vomissements, des épistaxis, et l'absence habituelle de compression localisée ou généralisée. Le pronostic est particulièrement bénin, le traitement simple et les indications opératoires rares.

La 2e partie de l'ouvrage a trait aux complications et plus particulièrement à l'écartement progressif des bords de la fracture et à la méningocèle traumatique, qui sont spéciales à la première enfance. L'écartement des bords de la fracture, dû au rachitisme, et à un trouble purement mécanique du

développement du crâne, est une complication grave, qui non seulement rend très dangereux les moindres traumatismes de la tête, si fréquents chez les enfants, mais peut causer aussi l'épilepsie et différents accidents hystériques. D'après l'auteur, le traitement de choix est l'ostéoplastie par la méthode de Müller-König.

M. Gasne s'étend enfin sur la méningocèle traumatique dont il rapporte 78 cas. Il montre qu'au point de vue anatomique il en existe 2 variétés : l'une où la tumeur communique seulement avec les espaces sous-arachnoïdiens, l'autre où elle communique avec le ventricule latéral. Ces deux variétés, impossibles à distinguer cliniquement, semblent différer pourtant au point de vue du pronostic et du traitement.

Toutes deux ont d'ailleurs la même cause : l'hydrocéphalie traumatique, l'hypertension céphalo-rachidienne, qui, chez des enfants, grâce à des conditions spéciales, peut n'amener que le développement d'une méningocèle, alors que chez l'adulte elle amène des troubles de compression graves. L'existence de cette hypertension céphalo-rachidienne doit toujours guider l'établissement du traitement, et en fait varier les indications.

Im Grenzlande ou au pays-frontière ; par M. le docteur Mœbius. (Un vol. in-4° de 238 p. ; chez *Ambrosius Barth*, à Leipzig, 1905.)

C'est le quatrième volume des œuvres choisies de P.-J. Mœbius, de Leipzig, dont nous avons déjà analysé certaines œuvres (1). Il s'agit, cette fois, de conceptions métaphysiques sur « les choses de la foi », et l'auteur se déclare disciple, sur ce domaine, de Gustave Théodor Fechner. La première page indique que ce 4e vol. est lui-même un recueil de pensées, qui s'échelonnent de 1891 à 1905, et qui ont comme frontispices : *Sur les trois chemins de la pensée* (1891) ; *Trois dialogues sur la religion* (1896), *Sur l'ennoblissement de l'homme* (1898), *Trois dialogues sur la métaphysique* (1901), *Sur le but de la vie* (1904), *Sur l'anthropomorphisme* (1904). Nous ne suivrons pas l'auteur sur tous ces terrains, où peut se complaire la spéculation d'esprit, surtout lorsqu'il y a prédisposition ainsi qu'un véritable talent comme chez M. Mœbius. Du moins, est-il sûr, sur les régions aussi élevées où il se place, de ne s'attirer les foudres, ni des femmes ni des hommes. Concluons que ce livre mérite en tous points d'être lu par les philosophes et les psychologues. P. Cornet.

Traité des Maladies de l'Estomac ; par le docteur Maurice Soupault, avec la collaboration de MM. Hartmann, Cautru, Delherm, Gourin, G. Leven, Binet, Pariset, Salignat. (Un gros vol. in-4 de 860 p. avec 111 fig. noires et coloriées, chez Baillière et fils, 1906.)

Cet important ouvrage est dû pour la plus grande part au regretté M. Soupault, lequel est mort à la tâche, à la veille, pour ainsi dire, de la publication. On découvre cinq parties : *technique*, *séméiologie*, *maladies organiques de l'estomac*, *dyspepsies* et phénomènes *sine materia*, *thérapeutique*.

La technique comporte de longs et minutieux détails sur l'*interrogatoire* du malade, l'*examen objectif* du thorax et de l'abdomen, l'*inspection*, l'*insufflation*, *percussion*, *palpation*. Nous trouvons qu'il n'y a pas assez de détails sur la *diaphanoscopie*, et une injustice par omission (2) parmi les noms de ceux qui se sont longuement et publiquement occupés de ce genre d'exploration. Par contre, il y a exacte mise au point de la valeur réelle des *rayons X* en exploration gastrique. De bonnes figures explicatives rendent cette partie de l'ouvrage très clairement didactique. Cependant nous aurions désiré un peu plus de place à la *phonendoscopie*.

Le chapitre III traite du *cathétérisme de l'estomac*, l'*exploration chimique* et *microscopique*, la recherche des *corps étrangers*. La séméiologie (modifications de la faim, pyrosis, merycisme, aérophagie, etc.) est aussi remarquablement traitée. Toute la partie clinique est décrite avec détails, sans digressions exagérées au point de vue pathogénique.

Les *dyspepsies* sont dues, comme étude, à MM. Soupault et son élève G. Leven, puis viennent des monographies dues aux collaborateurs. C'est un bon chapitre sur les *indications de l'intervention chirurgicale dans les affections dites médicales de l'estomac*, par M. Hartmann ; puis les grandes indications du *régime alimentaire dans les maladies de l'estomac*, par M. Binet ; ensuite le *traitement par les eaux minérales*, par M. Linossier ; l'*hydrothérapie* par MM. Pariset et Salignat ; le *massage*, par M. Cautru ; l'électrothérapie, par M. Delherm ; et enfin un *formulaire* par notre ami d'internat en pharmacie Gourin. La partie des collaborateurs est peut être trop raccourcie, trop hâtée, et paraît plutôt faire appendice que partie intégrante. Mais l'ensemble, c'est-à-dire l'ouvrage en entier est important, remarquablement étudié, et doit trouver nécessairement place dans la bibliothèque de l'étudiant et du médecin.

Paul Cornet.

(1) Entre autres : « *Le pathologique dans Goethe* » et « *La faiblesse d'esprit normale chez la femme* » (in *Progrès médical*, 22 fév., 8 et 15 mars 1902, et 10 juin 1904.

(2) Dr P. Cornet. — *Sur l'éclairage électrique de l'estomac*, in *Progrès médical*, in *Revue internationale d'électrothérapie*, in *Bulletin polyc.* (août et sept. 1896)

La détermination de la dose toxique de l'acide carbonique chez les vertébrés ; par S. Gréhant docteur ès sciences. (Alcan, 1905.)

Les recherches de M. S. Gréhant portent sur des animaux représentants des quatre classes de vertébrés. Les mélanges gazeux respirés renferment, le plus souvent, avec des proportions variables de CO^2, la même quantité d'oxygène que l'air. Ces mélanges se préparent à l'aide des formules suivantes :

$$a \quad \text{acide carbonique}$$

$$\frac{20,8}{79,2}\, a \quad \text{oxygéné}$$

$$100\,(1 - \frac{a}{79,2}) \text{ air}$$

Un tableau donne les chiffres pour des mélanges contenant de 20 à 79, 2 % de CO^2.

Les poissons succombent en des temps variables, mais leur résistance est toujours grande. Pour les amphibiens, le mélange gazeux mortel contient 40 % CO^2, on dose alors 80 cc. de ce gaz dans 100 grammes de muscles. Si la proportion d'oxygène augmente dans le mélange respiré, la quantité de CO^2 dans le muscle peut s'élever jusqu'à 118 cc. pour 100 grammes. Une tortue vit pendant 10 heures dans CO^2 pur. Elle est alors malade mais non anesthésiée et se rétablit rapidement. Un mélange à 35 % est fatal pour le pigeon en 30 minutes, le canard résiste pendant le même temps à 79,2 pour cent.

Parmi les mammifères étudiés, le hérisson vit pendant une heure dans 95 % ; la chèvre meurt à 60 0/0, et, phénomène remarquable, conserve sa sensibilité jusqu'au moment même de la mort.

Dans toutes les expériences, CO^2 est dosé dans le sang et dans les muscles.— Ces recherches ont été surveillées et contrôlées par l'éminent professeur du Muséum, père de l'auteur. C'est assez dire avec quelle conscience elles ont été poursuivies. A. F.

Des bacillaires arthritiques « Lithiasiques primitifs » ; par le Dr Dedet (de Martigny, Vosges). (*Compte-rendu du Congrès d'hydrol. et climat. de Venise*, 1905.)

« Les bacillaires lithiasiques primitifs d'après M. Dedet sont des arthritiques tuberculeux, non rénaux, chez lesquels, apparaît de la gravelle primitive, caractérisée par l'originalité qu'elle emprunte au terrain sur lequel elle se développe. S'appuyant sur l'autorité des Pidoux, Guéneau de Mussy, Jaccoud, Potain, Verneuil, Barié, Grasset, Allard, Sarda, Vires, il rappelle les allures particulières que revêt la bacillose dans un terrain arthritique « la lenteur, le temps d'arrêt dans l'évolution, la facilité à faire de la sclérose ; l'antagonisme, en un mot, du sol arthritique et du sol bacillaire.»

Après avoir rapporté deux curieuses observations du Dr Huchard à la Société d'hydrologie en 1901, touchant deux cas de bronchite uricémique rebelle à toute médication ordinaire, et guérie par le traitement hydrique, par les eaux al-

calines faibles, le régime lacto-végétarien, l'exercice raisonné, il présente quelques observations personnelles de bacillaires pulmonaires, sans lésion rénale, atteints de lithiase primitive et guéris ou améliorés par la cure à sa station. Il part de cette constatation, pour établir la symptomatologie de cette catégorie de lithiasiques bacillaires, très différents du bacillaire rénal, en fait le diagnostic différentiel, en insistant, sur un moyen de recherche précieux, et souvent négligé, l'examen des urines.

VARIA

L'inauguration du buste de Liébeault.

L'inauguration du buste de Liébeault, l'inspirateur de l'Ecole psychothérapique de Nancy a eu lieu, jeudi, dans la salle des conférences de l'Ecole de psychologie, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'instruction publique et de M. Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

M. le Dr Voisin, médecin de la Salpêtrière, présidait, assisté de MM. Lillaz, sous-chef du cabinet du ministre de l'instruction publique, représentant M. Bienvenu-Martin ; Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; le Dr Lloyd-Tuckey, de Londres ; Giard, de l'Académie des sciences ; Dr Saint Yves-Ménard, de l'Académie de médecine, des Drs Paul Magnin, vice président de la Société d'hypnologie et Bérillon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, secrétaire du comité.

Dans l'assistance se trouvaient : Mme veuve Liébeault et sa fille : Mme Paul Bert ; M. Cornejo, ministre plénipotentiaire du Pérou, M. Scié Tou-Fa, attaché d'ambassade de Chine.

Parmi les médecins, citons MM. les Drs : Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine ; Godon, directeur de l'Ecole dentaire ; Prieur, secrétaire général de la Société d'histoire de la médecine ; Bilhaut, président du Syndicat de la presse scientifique ; Paul Farez, Félix Regnault, Binet-Sanglé, Lemesle, Pamart, professeurs à l'Ecole de psychologie ; Grollet, secrétaire de la Société de pathologie comparée ; Raffegeau, Pottier, Morel, Lagrange, Marcellin Cazaux, Courtault, Boucard, Salomon, Hahn, Paul Joire, Saint-Hilaire, Mercier, Barbier, Morel, Marnay, Bellemanière, Bernard, Barthe de Sandfort, Poulalion, Fouineau, Lorain, Dresses : Mmes Bouet-Henry et de Boudareff ; Drs Germignet, Reignier, William, Robinson, de Barros Castro, Fainenne, etc., M. Dyvrande procureur de la République, M. Baguer, directeur des sourds-muets, M. Lionel Dauriac, professeur à Montpellier, M. Caustier, professeur au lycée Condorcet, M. Lemaire, professeur agrégé de philosophie, etc.

L'armée était représentée par un certain nombre de notabilités, l'amiral Antoine, le colonel Collet, le commandant Bellon, le contrôleur général Leblanc et le médecin-major Pourcines, amis personnels de Liébeault.

En ouvrant la séance, M. le Dr Bérillon a lu une lettre de M. Berthelot s'excusant de ne pouvoir assister à la cérémonie et faisant l'éloge de Liébeault. Il a également donné communication de télégrammes d'excuses des professeurs Van Renterghem, d'Amsterdam ; Orlitsky, de Moscou ; Hamilton Osgood, de Boston, Wetterstrand (de Stocklolm), Forel (de Lausanne), Ladame (de Genève), Spehl (de Bruxelles), Francotte et Henrijean (de Liège), Masoin (de Louvain), O. Vogt (de Berlin), Podiapolsky (de Saratow), Flournoy (de Genève), etc., et de nombreux professeurs français.

MM. les Drs Voisin et Paul Magnin ont fait ensuite l'éloge de Liébeault. Après eux, M. le Dr Bérillon a retracé la carrière du savant. Il a montré comment Liébeault, à ses débuts, fut amené à s'occuper d'hypnologie et quelles difficultés il eut à faire admettre dans la médecine cette science nouvelle qui révolutionnait toutes les anciennes méthodes. Ce n'est qu'après plus de vingt-cinq années de lutte qu'il réussit à triompher de l'incrédulité et parfois même de l'hostilité de ses confrères. Il fallut pour cela des expériences concluantes faites sous sa direction, en 1889, à l'asile de Maréville, près de Nancy.

A partir de ce moment, le traitement psychothérapique fit de nombreux adeptes, et un comité international présidé par le docteur Van Renterghem (d'Amsterdam) organisa une grande manifestation en l'honneur de Liébeault. Elle eut lieu à Nancy le 25 mai 1891.

Puis, au nom des médecins étrangers, le docteur Lloyd Tuckey dans un discours prononcé en anglais, s'est associé aux hommages rendus au Dr Liébeault.

Après l'inauguration du buste, dû au sculpteur Maillot, M. Paul Mounet, de la Comédie-Française, a lu une poésie de M. Jules Bois (Hymne à Liébeault)... Ensuite le délégué du ministre de l'Instruction publique a remis les palmes au statuaire.

Le soir, les amis et les élèves de Liébeault se sont réunis, chez Marguery, en un banquet de quatre-vingt couverts. Des toasts ont été prononcés par MM. les Drs Voisin, Lloyd-Tuckey, Bilhaut, Bérillon, par M. le professeur Lionel Dauriac et par M. Dyvrande, procureur de la République.

Marcel B.

La protection mécanique des habitations dans le paludisme.

On sait maintenant que la fièvre n'est pas causée par l'émanation de l'air des marais. La découverte par Laveran d'un parasite dans le sang de tous les paludéens et son transport de l'homme malade à l'homme sain par un moustique particulier, l'anophèle, ont fait rentrer le paludisme dans la catégorie des maladies en partie évitables. Dans un intéressant mémoire, M. Kermorgant, inspecteur général du service de santé des colonies (1) a traité la prophylaxie du paludisme ; nous renvoyons le lecteur à cet article pour n'insister que sur la protection mécanique des habitations.

On sait qu'une loi du 2 novembre 1901 a rendu cette protection obligatoire, en Italie, en pays palustre, pour tous les ouvriers et employés du gouvernement. Les expériences faites sur les troupes occupant l'été les forts insalubres des environs de Rome ont montré que les soldats protégés contre les moustiques à l'aide de toiles métalliques et soumis à la quinine préventive n'ont été atteints de paludisme que dans la proportion de 1,75 pour 100 ; ceux qui protégés de même, ne prenaient pas de quinine, ont été atteints dans la proportion de 2,67. A ce moment, les fièvres étaient très communes et très graves dans la population civile habitant au voisinage des forts, et les anophèles y étaient très nombreux.

En Corse, les résultats ont été aussi heureux qu'en Italie. A Porto-Vecchio, sur 23 personnes habitant la caserne des douanes, on constatait, en 1901, 14 cas de paludisme ; l'année suivante, après application de toiles métalliques on ne comptait que 1 cas pour le même effectif. Les Japonais ont également expérimenté à Formose la protection mécanique dans leurs casernements. Une compagnie de 115 hommes a été protégée complètement contre les moustiques tandis que le reste du bataillon ne l'était pas. Or, il n'y a eu aucun cas de paludisme parmi les 115 protégés ; le reste du bataillon, qui comptait 646 hommes, eut 235 cas de paludisme, soit 44 pour 100, et une mortalité de 1,12 p. 100.

Les résultats obtenus en Algérie, dans les gares protégées, n'ont pas été moins concluants. Au Sénégal et au Soudan français, les administrateurs des chemins de fer, après des essais partiels, ont décidé de protéger mécaniquement toutes les gares. Le ministre des colonies a prescrit l'essai de grillages métalliques sur une partie des bâtiments militaires au Sénégal.

Les toiles sont vite détruites par la rouille ; il faut donc recourir de préférence aux toiles étamées : quand on n'a pas de toile métallique, on peut momentanément se servir d'étoffe à moustiquaire. Avant d'apposer des grillages métalliques à toutes les ouvertures du casernement, il faut faire l'éducation des soldats, afin d'éviter ce qui est arrivé en Italie, où les hommes s'amusaient à percer les grillages à coups de baïonnettes.

Martha.

(1) *Ann. d'Hyg. pub. et de méd. lég.* juillet 1905, Baillière et fils.

Les casiers sanitaires et l'assistance familiale ;

« Des premières, la Belgique décidait la création de ces bureaux d'hygiène qui furent vite des modèles imités, et qui trouvèrent en France un officiel accueil, bientôt consacré par la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, qui décide que toutes les villes de plus de 20.000 habitants, et les villes thermales de plus de 2.000 âmes, devront en posséder un, obligatoirement (1).

Inutile de refaire ici, un tableau des services qu'ils groupent ; il suffit d'en retenir un : à savoir cette institution admirable, cette institution nécessaire, a-t-on écrit récemment (2), des casiers sanitaires. Ici encore, la Belgique s'aperçut vite des avantages qu'on pouvait espérer dans la lutte contre la maladie et la mort, et si la plupart de vos villes possèdent aujourd'hui cet organisme nouveau, elles n'en ont plus le monopole. L'étranger les a copiées, et si on jette un coup d'œil en France on relève les villes de Paris, Nice, Arcachon, Le Havre, Lille, Amiens, Lorient, Nancy, Nantes, Orléans, Saint-Etienne, et combien d'autres, qui ont suivi l'exemple.

A Paris, le conseil municipal décidait, en 1893, la création d'un casier sanitaire, et sur la proposition de M. Menant, directeur des affaires municipales, le bureau de l'assainissement de l'habitation eut mission de l'organiser et d'en assurer le fonctionnement. En moins de six ans, toutes les maisons de Paris ont été décrites.

La forme d'assistance familiale, — nous n'avons pas à en vanter ici les avantages, — est la forme désirable d'assistance. Certes, ce n'est pas une panacée universelle, applicable à tous les cas. La maladie et la souffrance ont, hélas ! des formes trop protéiques pour qu'on puisse leur appliquer uniformément une même loi. — Mais il n'en reste pas moins qu'il faut désirer que l'orientation qui s'est manifestée dans ce sens, s'affirme ; le convalescent ou le malade y trouveront plus de bien-être et plus de soins.

Or, pour que cette Assistance donne tout ce qu'on doit en espérer, il faut qu'elle s'entoure de précautions délicates ; que les familles choisies se distinguent par leur dévouement, qu'elles remplissent certaines conditions minima parmi lesquelles on fera figurer en bonne part l'installation matérielle, le respect des conditions d'hygiène et de salubrité.

Immenses sont les avantages que l'Assistance familiale pourrait retirer de l'organisation des Casiers Sanitaires. — Ceux-ci, dans une forme à déterminer, pourraient être communiqués aux personnalités chargées de l'appliquer, et celles ci auraient là, dès l'instant, un précieux auxiliaire.

Ce service serait d'ailleurs payé de retour. Les personnes placées dans les familles sont l'objet d'une surveillance attentive et affectueuse : ceux qui en ont la charge pénètrent librement auprès d'elles ; ils pourraient à leur tour fournir au service du Casier Sanitaire de la localité d'utiles renseignements qui donneraient à ses travaux plus de sécurité. A. F.

L'Assistance familiale et les troupes coloniales et de marine.

Lorsque le soldat et le marin tombent malades, ils sont dirigés vers l'hospice le plus proche, et si la maladie continue en affectant une forme chronique ou si une amélioration se produit, mais insuffisante pour permettre de reprendre la tâche quotidienne, l'un et l'autre sont renvoyés à la métropole. S'agit-il d'un soldat, ou d'un marin de la flotte de guerre, il obtient un congé de convalescence. A-t-il encore quelque famille, ou trouve-t il un tiers qui consente à se reconnaître avec lui une subite parenté, il quitte l'hôpital, et l'administration militaire n'en exige plus rien, que de revenir à date fixe, et de rembarquer pour un nouveau voyage. Or, qu'arrive-t-il ? Si le convalescent rentre chez lui, c'est l'hypothèse la plus heureuse. Les parents sont dans une situation souvent difficile, ils ne peuvent subvenir à ses besoins ; le veulent-ils, que sa dignité s'irrite en constatant son oisiveté au milieu de tant de labeurs, et il retourne, imparfaitement guéri, à l'établi ou à la charrue !... Cette imprudence ne tarde pas à produire ses fâcheux effets ; l'amélioration qui se manifestait s'évanouit, il se fatigue et il s'épuise, et bientôt une rechute douloureuse, souvent redoutable, le punit cruellement.

Si, au contraire, nous sommes en présence d'un malheureux sans famille, et dont nul ne répond, on propose de créer pour eux des *villas coloniales* où ils seraient recueillis. Celles-ci seraient édifiées en des contrées choisies pour l'égalité et la clémence de leur climat, perspective agréable mais nullement pratique. Ces villas devront en effet être très nombreuses ; car elles ne doivent réunir sous un même toit que quelques convalescents ; les frais de construction, d'aménagement, de fonctionnement et d'administration seront dès lors sensiblement élevés et nous redoutons que la question financière ne soit un obstacle difficile à vaincre. Ne se souvient-on pas que, lorsque tout le monde demandait la création des sanatoriums pour tuberculeux, M Albert Robin a eu le courage de montrer le premier quel désastre financier entraîneraient leur construction et leur entretien pour un résultat douteux ? Il en est de même ici.

On ne devra pas permettre davantage la construction de vastes établissements ; on serait en présence d'une agglomération considérable avec tous ses travers : promiscuité déplaisante, nécessité d'une discipline commune, suppression de toute initiative chez le malade, et dès lors monotonie fâcheuse, état psychique désastreux et guérison compromise. Combien ne serait-il pas préférable à tous égards de recourir à l'assistance familiale ?

Au lieu de garder nos soldats fatigués en de vastes casernes-hôpitaux, au lieu de les laisser livrés à eux-mêmes, à la faveur d'un répondant bénévole, combien ne semblera t-il pas meilleur de pratiquer pour eux notre système d'assistance familiale dont l'excellence n'est plus à démontrer et dont votre réunion témoigne une fois de plus des bienfaits. Grâce à l'assistance familiale, soldats et marins pourraient être réunis par les soins de l'autorité militaire. Puis on ferait choix d'un certain nombre de familles installées dans la campagne, en des régions particulièrement saines, autant que possible loin des cours d'eau et des zones humides qui constituent pour la plupart des maladies coloniales une condition favorisante, et nos convalescents y seraient installés.

Plus de constructions onéreuses, plus d'administration compliquée, plus de discipline rigide, mais un travail journalier calculé suivant le pays, la liberté et le bien-être. Nos coloniaux et nos marins placés ainsi n'auraient aucun besoin de s'absorber en un labeur fatigant ; leur nourriture et leur entretien seraient assurés. Voudraient-ils se livrer à quelque occupation distrayante, ils en auraient le loisir ; une surveillance discrète, paternelle, qu'elle vienne du médecin de la localité ou de quelque agent des services d'assistance familiale, s'assurera simplement qu'ils ne travaillent pas au-delà de leurs forces. Pas de discipline, mais le droit de disposer d'eux-mêmes à leur gré, pourvu qu'ils ne se laissent pas aller à des manifestations qui leur pourraient nuire, tel est est le tableau très incomplet des avantages de cette façon d'açon d'agir, que vous approuverez, je l'espère de votre haute autorité.

Et lorsque, la convalescence expirée, le soldat s'en retournerait servir son pays sous quelque ciel lointain, c'est avec une reconnaissance émue qu'il songerait au toit qui de longs mois fut le sien, aux joies qu'il partagea, aux tristesses même qui frappèrent sa famille d'élection et qui le firent souffrir avec elle. Et qui sait si, au jour de sa libération, son service terminé, il ne viendrait s'y réfugier pour y vivre sa vie, vie d'homme, alors que sans l'assistance familiale il se serait trouvé isolé au milieu d'un monde qu'il aurait désappris à connaître au cours de ses voyages. Lucien Graux.

Un hospice en flammes.

Rennes, 4 février. — Un effroyable incendie a éclaté cette nuit, vers deux heures, dans l'hospice des veillards de la Piltière, faubourg de Paris. Tous les bâtiments ont été détruits, et plusieurs hospitalisés ont péri dans les flammes. Les autres ont pu être sauvés, grâce à des prodiges de dévouement.

(1) Lucien Graux — La loi de 1902 et les stations hydrominérales. Les Arrêtés municipaux et les lois sanitaires (Rousset).

(2) Voir Paul Juillerat. — Une institution nécessaire. Le casier sanitaire des maisons. — Voir également Rénon : Maladies populaires.

L'abbé Stenou, aumônier de l'hospice, a été grièvement blessé en procédant à des sauvetages. On considère son état comme désespéré. Un pompier a également reçu des blessures graves. Pendant l'incendie, qui faisait encore rage à la nuit tombante, le spectacle était lamentable : des visages angoissés d'épouvante apparaissaient aux fenêtres, des cris déchirants sortaient des bâtiments réservés aux femmes. Tandis que les pompiers et de courageux citoyens se précipitaient à leur secours, on découvrait successivement, sous les premiers décombres, deux, puis quatre cadavres. Le soir, on comptait onze victimes. Trois femmes qu'on avait pu sauver, sont mortes à la suite des émotions terribles qu'elles avaient ressenties. Parmi les morts, six vieillards seulement ont été reconnus. Seize pensionnaires de l'hospice ont disparu.

L'infirmerie et la lingerie sont complètement détruites. Cent mètres de bâtiments sont inutilisables. L'incendie n'a pu être éteint qu'à neuf heures. Pour parer aux premières nécessités, la municipalité a demandé 200 lits au campement militaire et du linge aux hospices. (*Le Matin*, du 5 février.)

Préfecture de la Seine

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — Le paragraphe 5 de l'article 20 du titre II de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique est modifié comme suit :

« Chaque Commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu par ses collègues et au moins un médecin, un pharmacien, un vétérinaire, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue. »,

Art. 2. — L'article 25 est modifié comme suit :

« Art. 25. — Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5,000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes. Il est spécialement chargé du contrôle, de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France est composé de cinquante-cinq membres.

« Sont membres de droit : le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur ; l'inspecteur général des Services sanitaires ; le directeur de l'Administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur ; le directeur des Consulats des Affaires commerciales au ministère des Affaires étrangères ; le directeur général des Douanes ; le directeur des Chemins de fer au ministère des Travaux publics ; le directeur du Travail au ministère du Commerce, des Postes et des Télégraphes ; le directeur de l'Enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique ; le président du Comité technique de santé de l'armée ; le directeur du Service de santé de l'armée ; le président du Conseil supérieur de santé de la marine ; le président du Conseil supérieur de santé au ministère des Colonies ; le directeur des Domaines au ministère des Finances ; le doyen de la Faculté de médecine de Paris ; le directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris ; les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes ; le président de la Chambre de commerce de Paris ; le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris ; les vice-présidents du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ; l'inspecteur général du service d'Assainissement de l'habitation de la Préfecture de la Seine ; le vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris ; l'inspecteur général des Ecoles vétérinaires ; le directeur de la Carte géologique de France.

« Six membres seront nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'Etat, la Cour de cassation, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France.

« Quinze membres seront désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

« Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat. Fait à Paris, le 29 janvier 1906, Emile Loubet. Par le président de la République : Le ministre de l'Intérieur, Dubief.

FORMULES

XI. — Traitement du shock opératoire.

Faire une piqûre d'éther et une de caféine et injecter du sérum artificiel (500 gr.) additionné de 1 cc. de la solution d'adrénaline au 1/1000 par litre. Cette injection peut se faire par la voie intra-veineuse, rectale, sous-cutanée ou péritonéale.

XII. — Inhalations dans la bronchite chronique.

Dans un flacon à large goulot, muni d'un bouchon traversé de deux canules en verre qui sont recourbées à angle droit et dont l'une plongera dans le liquide du flacon tandis que l'autre ne le touchera pas, versez 80 cc. de la solution suivante :

Menthol	0 gr. 50
Thigénol.....................	0 gr. 50
Gaïacol cristallisé.............	1 gr.
Teinture d'eucalyptus.........	0 gr. 45
Alcool à 60°..................	20 gr.
Eau distillée..................	160 gr.

Faire trois inhalations par jour d'une durée de cinq minutes chacune.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 14 février.* — *M. Pomes* : Contribution à l'étude de la leucémie à streptocoque dans la tuberculose (MM. Landouzy, Gaucher, Reclus, Legueu). — *M. Halbron* : Tuberculose et infections associées (étude critique et expérimentale) (MM. Landouzy, Gaucher, Reclus, Legueu). — *M. Louste* : Bactérioscopie et cystoscopie du sang et des liquides hémorrhagiques par l'hémolyse immédiate (Erythrocytolise) (MM. Gaucher, Landouzy, Reclus, Legueu). — *M. Leuthreau* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant (MM. Reclus, Landouzy, Gaucher, Legueu).

Jeudi, 15 février. — *M. Monthelie* : La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail (MM. Brouardel, Cornil, Dupré, Bezançon). — *M. Dusolier* : Aperçu historique sur la médecine en Espagne, particulièrement au XVI° siècle (MM. Cornil, Brouardel, Dupré, Bezançon). — *M. Popovitch* : Les spirochètes en pathologie humaine (MM. Cornil, Brouardel, Dupré, Bezançon). — *M. Laplaze* : Des applications intra-rectales des courants de haute fréquence (MM. Le Dentu, Berger, Faure, Morestin). — *M. Martin* : Contribution à l'étude des anus vulvaires (MM. Le Dentu, Berger, Faure, Morestin). — *Puisségur* : Troubles gastriques de causes mécaniques au cours du rein mobile (MM. Berger, Le Dentu, Faure, Morestin). — *M. Legrand* : Considérations sur l'assistance maternelle (MM. Budin, Gilbert, Vaquez, Demelin). — *M. Liebert* : De l'emploi des courants continus dans le traitement du rhumatisme chronique déformant (MM. Gilbert, Budin, Vaquez, Demelin).

Examens de doctorat. — *Lundi, 12 février.* — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Segond, Cunéo, Proust. — 2° (1re série, Salle Béclard) : MM. Gautier, Roger, Branca. — 2° (2° série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Broca (André), Macaigne. — 2° (3° série, Salle Charcot) : MM. Blanchard, Gley, Desgrez. — 5° (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Mauclaire, Gosset. — 5° (1re partie, 2° série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Legueu, Pierre Duval.

Mardi, 13 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Poirier, Auvray, Morestin. — 3° (1re partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Guyon, Launois, Demelin. — 3° (2° partie, 1re partie, Oral,

Salle Broussais) : MM. Dieulafoy, Méry, Renon. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Hutinel, Dupré, Bezançon. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Charité) : MM. Pozzi, Faure, Marion.— 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Joffroy, Thiroloix, Carnot. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Robin, Vaquez, Gouget.

Mercredi, 14 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Terrier, Mauclaire, Cunéo. — 2e (1re série, Salle Béclard) : MM. Gariel, Roger, Macaigne. — 2e (2e série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Desgrez, Branca. — 2e (3e série, Salle Broussais) : MM. Blanchard, Gley, Broca (André).

Jeudi, 15 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Pozzi, Poirier, Marion. — 3e (2e partie) Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Joffroy, Guiart, Maillard. — 2e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Gley, Launois. — 3e (1re partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Guyon, Thiéry, Brindeau.

Vendredi, 16 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Reclus, Cunéo, Pierre Duval. — 2e (1re série, Salle Béclard) : MM. Gariel, Gley, Branca. — 2e (2e série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Desgrez, Macaigne. — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Terrier, Sebileau, Lepage. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1e série, Necker) : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 17 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Poirier, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 2e (Salle Pasteur) : MM. Launois, Langlois, Desgrez. — 4e (1re série, Salle Charcot) : MM. Chantemesse, Vaquez, Dupré. — 4e (2e série, Salle Béclard) : MM. Gilbert, Méry, Richaud. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Thiroloix, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Maygrier, Demelin, Brindeau.

Questions des prix proposés pour l'année 1906. — *Prix Béhier* (1,800 fr.) : Syphilis hépatique. — *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 fr.) : L'hémoptysie. — *Prix Saintour* (3,000 fr.) : Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des congestions pulmonaires et des hémoptysies par l'Hélénine.

Introduite dans le sang, l'Hélénine de Korab exerce à un haut degré une action stimulante, accompagnée de diminution de la tension vasculaire et d'abaissement de la température, rigoureusement observée par les appareils du professeur Marey du Collège de France (communication à la *Société de Biologie*). La propriété, bien démontrée, que possède l'Hélénine de diminuer la tension vasculaire, fait d'elle un médicament précieux pour combattre les congestions pulmonaires et prévenir les hémoptysies.

De là résulte l'avantage incontestable de l'employer dans les phases d'ulcérations et même de cavernes, où la fonte des tissus fait craindre la rupture d'un vaisseau ayant pour cause la disproportion entre la tension vasculaire et la paroi sanguine amincie. L'Hélénine s'administre sous forme de globules du Dr de Korab à la dose de 2 à 4 par jour.

Médecins des Enfants-Assistés.— Par arrêtés préfectoraux en date du 29 janvier 1906 : M. le docteur Chapoutot a été nommé médecin du service des Enfants-Assistés pour la circonscription d'Ygrande, en remplacement de M. le docteur Mennechand, démissionnaire. Ont été nommés médecins des Enfants-Assistés (emplois créés) : MM. les docteurs Pombourg, à Acheux ; Blasart, à Avesnes-le Comte ; Dehée, à Saulty ; de Lambert, à Pourrain ; Ribailler, à Treigny ; Coste, à Charroux ; Gautheron, à Anost ; Malbot, à Romorantin ; Ferry, à Mur-de-Sologne, et Lemerle, à Gièvres.

Asile d'aliénés de Ville-Evrard.— Par arrêté du 23 janvier, M. le docteur Leroy (Achille), ancien interne des asiles de la Seine, reçu le premier au concours d'adjuvat de la Seine en 1896, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés d'Evreux (Eure), est nommé à ce poste.— M. le docteur Leroy continuera à jouir, en qualité de médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, du traitement de 4,000 francs dont il est titulaire et bénéficiera des avantages en nature spécifiés par le règlement.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 14 janvier 1905 au samedi 20 janvier 1906, les naissances ont été au nombre de 985, se décomposant ainsi : légitimes 719, illégitimes 266.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 897, savoir : 478 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 21. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 4. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 187. — Tuberculose des méninges : 15. — Autres tuberculoses : 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : 69. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 50. — Maladies organiques du cœur : 76. — Bronchite aiguë : 14. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 111. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 4 ; autre alimentation : 13 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2.— Hernies, obstruction intestinale : 2. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 23. — Débilité sénile : 2[illegible] — Morts violentes : 23.— Suicides : 10. — Autres maladies : 1[illegible] — Maladies inconnues ou mal définies : 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : légitimes 47, illégitimes 19.

Légion d'honneur — Est nommé grand officier : Bouchard (Charles-Jacques), membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Médailles des épidémies. — 1° *Médaille d'or.* — M. le Dr [illegible] Vergely (de Bordeaux). — 2° *Rappel de médaille d'or.* — M. le Dr Carlier (médecin militaire). — 3° *Médailles de vermeil.* — MM. les Drs Hoël (de Reims) ; Lestocquoy (d'Arras) ; Pitance (de Saint-Moreil). — 4° *Rappels de médailles de vermeil.* — MM. les Drs André (de Toulouse) ; Balestre (de Nice) ; Baudin (de Besançon) ; Foucault (de Fontainebleau). — 5° *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Camescasse (de Saint-Arnoult) ; Devé (de Beauvais) ; Hassler, P.-C. Petit (médecins militaires) ; Rouffiandis (médecin des troupes coloniales) ; Félix (de Bruxelles). — 6° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les Drs Colin (de Quimper) ; Legros (de Rochefort-sur-Mer) ; Leray (de Rennes) ; René Moreau (de Sens) ; E.-J. Jaubert, Sudour (médecins militaires). — 7° *Médailles de bronze.* — MM. les Drs Bernard (de Corbelin) ; Jacquey (de Faucogney) ; Malafosse, Paul Mart[illegible] (médecins militaires) ; Coppin, Montel, Pélissier (médecins des troupes coloniales) ; Le Roy des Barres (d'Hanoï). -- 8° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les Drs Brisson (de La Palisse) ; Decouvelaëre (d'Hazebrouck) ; Dezaulière (de La Machine) ; Guérin (de Blois) ; Moulonguet (d'Amiens) ; Ollivier (de Dinard) ; Omont (de Pont-Audemer) ; Pâris (de Maréville) ; Deumier, Ma[illegible]net (médecins militaires).

Mutualité. — *La médaille d'argent*, de la mutualité a été décernée à M. le Dr Malinas (médecin militaire).

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1906, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

Concours pour l'admission a six emplois d'interne en médecine et en chirurgie (a la maison départementale de Nanterre (durée des fonctions : du 1er juin 1906 au 31 mai 1907. — Le préfet de police, sur la proposition du Secrétaire Général, arrête :

Article 1er. — Un concours sera ouvert le 7 mai 1906, pour six emplois d'interne en médecine et en chirurgie à la maison de Nanterre. Durée des fonctions : du 1er juin 1906 au 31 mai 1907. *Traitement* : 1.800 francs, plus une indemnité de logement de 300 francs. — Article 2. Tout interne qui serait reçu docteur avant le 1er mars 1907 ne pourra continuer à exercer ses fonctions. — Article 3. Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de Police (service du personnel, caserne de la cité). — Le registre d'inscription sera ouvert le 1er février 1906, à 10 heures du matin et clos définitivement le 25 avril suivant à 4 heures. — Les ca[illegible]

dats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Etre âgés de moins de trente ans ; 3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine, justifiées par un certificat de scolarité de date récente ; 4° avoir accompli le stage obstétrical ; 5° N'être pas reçus docteurs en médecine. Ils devront adresser au préfet de police une demande sur le papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance ; Les pièces établissant leur situation au point de vue militaire ; Une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers ; Le certificat de l'accomplissement du stage obstétrical ; et l'engagement en cas de nomination, de se démettre de toutes fonctions dans les hôpitaux, hospices ou cliniques. — ARTICLE 4. Le concours, qui aura lieu à la maison départementale de Nanterre, comprendra deux séries d'épreuves : 1° Epreuves d'admissibilité ; 2° Epreuves définitives.

A. *Epreuves d'admissibilité.* 1° Examen d'un malade de médecine ; 2° Examen d'un malade de chirurgie. Il sera accordé pour chaque malade : dix minutes d'examen, dix minutes de réflexion, dix minutes d'exposé oral ; 3° Une question d'obstétrique traitée en cinq minutes après cinq minutes de réflexion. Chacune de ces trois épreuves sera évaluée en chiffres (20 points aux maximum).

B. *Epreuves définitives.* — 1° Formuler par écrit le traitement de deux maladies, l'une infantile, l'autre sénile ; dix minutes seront accordées pour cette rédaction. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points au maximum) : 2° Une reconnaissance anatomo-pathologique. Cette épreuve sera évaluée en chiffres (20 points aux maximum) ; 3° Une épreuve de médecine opératoire. Cette épreuve sera également évaluée en chiffres (20 points au maximum). ARTICLE 5. Les candidats seront classés par ordre de mérite ; dans le classement *ex æquo.* il sera tenu compte des titres.

THERMES DE BOURBON-L'ARCHAMBAULT. — Le ministre de l'intérieur et le ministre des finances ont déposé au Sénat un projet de loi adopté par la Chambre prolongeant le bail de la concession de Bourbon-l'Archambault (Allier) à M. le Dr Martin.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 31 janvier 1906, M. Antoine, classé n° 5 sur la liste établie par le jury du concours d'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école d'application du service de santé militaire, a été nommé audit emploi, en remplacement de M. Wickersheimer, dont la démission est acceptée.

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Faut-il qu'il soit bon pour qu'on dise tant de mal de lui ? » (*Progrès de Lyon*).

— C'est curieux. Plus le médecin est jeune, plus il connaît de microbes.

MOTS DE LA FIN. — En consultation. *Premier médecin.* Alors nous n'opérerons pas ? *Second médecin.* Oui... Que, croyez-vous, pouvons-nous demander à notre client pour la décision de ne pas intervenir ? IUDGE.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS D'OPHTALMOLOGIE. — Un concours pour deux places d'ophtalmologiste des hôpitaux s'ouvrira le 9 avil 1906. Inscriptions du 1er au 24 mars.

HOTEL-DIEU. — *Clinique d s maladies nerveuses.* — M. GILBERT BALLET a repris ses leçons sur les Maladies Nerveuses, le dimanche 4 février, à 10 heures, amphithéâtre Trousseau, et les continue les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales, le samedi à 9 h. 1/2 (salon de la salle Sainte-Anne).

HOPITAL COCHIN-ANNEXE. — Le Dr QUEYRAT a commencé, le jeudi 8 février, à 10 h. 1/2, des conférences sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau (avec présentation de malades et démonstrations bactériologiques), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE, *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques* gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Leçons de clinique obstétricale.* — M. le Dr MAYGRIER (amphithéâtre Potain), le jeudi à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Clinique mentale et nerveuse). — M. le Dr J. VOISIN, le jeudi à 10 heures.

Enseignement libre.

Le mardi 13 février, à 8 h. 1/2, à l'*Association française pour l'avancement des sciences* (sociétés savantes, 8, rue Danton), le Dr BÉRILLON, professeur à l'Ecole de psychologie fera une conférence, avec projection, ayant pour titre : *Excursion psychologique à travers les anomalies et les excentricités humaines.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Enfant, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef. MM. Henri Rollet et Jacques Teutsch. 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des Carmes

Bourneville : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc. Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Librairie Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

Graux (Lucien). — Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales. 1 vol. In-8° de 206 pages. Thèse de Paris.

Librairie G. STEINHEIL.
2, rue Casimir-Delavigne.

Guilleminot. — Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine. 1 vol. In-16 de 18 pages. Prix.................. 1 fr. 50

Librairie J.-B. BAILLIÈRE.
19, rue Hautefeuille.

Brouardel et Gilbert. — *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, fasc. IV. Maladies communes à l'homme et aux animaux *avec la collaboration de MM. Mosny, L. Bernard, Gallois, etc.* Prix.................................. 8 fr.
Fasc. XV.— Maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage *avec la collaboration de MM. Roque et Galliard.* Prix... 5 fr.

Librairie VIGOT.
23, place de l'Ecole-de-Médecine

Ferrier (Paul). — La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée. — Traitement et prophylaxie. In-18 de 184 pages. Prix........................ 2 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 FÉVRIER 1906

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

La Scopolamine morphine comme anesthésique général (1);

Par le Dr **VIRON**, pharmacien de la Salpêtrière,
et L. **MOREL**, interne en médecine des hôpitaux.

La scopolamine ou hyoscine est un alcaloïde répondant à la formule $C^{17}H^{24}AZO^{4}$. Elle existe dans différentes plantes de la famille des Solanées : scopolia atropoïdes et japonica ; duboisia myoporoïdes, qui renferme un mélange en proportions variables de scopolamine et d'hyosciamine que l'on désigne sous le nom de duboisine, datura stramonium, jusquiame noire, belladone et mandragore, etc.

On la retire des eaux-mères qui ont servi à l'extraction de l'hyosciamine. Les alcaloïdes amorphes qu'elles contiennent sont transformés en un chloroaurate qui cristallise facilement : les premiers cristaux qui prennent naissance, fusibles à 199°, sont à base de scopolamine.

La scopolamine est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme ; elle se présente sous deux états isomériques, la scopolamine gauche, qui est celle que l'on obtient par le procédé signalé plus haut ; sa solution alcoolique, en présence de la soude se transforme en scopolamine inactive, isomère qui prend également naissance quand on traite le bromure par l'oxyde d'argent humide. La scopolamine, sous l'action des alcalis, se dédouble en scopoline ou oscine et en acide atropique qui lui-même peut se transformer en acide tropique sous l'action de l'eau de baryte en excès. Le sulfate de scopolamine est en aiguilles incolores, très solubles dans l'eau. Le chlorure cristallisé avec deux molécules d'eau. L'iodure est moins soluble dans l'eau. Le bromure de scopolamine $C^{17}, H^{24}, AZO^{4}\ HBR + 3\ H^{2}O$ 2 O est le sel actuellement expérimenté dans les hôpitaux de France et à l'étranger, pour produire l'anesthésie générale. Il présente les caractères et les réactions suivants : cristaux rhomboïdaux, incolores, de saveur amère et brûlante. Desséché à 100° ou sur l'acide sulfurique, il perd 12 37 % de son poids et entre en fusion à 190°. Il est facilement soluble dans l'eau ; sa solution est lévogyre et rougit le papier bleu de tournesol. Il est peu soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Sa solution aqueuse 1 : 20 précipite en jaune par le nitrate d'argent ; elle n'est pas influencée par l'ammoniaque, tandis que la soude caustique détermine un trouble blanchâtre. 0.01 de ce sel additionné de 5 gouttes d'acide nitrique, fumant et évaporé à sec au bain-marie, abandonne un résidu à peine jaunâtre qui, après le refroidissement, prend une coloration violacée au contact d'une solution alcoolique de potasse. A la calcination, il ne doit pas laisser de résidu sensible.

Dose maxima :

	Pharmacie allemande	Pharmacie anglaise
Dose maxima simple...	0,001	0,0005
Pour 24 heures.......	0,003	0,0015

La toxicité de la scopolamine n'est pas nettement établie, car tandis que la pharmacopée allemande indique 0,001 comme dose maxima simple et 0,003 comme dose maxima en 24 heures ; le professeur Lewin (de Berlin) dans son Traité de Toxicologie, traduit par le professeur Pouchet, évalue la dose toxique à 0,001. La mort en collapsus serait survenue à la suite de l'absorption de cette dose de chlorydrate de scopolamine.

Dans un cas, les symptômes observés étaient les suivants : engourdissement, ensuite coma profond, trismus, convulsions classiques (membres et de temps en temps maxillaire inférieur) pâleur de la face, pupilles immobiles dilatées au maximum, accélération du pouls, rétention d'urine et de matières fécales.

Après avoir absorbé 5 milligrammes d'alcaloïde, un malade s'affaissa subitement, de l'écume lui vint à la bouche, le réflexe cornéen disparut, les lèvres et les ongles se cyanosèrent ; du tremblement avec des accès de contractions spasmodiques et d'apnée vint s'ajouter à ces symptômes.

Les convulsions ayant disparu, grâce à la morphine, on observa la rigidité des muscles du tronc et ensuite un sommeil profond. La guérison fut obtenue en peu de temps. Dans d'autres cas, on vit apparaître : spasmes

(1) *Union pharmaceutique*, p. 178 ; *Revue de Chirurgie*, p. 481 ; Annales de *Merck* 1904 ; *Presse médicale*, p. 398, 1905 ; *Semaine médicale*, pp. 15 et 529, 1905 ; *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1905 ; British *med. Journ.*, 1905 ; *Lancet*, nov. 1905, etc.

pharyngiens, lipothymie, collapsus, céphalée, vertige, délire, hallucinations visuelles et auditives, tremblements, convulsions.

A la suite d'un rapport très documenté, présenté à la Société de chirurgie (séance du 15 février dernier) par M. le professeur Terrier, sur un travail de M. Desjardin concernant l'emploi de la scopolamine-morphine comme agent anesthésique, ce médicament a été expérimenté par un grand nombre de chirurgiens. Avant de résumer ce travail, il y a lieu de signaler, d'après les *Annales de Merck* de 1904, les communications parues antérieurement. La narcose par la morphine-scopolamine, recommandée par Schneiderlin-Koff, est basée, comme on sait, sur l'opinion d'après laquelle les effets hypnotiques et anesthésiques de ces deux alcaloïdes s'ajoutent l'un à l'autre, tandis que les effets toxiques, antagonistes, sur la respiration et la circulation, se compensent. Les communications, assez nombreuses, publiées sur cette méthode, étant en partie contradictoires, nous devons ici présenter les opinions des divers auteurs et les faits les plus importants sur ce sujet.

L. Grevsen se prononce en faveur de l'emploi de la narcose par la morphine-scopolamine, se basant sur son expérience; il conseille de ne se servir que de solutions de scopolamine récemment préparées et il exprime aussi le vœu que la question de posologie, un peu soumise encore à l'arbitraire, soit l'objet d'études approfondies. Bloch a employé la narcose par la scopolamine dans les opérations de longue durée ; quatre heures, deux heures et une heure avant l'opération ; il a injecté, chaque fois, 1 gramme d'une solution de 0 gr. 12 de chlorydrate de morphine et de 0 gr. 012 de bromhydrate de scopolamine dans 10 grammes d'eau ; il a eu aussi recours, au besoin, durant un peu de temps, au masque du chloroforme. Il a pu constater que le malade, au moment du réveil, présentait un bien-être parfait. D'après G. Volkmann, la narcose par la morphine-scopolamine offre de grands avantages, parmi lesquels il faut signaler le mode agréable d'administration, la longue durée du sommeil, qui ressemble au sommeil naturel, la facilité d'arrêter les hémorragies et la diminution des pertes humorales, consécutive à l'action, réductive du produit sur les sécrétions. On peut éviter les accidents par une surveillance attentive qui doit porter principalement sur les troubles de la respiration et de la circulation.

W. Heinatz a aussi été satisfait de cette méthode, bien que très souvent il ait dû avoir recours au chloroforme. B. Korff propose les doses suivantes, qui représentent une moyenne pour un homme adulte, et qui pourront ultérieurement être un peu modifiées suivant l'âge, l'activité du cœur et les dispositions nerveuses du patient.

Bromhydrate de scopolamine........	0,01
Chlorhydrate de morphine..........	0,25
Eau distillée bouillie..............	10,0

Deux heures 1/2 avant l'opération, on injecte un tiers de seringue de Pravaz ; on en injecte autant une heure et demie et une demi-heure avant l'opération, en tout, par conséquent, 0.001 de scopolamine et de 0.025 de morphine. La narcose est, dans la plupart des cas, parfaitement suffisante ; mais quand les douleurs sont particulièrement intenses, on pourra la renforcer en faisant inhaler au malade quelques gouttes d'éther ou de chloroforme.

Stolz est d'avis, au contraire, que le calme qui accompagne la narcose doit être attribué plutôt à la morphine qu'à la scopolamine et qu'on peut l'obteni mieux et d'une manière plus inoffensive en faisant avant la narcose ordinaire, une injection de morphin ou de morphine-atropine. L. Wild et S. Flatau vo même jusqu'à mettre en garde contre l'emploi de l narcose par la morphine-scopolamine. Il faudrait, d'a près eux, la considérer comme peu applicable et mêm dangereuse dans la médecine usuelle, dans la pratiqu générale de la chirurgie et surtout dans la partie obs tétricale.

C. Hartog a trouvé cependant qu'une combinaiso de la narcose par la morphine-scopolamine avec l narcose éthérée était entièrement inoffensive et trè pratique. Une heure et demie avant de procéder à l narcose par l'éther, il administre par la voie sous-cu tanée 0mgr. 5 de scopolamine et 1 gr. de morphin D'après les résultats favorables qu'il a obtenus, sa m thode combinée paraît mériter d'être recommandé d'autant plus qu'elle réduit au minimum les dange de la narcose par l'éther et en amoindrit les effets a cessoires fâcheux, résultat qui a aussi été confirm par E. A. Roberston.

D'après les expériences de Schneiderlin, les incon vénients de la narcose par la morphine-scopolamin sont qu'elle doit être d'abord mise à l'épreuve, ce qu fait perdre du temps, et que, après la narcose, on doi le cas échéant, contrôler la respiration : ses avantag sont que, ayant été bien mise à l'epreuve, elle est d pourvue de danger, que l'on peut se passer de narcot seur, et que le choc psychique, parfois grave, qui produit dans la narcose par le chloroforme, fait à p près entièrement défaut et peut, avec un peu de pr dence, être tout à fait évité. Schneiderlin attribue l insuccès signalés par certains auteurs à ce que la na cose n'a pas été mise à l'épreuve, à ce qu'on a adm nistré des doses trop élevées et qu'on n'a pas attend pour opérer, que la narcose eût commencé.

Bumke a employé le bromhydrate de scopolami comme sédatif, sous forme d'injections sous-cutané dans le traitement des affections mentales, et il est a rivé à ce résultat que ce médicament peut rendre, da ces cas, d'excellents services, car il agit non seulem avec rapidité, mais encore avec certitude. Les quelq accidents, peu inquiétants d'ailleurs, auxquels il p donner lieu, ne sont rien à côté de ses avantages. I administré ce produit aux doses de 0 mgr. 5 à 1 mgr. D'après les observations de M. Pickardt, le bromhydr de scopolamine s'est révélé un bon médicament da le traitement des affections gastriques ; administré a doses de 0mgr. 3 deux fois par jour, il a fait dim nuer les sécrétions et relevé l'état général des mal des. Il a donné aussi de bons résultats dans la gastr rhée idiopathique. Dans sa communication, M. le p fesseur Terrier attire l'attention sur ce fait que la s polamine-morphine détermine une anesthésie per tant longtemps après le réveil. M. Terrier emploie solution suivante :

Bromhydrate de scopolamine......	1 milligr.
Chlorhydrate de morphine.........	1 centigr.
Eau distillée......................	1 cc.

L'association de la morphine à la scopolamine raît obligatoire car la morphine est un puissant a dote de la scopolamine.

La technique consiste en 3 injections sous-cuta faites avec la seringue de Pravaz, quatre heures, d heures et une heure avant l'opération. Voici les p nomènes observés par l'auteur : « Environ 20 à 3

nutes après la première injection, le patient s'endort naturellement, mais présente encore certains mouvements réflexes. Après la seconde injection, les réflexes disparaissent, le malade dort profondément.

La troisième piqûre n'est pas sentie et n'interrompt pas le sommeil. Il y a de la vaso-dilatation de la face. La respiration est peu fréquente. Le pouls est rapide et varie entre 50 et 100. Les pupilles sont dilatées. La résolution des membres n'est pas complète, et si on secoue le sujet ou si on fait du bruit autour de lui, il se réveille. Mais l'anesthésie persiste après l'opération ; le malade continue à dormir, la durée du sommeil varie entre 4 et 5 heures. Quant au réveil, il est calme et le malade est très étonné d'apprendre que l'opération est terminée. Aucun phénomène consécutif, jamais de céphalée, de nausées, ni de vomissements.

L'anesthésie persiste alors que les fonctions cérébrales sont revenues intactes, et pendant la première journée, le malade ne ressent aucune douleur du fait de la lésion traumatique. Les avantages de cette méthode sont donc : de supprimer l'appréhension de l'acte opératoire, de supprimer l'excitation qui précède l'anesthésie, de supprimer les nausées et les vomissements qui suivent le réveil ; d'éviter à l'opéré les douleurs de l'acte opératoire qu'il vient de subir.

Parmi les inconvénients sérieux de la scopo-morphinisation, il faut encore citer la vaso-dilatation périphérique consécutive à l'injection, qui gêne considérablement au cours de certaines interventions ; ainsi que la contracture invincible de la paroi abdominale, qui peut apporter un obstacle sérieux au cours des laparotomies. Enfin, on a signalé un état délirant transitoire chez les scopo-morphinisés.

Ce mode d'anesthésie comptait 1489 applications lors du rapport du Dr Terrier (15 février 1905). L'auteur en préconisait l'adoption ; et donnait le détail de 25 nouveaux cas recueillis dans son service.

MM. Terrier et Desjardin avaient suivi, dans leurs premières applications de scopo-morphine, la technique de Bloch, de Fribourg. Dans les anesthésies suivantes, ils la modifièrent et M. Terrier présenta une nouvelle série de 53 cas à l'appui de sa nouvelle méthode d'administration. « Tout d'abord, dit M. Terrier, j'ai modifié ma technique, en ce sens qu'au lieu de faire, comme au début et à la manière des Allemands, 3 injections de 1 milligramme chacune, quatre heures, deux heures, et une heure avant l'opération, je ne fais plus maintenant qu'une seule injection de 1 milligramme deux heures avant l'opération... Je puis dire maintenant que non seulement on obtient les mêmes avantages, mais de plus qu'on évite les quelques inconvénients signalés : contracture de la paroi et vaso-dilatation superficielle qui deviennent si appréciables. »

A côté de cette méthode d'anesthésie par la scopomorphine, il faut citer la méthode de M. Walther : la scopo-morphinisation préchloroformique.

M. Walther, le 21 juin 1905, exposa devant la *Société de chirurgie* les résultats de sa technique personnelle différente de celles de Bloch-Terrier. M. Walther associe la scopolamine-morphine au chloroforme pour l'anesthésie générale. « Ce n'est pas, dit-il, l'anesthésie complète par la scopolamine, mais bien l'anesthésie chloroformique précédée d'une injection de scopolamine. »

Voici comment il opère : une heure avant l'opération il fait une seule injection avec la solution suivante :

Bromhydrate de scopolamine..	12 décimilligr.
Chlorydrate de morphine......	12 milligr.
Eau distillée	1 cc.

A la suite de cette injection, les malades s'endorment d'un sommeil calme, qui supprime, quand on commence la chloroformisation, toute période d'excitation. De plus, le sommeil chloroformique se continue jusqu'au bout dans un calme parfait. Il n'y a jamais d'alertes et il suffit de petites quantités de chloroforme pour entretenir l'anesthésie.

Les malades se reposent après l'opération dans un état de demi-sommeil, qui se prolonge pendant plusieurs heures, et qui les soustrait ainsi, sans morphine, aux douleurs qu'entraîne après elle toute opération.

Leur secrétion urinaire semble nettement augmenter.

Se fondant sur une statistique personnelle de 56 anesthésies, M. Walther montra que ce nouveau mode d'administration faisait disparaître les inconvénients précités, observés avec l'ancienne technique, principalement la vaso-dilatation et la contracture abdominale. Quelques jours plus tard (5 juillet), M. Defontaine, du Creusot, soumettait à la *Société de chirurgie* une série de 30 scopomorphinisations, dont 24 préchloroformiques : ses conclusions étaient analogues à celles de M. Walther.

Au total, à la suite de Schneiderlin (d'Emmendingen) nombre de chirurgiens ont appliqué en la modifiant plus ou moins l'anesthésie à la scopolamine. Korff (200 cas) ; Grevsen (69 cas) ; Stolz, (5 cas) ; Hartog (93 cas) ; Volkmann (20 cas) ; Zinke (13 cas) ont utilisé à l'étranger cet anesthésique, sans accidents sérieux. En France, MM. Terrier et Desjardin (76 cas) ; Walther, (56 cas) ; Defontaine (30 cas) ; etc..., sont aussi satisfaits de son emploi chez l'adulte, en chirurgie générale. Chez des enfants de 12 à 14 ans, en réduisant la dose de moitié, M. Walther a eu de bons résultats. En obstétrique, R. von Steinbüchel, de Gratz, en a préconisé l'emploi, et montré les avantages.

En somme, il ressort des travaux analysés jusqu'ici que l'introduction de la scopolamine dans l'arsenal anesthésique constitue un progrès dans l'anesthésie générale. Mais toute médaille a son revers ; et il faut reconnaître qu'à peine née, la scopo-morphinisation avait contre elle un formidable dossier. On trouvera dans la *Semaine médicale*, année 1905, pages 15 et 529 le relevé d'un certain nombre de cas de morts nettement imputables au nouvel anesthésique. Nous résumerons brièvement ce réquisitoire.

En 1902 ; Bos, de Carlsruhe, et Witzel, de Bonn, publient chacun un cas de mort qu'ils attribuent à la scopolamine. En 1903, Flatau, de Nuremberg, ajoute un troisième cas. En 1904, Dirk, dans le service du Pr Rotter, et le Pr Israel, de Berlin, publient chacun trois décès par suite de l'emploi de la scopolamine. Plus récemment, Ziffer et le Pr Dirner, de Buda-Pest, font connaître encore trois morts. Au total 12 décès « notoirement imputables aux injections sous-cutanées de scopolamine-morphine... Nous voyons que la léthalité due à la méthode de Schneiderlin correspond, en chiffres ronds, à 1 %. » Ces chiffres, donnés par la *Semaine médicale* du 11 janvier 1905 ont paru discutables à MM. Terrier et Desjardin, qui les ont analysés et interprétés. (Voir *Presse médicale* du 4 mars 1905). « Il ressort clairement de la lecture de ces 12 observations de *mort notoire* par la scopolamine, disent ces auteurs, qu'aucune ne peut être d'une façon certaine attribuée à l'anesthésique. »

Il semble que, dans les deux opinions extrêmes que nous venons de présenter, l'une optimiste, l'autre pessimiste, il y ait une part de vérité. Assurément, la mortalité imputable à la scopo-morphinisation est au-dessous de 1/100 ; mais elle n'en reste pas moins élevée ; beaucoup plus élevée que la mortalité du chloroforme et de l'éther. A chaque série heureuse de scopo-morphinisation on peut répondre par une série de décès où l'anesthésie semble responsable. C'est Zahrodnicky, de Nemecky Brod ; c'est Bakes, de Trebitsch ; c'est Lovrich, de Budapest ; c'est Landau, de Berlin, qui tour à tour déclarent dangereuse la méthode de Schneiderlin. On ne saurait assurément attribuer une égale valeur de démonstration à des cas qui diffèrent du tout au tout (âge du malade, nature de l'intervention, association d'autres anesthésiques à la scopo-morphine, dose de scopolamine, etc.) Et, ici comme ailleurs, les statistiques gardent toute leur incertitude ; néanmoins de lourdes charges pèsent sur l'anesthésique inculpé.

Elle peut tuer par le cœur et par le bulbe. 1° Par le cœur, dont elle altère le fonctionnement et la fibre. Des recherches expérimentales, déjà anciennes, de H. de Stella (1897), il résulte que la scopolamine, comme l'atropine et comme l'hyoscine, paralyse les fibres modératrices du pneumogastrique, et détermine une dégénérescence graisseuse du myocarde.

Ces lésions inhibitrices et dégénératives, nous les retrouvons mentionnées dans les observations cliniques et les protocoles d'autopsie, après scopo-morphinisation ; et lors même que l'action toxique de la scopolamine n'est pas mortelle, elle se décèle cliniquement par des symptômes évidents. L'un de nous, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Monod, dont il eut l'honneur d'être l'interne, a suivi anxieusement les phases d'une intoxication par la scopolamine chez une opérée. Voici la note remise à notre vénéré maître, qui a bien voulu l'utiliser dans sa communication du 26 juillet à la Société de chirurgie :

« La malade n'était plus depuis vingt minutes soumise à l'action du chloroforme — elle était encore sur le chariot, dans la salle d'opérations, je me lavais les mains dans la pièce exactement contiguë — lorsque je m'entendis appeler par l'infirmière que j'avais placée près de l'opérée et qui avait remarqué que la figure de celle-ci « changeait. »

A ce moment, le visage était sans expression, bleuâtre, des gouttes de sueur perlaient sur le front, les pupilles étaient insensibles à la lumière et dilatées, le réflexe cornéen était aboli. La respiration était extrêmement superficielle et perceptible seulement après examen prolongé. Le cœur battait mais à peine, son rythme ne semblait pas modifié ; je n'ai pas eu le temps de compter ses battements, mais je pense que leur nombre oscillait autour de 75 à 80 à la minute. La langue n'était pas avalée. La malade reçut immédiatement 2 centimètres cubes d'éther et 2 centimètres cubes de caféine ; en même temps on pratiquait la respiration artificielle combinée aux tractions rythmées de la langue, et l'on faisait des inhalations d'oxygène. Au bout de dix minutes, tout semblait perdu, le cœur ne battait plus, les pupilles étaient énormes, l'œil vitreux. On continua cependant la respiration artificielle et les tractions rythmées. Au bout de dix nouvelles minutes, soit vingt minutes après le début de la syncope, nous avons senti de nouveau le cœur battre nettement ; mais le pouls n'était pas encore perceptible. Il ne l'est devenu que cinq minutes plus tard, mais très faible et fuyant.

M. Launay, assistant de M. Monod, que j'avais fai[t] demander, a vu la malade à ce moment. Il la jugea da[ns] un état encore très alarmant, et m'engagea à co[n]tinuer les manœuvres de reviviscence. A plusieurs re[prises], le pouls fila de nouveau et le cœur sembla s'ar[rêter]. Il reprit définitivement et régulièrement à pe[u] près trente-cinq minutes après le début des accidents. La malade fut alors portée avec précaution dans so[n] lit et reçut encore éther, caféine et huile camphrée. Pendant deux jours, l'état resta alarmant, le cœur éta[it] mou comme un cœur atteint de myocardite ; mais [le] rythme régulier, aux environs de 80. Actuellement, [la] malade va bien, mais son cœur reste le point faible, le[s] systoles sont certainement plus molles qu'avant l'anes[thésie]. »

Ces symptômes, très différents de ceux qu'on obser[ve] dans l'intoxication chloroformique, ne nous laisse[nt] personnellement aucun doute sur le rôle néfaste qu'a[-]vait joué dans ce cas la scopolamine.

2° Par le bulbe. D'abord excitatrice des centres inspi[-]ratoires, la scopolamine est consécutivement inhibitric[e] de ces centres. Des modifications respiratoires, l'appa[-]rition du type respiratoire de Cheyne-Stokes, l'arr[êt] momentané, puis définitif, de la respiration, sont signa[-]lées dans nombre d'observations (Blos, Flatau, Dirk[,] Ziffer, Lasek, etc).

Au total : vingt-cinq morts nettement imputables [à] l'emploi de la scopolamine, un plus grand nombr[e] d'accidents sérieux et quantité de petits accidents san[s] gravité, tel est le passif d'un anesthésique employé dan[s] un maximum de 2000 cas. Est-ce, comme l'a écrit M. d[e] Maurans, « la faillite de la scopomorphinisation » ? Est[-]ce la réaction excessive après l'enthousiasme des pre[-]miers jours ? Nous ne saurions le dire ; mais l'analyse de[s] faits que nous avons impartialement rapportés ne per[-]met guère de garder des espérances sur l'innocuité d[e] l'anesthésie par la scopolamine seule ou associée a[u] chloroforme ; et son emploi, même par la méthode pru[-]dente de Walther, nous semble encore incertain et dan[-]gereux.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques.

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrang[u]laires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les e[s]sences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques r[e]marquables bien mis en lumière par le Dr de Korab d[ans] diverses communications, notamment à la Société de Biol[o]gie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, ta[rit] l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un vé[ri]table pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action p[ré]ventive et curative sur l'hémoptisie, excite l'appétit, facili[te] la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix [des] bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. [On] la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Kor[ab]* à la dose de 3 à 6 par jour.

LES FRAUDES ALIMENTAIRES AU SÉNAT. — Comme sanction [de] l'Interpellation adressée par M. RICARD, sénateur de la Côte-d'[Or], au ministre de l'agriculture, le Sénat a nommé dans ses bureau[x] quatre membres complémentaires de la commission des fraud[es] alimentaires. Ont été élus : MM. Monis, Gauthier (Haute-Saône), Thézard et Labbé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins allemands et les tribunaux d'honneur.

Il y aura bientôt six ans que ces tribunaux ont été créés. La médecine étant considérée et classée en Allemagne comme une industrie, on conçoit aisément que les abus sont nombreux. La concurrence est terrible dans la carrière encombrée, et petit à petit un grand nombre de praticiens ont oublié ce qu'est la dignité professionnelle. Journellement on peut voir des médecins offrir leurs services aux compagnies d'assurances contre la maladie et aux sociétés de secours mutuels à un prix vraiment humiliant : 10 à 30 centimes la consultation et 25 à 50 la visite à domicile. D'autres ne considèrent pas comme déshonorant de faire chanter leurs louanges dans les journaux non professionnels sous les titres les plus extravagants par exemple : Guérison miraculeuse de Madame X. par le docteur Z., ou guérison certaine de telle ou telle maladie par le Dr Y. (on rend l'argent en cas d'insuccès), etc., etc. Ajoutez à cela le chancre des rebouteux qui ronge la profession et vous comprendrez le désir de la corporation de porter remède à cet état déplorable.

D'un autre côté le gouvernement ne voyait pas avec déplaisir cette tendance d'organisation, qui lui permettait de caporaliser plus ou moins toute une catégorie de citoyens jusque là indépendants. Un projet fut donc élaboré, des chambres de médecine et des tribunaux d'honneur créés, malgré une forte opposition de certains médecins, qui voyaient très bien que, tout en étant assimilés aux fonctionnaires, ils ne jouiraient pas des avantages de ceux-ci, alors qu'ils aliéneraient leur liberté d'opinion et d'action, qu'ils ne pourraient plus manifester librement leurs idées politiques, sans être accusés de manquer à la dignité professionnelle. Le fait est d'ailleurs arrivé : un médecin socialiste de Westphalie fut cité devant le tribunal d'honneur, un confrère saxon qui fréquentait les sociétés d'ouvriers fut mis en accusation et condamné.

Le paragraphe 3 du Règlement du 25 novembre 1899 stipulait cependant catégoriquement, que les idées politiques et scientifiques ne pouvaient jamais donner lieu à des poursuites.

Depuis 1899 ces tribunaux fonctionnent mais n'ont amené aucune amélioration à la situation de la grande majorité des médecins. Les rares réformes sont dues à l'Union médicale de Leipzig (Leipziger Verband) association indépendante du gouvernement, libre par conséquent de parler haut. Les tribunaux d'honneur n'ont pu réaliser aucune des aspirations du monde médical, ils sont privés de toute autorité, leurs verdicts n'ont aucene sanction légale. Le condamné se soumet si bon lui semble, et les compagnies et les mutuelles continuent comme auparavant à donner leurs postes aux praticiens qui travaillent à bas prix. Le libre choix des médecins si âprement revendiqué n'existe pas encore. Les tribunaux ont-ils été plus heureux dans les sentences en cas d'infraction contre la dignité professionnelle ? On peut répondre franchement : non. On juge d'après les us et coutumes, non d'après les lois écrites et codifiées, et alors le terme élastique de dignité professionnelle donne forcément lieu à des décisions variables suivant la province et les villes et les juges. Un praticien qui lutte pour le libre choix du médecin dans sa ville se voit infliger 100 marcs d'amende et un blâme, non parce qu'il rompait une lance pour la liberté, pour un principe, mais parce que cette réforme lui aurait profité, parce qu'il avait par cela manqué à la dignité professionnelle. Pourtant le dilemme est net : ou le médecin déjà engagé par la mutuelle faisait son devoir et possédait la confiance des malades, alors le libre choix ne lui aurait fait aucun tort ; ou il ne possédait pas la confiance, alors il y avait contrat illégal étant basé sur la contrainte. Autre exemple : un médecin des écoles de la ville de Z. réclame dans les journaux un service hospitalier spécial pour les enfants malades, qui ne devraient plus, disait-il être considérés comme quantité négligeable, et être soignés seulement lorsque le service des adultes laisserait aux médecins en fonction le temps et lorsqu'il y aurait place dans les salles. Le tribunal d'honneur de province a condamné ce protecteur de l'enfance pour diffamation de ses confrères. Le tribunal d'appel a cassé le jugement, il est vrai, mais sans lui donner raison pour le fait.

Très souvent les tribunaux ont à s'occuper des discussions scientifiques, qui il faut le dire manquent quelquefois d'aménité voire même de politesse chez nos confrères allemands. Ils se traitent volontiers de voleurs dans les questions de priorité, ils accusent les adversaires de leurs théories et travaux de négliger sciemment certains faits acquis, d'avoir faussé les résultats des expériences, de ne pas savoir observer convenablement, de dire des bêtises, etc., etc. Ces querelles n'ont cependant rien de contraire à la dignité professionnelle, aussi longtemps que les clients ne les connaissent pas. Si on était logique, on verrait des séances plutôt grotesques, la table du jury serait encombrée de microscopes, de cobayes, d'appareils, etc., pour permettre aux juges de rechercher eux-mêmes le vrai et le faux.

Mais ce n'est que la forme de la polémique qui est jugée : vous pouvez fort poliment reprocher à votre adversaire de méconnaître l'honnêteté la plus élémentaire, sans pour cela le traiter de voleur ! Personne n'ose plus critiquer les faits et gestes, voire les travaux d'un « pontife », car le « petit » a toujours tort. Le règlement défend par exemple aux médecins de faire de la réclame c'est-à-dire de faire parler de lui. Le débutant doit, par exemple, rester chez lui à se croiser les bras et à attendre qu'un client veuille bien le consulter ; il ne doit jamais mentionner devant d'autres personnes, qu'il est médecin, ce serait faire de la réclame indigne d'un praticien. On laisse par contre passer inattaqué l'article du journal politique, qui raconte au long l'opération pratiquée avec un brillant succès par le célèbre professeur A. sur la personne du comte B. ou de la princesse C.

Tout cela nous montre que les tribunaux d'honneur n'ont pas donné ce qu'on en attendait. Au lieu de s'occuper sérieusement de la situation précaire du praticien, ils se rendent ridicule par les interprétations grotes-

*

ques du terme : dignité professionnelle. Ce terme ne se définit pas et une conduite honorable ne peut pas être inculquée à ceux qui ne l'ont pas. Le respect de soi-même doit suffire, tant pis pour ceux qui ne savent pas se respecter. G. FRIEDEL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 février 1906.

Passage des spirochætes pallida des tissus fœtaux aux tissus maternels.

MM. NATTAN LARRIER ET BRINDEAU. — Les auteurs admettent que la voie de pénétration des spirochètes de la mère à l'enfant peut être par l'intermédiaire des leucocytes ou par rupture vasculaire de la villosité ; mais, comme l'ont démontré MM. Wallich et Levaditi, le spirochète se trouve souvent dans les grosses cellules de la couche superficielle de la caduque. Pour les auteurs, ce serait là un processus constant, les cellules de Langhans pénétrant directement dans la caduque dont elles remanient la couche superficielle. Dans des cas plus rares, le plasmode peut être altéré et donner passage au spirochète par un infarctus péri-villositaire avec ou sans intervention des leucocytes. Mais là il s'agit d'un accident pathologique.

Diagnostic rapide des lésions syphilitiques.

MM. BORREL et BURNET. — La recherche des spirochètes de Schaudinn dans les frottis sur lame des lésions suspectes est entrée dans la pratique. Le procédé de Giemsa, généralement employé, peut être remplacé par l'usage de la fuchsine phéniquée après mordançage par une mise au tannin. Des lavages et des dilutions successives peuvent éclaircir la préparation pour obtenir en 15 minutes des images démonstratives.

Chloroforme du plasma et des cellules du sang.

M. NICLOUX continue ses expériences sur la présence du chloroforme dans le sang après l'anesthésie chloroformique. Les cellules ont une teneur de chloroforme bien plus considérable que le plasma, et celui-ci semble avoir une affinité très marquée pour l'élément cellulaire.

Anatomie topographique des ganglions spinaux des batraciens.

M. WINTREBERT. — Les racines motrices de la moelle des batraciens donnent des fibres aux ganglions spinaux. Ces fibres se détachent au moment où la racine centrale croise le ganglion. Sur les grosses racines du plexus, elles s'isolent jusqu'à former une troisième racine accessoire, et ne font que traverser le ganglion pour faire partie, à la sortie, de la partie motrice des nerfs dorsaux.

Mal de Bright et substances azotées du sérum.

MM. WIDAL et ROUCHÈSE. — Au cours du mal de Bright, l'urée peut être retenue en excès dans le sang, mais il peut être utile de reconnaître les autres substances azotées en rétention dans le sang et leurs rapports. Le rapport azoturique dans le sérum, c'est-à-dire l'azote de l'urée comparé à l'azote total pur albuminoïdique est le plus important et oscille entre 80 p. 100 chez les animaux qui n'ont pas de rétention azotée, même s'ils ont de l'œdème et de la rétention chlorurée. Chez les brightiques azoturiques, la proportion augmente à mesure que la rétention s'accuse et atteint 92 à 96 p. 100. L'azote résiduel, qui n'est pas l'urée, a une proportion inverse, de 20 p. 100, chiffre normal, il peut descendre à 4 p. 100.

L'azote de l'acide urique, ne suit pas l'ascension de l'urée ; elle n'est que doublée dans l'azotémie, alors que l'azote de l'urée est décuplée. L'azote de l'ammoniaque que l'on trouve dans le résidu est encore moins modifié.

C'est donc de l'urée que proviennent les substances azotiques contenues en excès dans le sang des brightiques azotémiques. Cette substance suit l'importance de la néphrite.

Inosite dans les tissus, les excrétions et les sécrétions.

M. MEILLIÈRE dose l'inosite des tissus et des liquides ; on la retrouve chez les polyuriques et chez ceux dont l'urine présente une réaction anormale de la liqueur de Fehling.

Chloroforme dosé dans le liquide céphalorachidien.

M. SICARD a employé la méthode de M. Nicloux pour doser les chloroformes dans les tissus qui en fixent la plus forte dose : les centres nerveux (70 milligr.) et le liquide céphalorachien. Ce liquide, par 100 cent. cubes, contient de 10 à 15 milligr. de chloroforme. Le but pratique serait peut-être, chez les asphyxiques, de faire une ponction lombaire et d'éliminer le liquide céphalorachidien toxique.

Sels de calcium comme préventif des éruptions de sérum.

M. NETTER a utilisé le chlorure de calcium à la dose de 1 gramme le jour de l'injection de sérum antidiphtérique et les deux jours suivants ; il a ainsi prévenu l'éruption sérique qui se déclare parfois ; l'expérience porte sur 516 enfants ; les 258 enfants qui n'ont pas pris de chlorure de calcium ont eu l'éruption dans la proportion de 40 pour 100 ; cette proportion s'est abaissée à 6 pour 100 pour les 258 autres.

Hémorrhagie cérébelleuse.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et HALBRON ont examiné le cervelet d'un homme ayant succombé à un ictus avec déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche, sans asymétrie faciale, avec prédominance de la paralysie des membres à gauche, abolition des reflexes à gauche, et diminution à droite, sans phénomène de Babinski.

L'hémisphère cérébelleux droit présentait une hémorrhagie centrale par rupture de l'artère du *nucleus dentatus* droit ayant détruit le noyau dentelé et les deux tiers postéro-internes de la substance blanche, jusqu'à la partie profonde des lobes semi-lunaires. Le sang atteint fuse dans le ventricule et un caillot effleure le plancher protubérantiel dans sa moitié droite. Ainsi la déviation conjuguée de la tête et des yeux coïncidait avec une lésion destructive de l'hémisphère cérébelleux droit et intégrité des voies optiques. Le phénomène de Babinski manquait et le système pyramidal était intact ; le réflexe centro-latéral des adducteurs de Marie existait du côté lésé avec diminution de la réflectivité rotulienne.

Pression artérielle.

MM. GARNIER et THAON ont étudié l'action sur la pression artérielle de l'injection des deux lobes hypophysaires du bœuf et du lapin.

Le lobe antérieur reste sans action. Le lobe postérieur produit une élévation légère de la pression artérielle suivie d'une chute rapide, puis la pression remonte lentement au niveau antérieur et les pulsations se ralentissent et augmentent d'amplitude.

La section des deux pneumogastriques supprime cette action de l'hypophyse sur la circulation, et si la section est faite après l'injection de l'extrait et pendant la période de ralentissement, immédiatement celui-ci disparaît. L'hypophyse n'agit probablement pas sur le myocarde ni sur les ganglions intra-cardiaques, mais sur les cavités bulbaires du cœur.

Constituants colloïdes du sang.

M. ISCOVESCO a fait des recherches au moyen de sulfure d'arsenic colloïdal comme réactif électronégatif et de l'hydrate de fer colloïdal comme réactif électropositif.

Le sérum sanguin est un mélange de colloïdes positifs et négatifs.

Le globule rouge est constitué par une enveloppe électronégative et un contenu positif. Le schéma globulaire est électronégatif.

Liquide de Ringer et de Lacke.

M. Capitan a étudié les milieux liquides fabriqués pour faire vivre des tissus musculaires et même des cœurs d'animaux. Ces liquides employés en thérapeutique au lieu des divers sérums, à la dose de 5 cent. cubes injectés chaque jour sont une dose ne provoquant pas de douleurs et donnant des résultats très favorables.

Syphilis expérimentale.

MM. Thibierge, Raoult et Burnet ont inoculé à des macaques des fragments de ganglions de papules et de chancres et ont réinoculé d'autres animaux en série avec les lésions ainsi déterminées, ils ont toujours retrouvé, au frottis, à la coupe, le spirochète pallida. Ce qui prouve que la nature de la lésion partie d'un point de départ sûr peut être suivie au cours d'une série de passages et constitue un argument sur la spécificité du spirochète de la syphilis. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février.

Les émigrants et la santé publique.

MM. Chantemesse et Borel montrent l'insuffisance des mesures prises en France pour la police sanitaire des émigrants. Ils font, avec la rigueur des mesures adoptées dans les autres pays surtout en Angleterre et aux Etats-Unis, un parallèle des plus curieux. Au Havre, la visite médicale d'émigration a surtout pour but d'éliminer les émigrants qui seraient refusés pour maladie en Amérique et devraient être rapatriés gratuitement par les compagnies de navigation.

Les individus éliminés définitivement sont renvoyés dans leur pays ; les autres malades sont placés à l'hôpital quand leur état est suffisamment grave ; lorsqu'il ne s'agit que de favus, pelade, conjonctivite, blennorragie, syphilis en évolution, gale, etc., la Compagnie de navigation héberge ces malades dans un hôtel quelconque ; ils doivent se rendre chaque jour chez le médecin et partent quand ils sont guéris... non sans avoir répandu la contagion autour d'eux ; car les hôtels qui les reçoivent ne sont soumis à aucun règlement spécial, à aucune mesure de désinfection.

Il y a mieux encore. Le consul des Etats-Unis du Havre, armé de son règlement, oblige les Compagnies de navigation à conserver, durant cinq jours au moins, dans le port, les émigrants venant de pays où existe le choléra. Comme il n'y a pas au Havre un local d'isolement analogue à celui de Hambourg, les individus considérés comme suspects par les Américains errent à travers les rues de la ville, prêts à répandre la contagion s'ils sont réellement infectés.

N'est-il pas admirable de voir quels soins nous prenons pour la santé publique des Etats-Unis et quelle incurie pour la nôtre ! Car notre législation actuelle ne peut presque rien contre les émigrants arrivés au port d'embarquement, où ils échappent aux règlements sanitaires de police maritime puisqu'ils sont venus par terre. Quant au service médical de l'émigration, il se borne à découvrir des cas de trachome ou de favus, mais il ignore absolument le choléra.

MM. Chantemesse et Borel montrent la nécessité : 1° d'une visite médicale sérieuse ; 2° de la surveillance des émigrants malades ; 3° de mesures suffisantes d'isolement en cas de contagion possible.

M. Labbé croit aussi aux dangers très sérieux présentés par les maladies contagieuses dont sont atteints les émigrants. La révision de nos lois et de nos règlements serait très urgente et très utile.

On voit toute l'importance de la question soulevée par M. Chantemesse. Plus qu'aucun autre pays, la France se laisse envahir par les étrangers indigents et malades. Dans certains services d'hôpitaux, il n'est pas rare de voir un grand nombre de lits occupés par ces malades contre lesquels des mesures de police un peu strictes auraient pu efficacement nous protéger.

La mortalité par tuberculose.

M. Monod présente deux remarques intéressantes. Il montre que les statistiques actuelles sont la conséquence d'un accord international résultant du Congrès de 1900, et qu'il faudrait, pour les modifier, provoquer une nouvelle Conférence internationale. Quant à la déclaration *obligatoire*, elle résulte de la loi de 1902, qui a stipulé que la liste des maladies auxquelles s'appliquerait cette obligation serait arrêtée par l'Académie de médecine. Or, dans la liste établie en 1903, l'Académie n'avait pas compris la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire. Il lui appartient donc aujourd'hui, de proposer au ministre de l'intérieur une revision de cette liste.

M. Chauvel ne croit pas à l'utilité de la déclaration obligatoire. Celle-ci a donné bien peu de résultats pratiques pour les autres maladies contagieuses. Ce qu'il faut, c'est insister sur la désinfection.

M. Landouzy pense que les tuberculeux vivants sont encore bien plus dangereux comme contagion que les tuberculeux morts. Leur éducation au point de vue des précautions nécessaires, la désinfection au cours de leur maladie, seraient encore plus nécessaires qu'après le décès.

M. Chauffard montre la difficulté pratique et sociale des désinfections réitérées au cours des longs mois que dure souvent une tuberculose. Mais il réclame la désinfection après tout décès tuberculeux.

M. Robin revient sur la question de statistique, point de départ de cette importante discussion. La statistique dressée par le Ministère de l'intérieur comprend 1,147 rubriques, rangées en 37 groupes : les 35 premiers comprennent 722 catégories de causes de décès, un autre comprend les causes indéterminées, le trente-septième renferme 445 rubriques plus rares, qualifiées en bloc « autres causes », mais toutes bien spécifiées, parmi lesquelles 6 seulement (carie, diarrhée, entérite, péritonite, etc.) peuvent dissimuler à la rigueur quelques cas de tuberculose. Ce n'est pas suffisant, conclut M. Albert Robin, pour justifier l'écart formidable existant entre le chiffre de 83,000 décès tuberculeux pour la France auquel il est parvenu, et celui de 150,000 qu'adoptent M. Brouardel et M. Landouzy.

M. Landouzy, pour simplifier les formalités de déclaration obligatoire, propose une solution des plus ingénieuses ; la désinfection obligatoire après tout décès pour lequel un certificat médical n'affirmera pas qu'il n'y a aucun risque de contagion.

Cette proposition de M. Landouzy soulève l'intérêt général. Elle sera discutée dans la prochaine séance. Elle mérite une très grande attention. On peut même se demander s'il ne conviendrait pas de réclamer la désinfection après tout décès quelle qu'en soit la cause. A elle seule, la putréfaction du cadave devient un élément infectieux important à combattre. Quoi qu'il en soit, M. Landouzy a eu le grand mérite de bien séparer la désinfection, mesure utile, et la déclaration qui n'est le plus souvent qu'une vraie paperasserie.

A.-P. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1906.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Lejars aborde dans sa communication trois points de chirurgie biliaire : la cholédoco-entérostomie, la duodénostomie exploratrice, le drainage des voies biliaires.

La *cholédoco-entéro-anastomose* est une mauvaise opération, et dans les obstructions totales du cholédoque, il ne faudra y avoir recours que si la cholécysto-entérostomie est absolument impossible.

La *duodénostomie* exploratrice est une excellente manœuvre. Au cours d'une laparotomie pour occlusion du cholédoque, M. Lejars trouva ce canal enfoui dans des adhérences, mais nulle trace de calcul ni de néoplasme. La duodénostomie montra que l'ampoule de Vater était absolument saine. Fort de ce renseignement négatif, M. Lejars attribua l'obstruction aux seules adhérences. Il les libéra, il referma le ventre. Or l'ictère disparut, le cholédoque devint perméable et le malade guérit.

Le *drainage des voies biliaires* a donné à M. Lejars trois belles guérisons d'obstructions calculeuses qui sont à ajouter aux deux malades opérés avec succès par l'auteur en 1904. La technique est celle de Kehr : incision large du cholédoque, extraction des calculs qui se trouvent dans ce canal et dans l'hépatique, introduction d'un drain qui, du cholédoque, monte aussi haut que possible, fixation du drain aux lèvres de la plaie du cholédoque, et suture de cette plaie ; le tout suivi de l'extirpation de la vésicule et du canal cystique.

Cancer des voies biliaires.

M. Tuffier a rencontré trois fois des noyaux concéreux ségeant au niveau du confluent cystico-hépatique. Les symptômes furent ceux d'un cancer de la tête du pancréas. M. Tuffier, fit à tous les trois malades le drainage des voies biliaires, deux succombèrent, le troisième guérit, il est porteur d'une fistule, mais l'ictère a disparu et les forces sont revenues.

Pancréatite chronique.

M. Terrier, se basant sur la présence d'une tumeur abdominale chez un cachectique avec ictère et dont les urines contenaient du sucre, et les fèces de la graisse et des fibres musculaires non digérées, fit le diagnostic de pancréatite chronique que la laparotomie confirma, le cholédoque étant obstrué dans toute sa hauteur. M. Terrier se contenta de faire le drainage de l'hépatique. Mort le lendemain.

M. Walther présente l'appareil à chloroformisation de Ricard modifié.

M. Luys présente une épingle à cheveux enlevée de la vessie d'une femme à l'aide de son cystoscope à vision directe.

Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 février.

M Barth annonce la mort du Dr Cuffer, médecin de l'hôpital Necker et donne un résumé de ses travaux.

Rapports réciproques de l'albuminurie orthostatique, et de certains états pathologiques ou physiologiques.

M. Le Noir résume des observations dans lesquelles l'albuminurie orthostatique a disparu pendant certaines maladies: scarlatine, fièvre typhoïde, ou pendant la grossesse, pour réapparaître après la guérison ou l'accouchement avec tous ses caractères, sans aggravation de l'albuminurie ni de l'état général. Dans ces albuminuries, le régime fortifiant sera le plus souvent bien toléré. Le pronostic des états pathologiques ou physiologiques n'est pas aggravé.

Eruption quinique à forme bulleuse.

M. Thibierge communique une observation d'éruption quinique à forme bulleuse et élément unique, chez une femme qui a déjà eu des éruptions semblables après l'absorption d'antipyrine. Une légère différence existait dans la violence du processus. Dans les deux éruptions, l'érythème phlycténulaire resemblait à celui produit par une énergique vésication.

Oblitération de la veine cave supérieure.

M. Comby rapporte l'observation d'une malade, morte de paralysie générale quinze ans après l'oblitération de la veine cave supérieure. Tout le système veineux cave supérieur fut trouvé transformé en cordon fibreux avec dépôts calcaires. Les symptômes cliniques avaient été ordinaires.

M. Apert cite un cas semblable vu dans le service du Dr Dieulafoy, où l'autopsie démontrait également une oblitération de la veine cave supérieure avec transformation fibreuse. Un deuxième cas observé par lui fut l'oblitération des veines sous-clavière et de la jugulaire droites après extraction dentaire difficile et suivie de suppuration. Dans ce dernier cas la perméabilité se résolut après 15 jours.

Granulie à forme typhoïde.

M. Siredey communique une observation de granulie chez un homme de 45 ans avec mort par urémie. La fièvre et la dyspnée furent les seuls éléments de diagnostic après élimination de fièvre typhoïde. L'autopsie confirma le diagnostic.

M. Dufour a soigné en 18 mois 375 scarlatines. Régime oligochloruré ou achloruré. Saignée dans les cas hypertoxiques 1,60 0/0 de mortalité. Une seule néphrite guérie.

M. G. Lion communique un nouveau cas d'estomac en sablier avec sténose médiogastrique.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45. — Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *Archives de Biothérapie* (décembre-janvier 1906). Compte rendu du Congrès des Sociétés savantes tenu à Alger en 1905.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de Madame Jullien, écrivant au nom de son mari souffrant, et remerciant la Société de son témoignage de sympathie à l'occasion du Banquet annuel.

2° Lettre de candidature de M. le Dr Lucien Graux, au titulariat. Parrains : MM. Graux, père, et Buret. Cette candidature est prise en considération.

3° Télégramme de félicitations de M. Moniz d'Aragon, à l'occasion du banquet ; le secrétaire général a remercié par lettre adressée à Lisbonne.

M. le Secrétaire général annonce à la Société de Médecine que, comme il a été convenu, il a adressé, le 28 janvier, une lettre officielle à la Société Médico-Chirurgicale de Paris, et en a communiqué officieusement le texte à la Société de Médecine et de Chirurgie Pratiques. — En attendant la réponse officielle de la Société Médico-Chirurgicale, la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques « déclare une fois de plus qu'elle jugerait excellente la fusion des trois sociétés similaires ».

M. Buret propose, comme Conseil judiciaire de la Société de Médecine, M. de Leymarie, ancien magistrat et avocat à la Cour de Paris, déjà Conseil judiciaire de la Société de Géographie : il accepterait volontiers d'éclairer la Société pour la forme à adopter, soit dans la rédaction de ses nouveaux statuts, soit dans ses démarches officielles, notamment auprès du Conseil d'Etat. — Le vote a lieu à mains levées et à l'unanimité : M. de Leymarie est nommé Conseil judiciaire de la Société de Médecine de Paris.

M. Frenkel lit une communication sur **la médication phosphoacide au point de vue biochimique** (*sera publié.*)

M. Lematte. — La communication de notre collègue souligne une fois de plus l'union féconde du laboratoire et de la clinique. Voilà une méthode tapageuse qui ne résiste pas au contrôle expérimental.

Il y a plusieurs années, j'ai traité devant vous les facteurs physiologiques de l'acidité urinaire. On oublie trop que le rein secrète une zymase très acide capable de dédoubler des sels neutres. D'autre part, l'acidité urinaire est encore fonction de l'état de l'appareil digestif, de la tension osmotique du sang au niveau du rein, des combustions intra-cellulaires et de l'état du plasma sanguin. On comprend combien il est illusoire de vouloir accorder à l'acidité urinaire une importance capitale permettant de classer le terrain organique avec l'étiquette de *hyper* ou *hypoacide*. Notons aussi que le chimiste rencontre de grandes difficultés opératoires pour doser cette acidité. Le chiffre varie avec la température et les réactifs employés.

Il y a un lien étroit entre la sécrétion gastrique et l'acidité urinaire. Cette constatation trouve son application dans l'étude de l'urologie des dyspeptiques. Chez les hyperchlorhydriques qui sécrètent des principes acides pendant un temps beaucoup plus long que les sujets normaux, on voit l'acidité urinaire atteindre son minimum seulement 8 ou 9 heures après le repas. Le fait inverse se produit chez les hypopeptiques.

Winter a jugé ainsi la méthode Joulie il y a quelques années : « Ses indications, ne répondent pas du tout au but annoncé, elles ne représentent ni l'acidité urinaire ni la richesse phosphatique des urines ».

Malgré ces études,on voit encore des praticiens instituer une médication phosphorique intense par la seule considération du coefficient Joulie.

M. Berne lit une communication sur

La mobilisation des membres inférieurs dans le traitement des phlébites ;

Par le Dr Georges BERNE
Vice-président, ancien interne, lauréat des Hôpitaux.

C'est à dessein que j'emploie le mot de mobilisation pour caractériser quel doit être le traitement des phlébites des membres inférieurs. Certains praticiens n'ont que trop insisté, à mon avis, sur le *massage* employé dans le traitement de cette redoutable affection, alors que, bien au contraire, le mot de «mobilisation», devrait être presque exclusivement employé.

Le praticien ne doit aborder le traitement des phlébitiques qu'avec d'infinies précautions.

A quelle époque de la maladie la mobilisation peut-elle être considérée comme dépourvue de danger ? Toute la question de l'intervention réside dans cette « mise au point » du moment où le médecin peut avoir la certitude d'être absolument utile et d'opérer sans danger pour son patient.

De jeunes praticiens ont préconisé le traitement par le massage et la mobilisation très peu de temps après la cessation de tout phénomène fébrile. Ils n'hésitent pas à commencer le traitement mobilisateur de sept à quinze jours après que la température est redevenue normale. D'autres recommandent d'instituer le même traitement, vingt jours après que l'œdème est en franche décroissance et que les veines accessibles ont cessé d'être sensibles à une palpation légère.

Les travaux de Merklen ont prouvé que les embolies tardives peuvent survenir plusieurs semaines après le début de la phlébite. Il peut donc se produire *des poussées secondaires et tardives de phlébite latente* « dans une grosse veine, avec formation de coagulations nouvelles, non immédiatement adhérentes, aussi facilement mobilisables que celles de la phlébite commençante ». Merklen est d'avis que, conformément à la règle établie par le professeur Pinard : « Le séjour au lit des accouchées atteintes de phlegmatia, leur *immobilisation*, doit durer un mois après la dernière élévation de la température » ; c'est là une règle profondément judicieuse et que la pratique démontre la seule acceptable.

Rendu fit remarquer, à l'occasion de la communication de Merklen, que l'embolie est à craindre, bien plus à la fin de la 3e semaine qu'au début des phlébites, car à ce moment, le caillot se dissocie. C'est là une raison de plus de ne commencer le traitement qu'à la fin de la 4e semaine. Je ne me propose pas de faire ici l'exposé anatomo-pathologique de l'évolution du caillot. Notons toutefois que, d'après Troisier, si le caillot *est récent*, il *se détache presque en totalité*. S'il est ancien, il peut « s'effriter » et se rompre au niveau de sa partie prolongée (ce qui est rare). Les couches périphériques du caillot peuvent elles-mêmes, ajoute Troisier, subir un ramollissement progressif, et dans ces conditions, il s'en détache incessamment de petites parcelles entraînées par le courant circulatoire ; c'est un phénomène que l'on désigne habituellement sous le nom « d'émiettement du caillot ». Ajoutons que, pour Vulpian, la masse fibreuse ne devait pas être l'objet d'une destruction complète. Il avait, en effet, constaté chez le même sujet jusqu'à trois et quatre atteintes de phlegmatia alba avec disparition des accidents, au bout de peu de temps. Toutes ces notions condamnent l'intervention précoce, et montrent l'extrême témérité du massage et de la mobilisation au début de la maladie.

D'une manière générale, à toutes les époques de son évolution, la phlébite est dangereuse par la menace de l'embolie.

Quel doit être le rôle du praticien prudent ? Il devra respecter le plus possible l'évolution du caillot et la production du cordon fibreux dû à la phlébite adhésive, mode curateur ayant pour effet compensateur la dilatation des veines collatérales conservant aussi une perméabilité à caractère permanent.

Les massages, *même réduits à l'effleurage*, doivent être absolument proscrits dans la période du début de la phlébite et n'être employés qu'avec la plus grande parcimonie et une rigoureuse prudence, même un mois après la disparition de tout phénomène fébrile. On connaît ces cas où une embolie pulmonaire a suivi le simple examen, par la palpation, de cordons veineux *indurés par la phlébite*.

Chez certaines malades, auxquelles on avait fait du massage trop précocement, ainsi que j'en ai été informé, il a fallu attendre deux ou trois semaines pour reprendre un traitement d'abord intempestif par sa précocité, car il y avait eu retour de phénomènes fébriles. J'ai appris aussi qu'un de nos confrères, atteint de phlébite consécutive à une fracture de jambe, a succombé à une embolie quelques minutes après s'être mis dans la station debout, à une période trop rapprochée du début de la phlébite. L'accident est survenu, paraît-il, dans la première quinzaine de la maladie. Il est vrai que ce confrère n'avait pas eu soin d'habituer progressivement ses membres inférieurs à reprendre la situation verticale.

De tels accidents, quoique rares, sont utiles à connaître, car ils nous donnent la notion qu'il ne faut pas trop demander aux malades en ce qui concerne la reprise rapide de la station debout. Il faut aussi se défendre des conseils de l'entourage des malades et du zèle excessif de certains gardes malades.

Voici la pratique à laquelle je crois devoir accorder le plus de confiance :

Pour le cas de phlébite des membres inférieurs, il faut éviter de commencer le traitement par la mobilisation *avant un mois* après que toute élévation de température aura cessé. S'abstenir de tout massage à cette *période sous quelque forme que ce soit*.

Il faudra recommander jusqu'à la fin de la 4e semaine *un décubitus rigoureux* et éviter absolument que la malade fasse la moindre tentative de s'asseoir dans son lit.

L'intervention précoce est dangereuse, gêne l'évolution du caillot, expose les malades à l'embolie. Il faut la rejeter.

L'intervention tardive, c'est-à-dire dès la fin de la 4e semaine, alors que la température sera normale, qu'il n'y aura plus aucun cordon veineux douloureux et que l'état général se sera sensiblement amélioré, quoique offrant un minimum de danger d'embolie, n'en impose pas moins au praticien *de grandes précautions*.

Le massage devra se borner à un *effleurage extré-*

mement léger et borné à la région superficielle du pied et surtout à la partie du pied ou l'œdème s'emblera prédominer. (Se garder d'effleurer la *partie interne de la cuisse* et la région interne et postérieure et externe de la jambe). En aucun cas il ne faut exercer de pressions sur le triangle de Scarpa.

A ce moment, du 20ᵉ au 35ᵉ jour, donc dans les 2 premières semaines de traitement, la mobilisation sera limitée aux articulations des orteils et du tarse, à la flexion et à l'extension du pied. Vers la fin de la 2ⁿ semaine de traitement (du 40ᵉ au 50ᵉ jour), il faudra essayer de très légers mouvements de flexion et d'extension du genou s'il y a de *l'équinisme* de l'un ou des deux pieds, on pourra en essayer le redressement passif, en maintenant le pied à angle droit soit au moyen d'un support fixe (caisse carrée, gros livre, rebord du lit, gouttière en fil de fer, etc.), soit en habituant la malade à redresser activement son pied par la contraction de ses muscles, soit passivement, au moyen d'une serviette dont le plein sera appliqué sur la partie plantaire, les deux extrémités nouées étant tirées de temps en temps par la malade elle-même.

Si, comme il arrive fréquemment, le genou est atteint d'hydarthrose, on pourra doucement, à ce moment, malaxer le pourtour de la rotule et même appliquer un léger appareil ouaté, compressif, maintenu par une bande en coton élastique, laquelle, partant du pied, plutôt appliquée que serrée, et s'étendant jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du genou. Ce bandage ne devra être maintenu que quelques heures le jour, et enlevé la nuit.

En même temps, une légère compression sera aussi exercée sur le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne et de la région dorsale du pied. Vers le 55ᵉ jour (vers la fin de la 3ᵉ semaine de traitement), commence la période vraiment active de l'intervention : il faudra « tâter » progressivement la résistance des veines à la pression sanguine. On commencera donc à incliner, vers cette époque du traitement, les membres inférieurs, un peu au-dessous du plan du lit, pendant deux ou trois minutes; puis, dès qu'une teinte violacée de la peau se sera manifestée, on placera les jambes sur des coussins maintenus au-dessus du plan du lit; on appliquera ensuite la bande légère en coton élastique dont nous avons parlé plus haut.

Le lendemain, on pourra très doucement essayer de faire soulever le thorax de la malade, à 15ᵉ environ, au-dessus du plan du lit ; à ce moment, on *évitera de fléchir les cuisses sur le bassin*. Le lendemain, on renouvellera cette tentative d'élévation du tronc à 20° et ainsi progressivement jusqu'au moment où la malade pourra s'asseoir sans fatigue, d'abord pendant 1/4 d'heure ou une demi-heure.

Le jour qui suivra, on essaiera de faire pendre les jambes en dehors du lit, verticalement, et on leur fera toucher le sol pendant deux ou trois minutes.

Dès qu'on aura, par tâtonnements successifs, mesuré le degré de résistance des veines à la pression verticale du sang, on procèdera à la tentative de placer la malade dans la station tout à fait verticale. *S'il y a vertiges*, s'empresser de replacer la malade dans le décubitus horizontal demi-assis, ou horizontal rigoureux, pendant plusieurs heures.

Viendra ensuite la période de la *gymnastique médicale* proprement dite et qui se composera des mouvements suivants :

1° Élévation passive et active des membres inférieurs au-dessus du plan du lit, progressivement, de l'horizontale à la verticale;

2° Mouvements de *circumduction* passifs et actifs du membre inférieur;

3° Mouvements de rotation de l'ensemble du membre inférieur en dehors et en dedans (activement et passivement);

4° Massage très doux du triceps sural à sa partie externe et des muscles fessiers en général plus ou moins atrophiés;

5° Mouvements divers pendant la station debout : marche, rotation du pied en dehors et en dedans. Exercices divers d'assouplissement, rééducation des muscles vertébraux faire asseoir et relever la malade. En général, l'œdème disparaît peu à peu grâce à l'exercice même de la marche, vers la fin de la 5ᵉ semaine de traitement.

On peut voir que, dans ce traitement, ainsi compris et institué, le danger d'embolie est réduit à son minimum. Vers la 5ᵉ semaine de la maladie (après le retour de la température au taux normal), la méthodique progression des mouvements actifs et passifs et surtout l'extrême prudence, en ce qui concerne la reprise de la station verticale, assurent un bon et définitif retour des fonctions normales. On le voit, la *rééducation du mouvement*, comme traitement des troubles fonctionnels consécutifs à la phlébite, domine le traitement. Le massage vrai, même réduit à l'effleurage, ne *doit être réservé qu'à la dernière période* du traitement et relégué au dernier plan des moyens destinés à ramener le bon fonctionnement des membres. Je ne puis que répéter ce que j'ai publié, il y a près de quinze ans : « Dans le traitement des phlébites plus peut-être qu'en toute autre circonstance pathologique, il faut savoir « *temporiser* ».

M. Audistère. — J'ai vu pas mal de phlébites, et j'ai vu que plus les muscles étaient atrophiés, plus les varices étaient fréquentes.

Je crois que, pour le traitement, la goutttière a des inconvénients : d'abord la position des muscles, qui favorise leur atrophie future, puis la gêne pour le malade de supporter une gouttière.

Quant à la mobilisation (un des points les plus importants), il faut éviter de faire mettre le malade debout avant que les muscles n'aient repris leur état primitif : la production des varices est due à un trouble trophique favorisé par le poids du sang qui distend les veines : or, le principal protecteur des veines, c'est le muscle : donc ne faire du massage qu'au moment où les muscles auront repris leur intégrité première.

M. Godlewski. — Il y a dans cette question, en dehors de l'embolie, un écueil très important : la raideur musculaire consécutive. J'ai toujours remarqué que cette raideur articulaire persistait fort longtemps, pouvant donner lieu à une impotence et une incapacité de travail.

J'estime, comme le dit le Dʳ Berne, que 4 ou 5 semaines après la disparition de la fièvre, on peut faire du massage vrai ; mais avant ce laps de temps, on peut, je crois, faire de légères flexions. Il y a en outre un point capital : la position du pied : dès le début, il faut maintenir le pied à angle droit, et en faisant quelques flexions précoces, surtout chez les personnes âgées, on peut éviter les raideurs articulaires futures : donc 7 ou 8 jours après la disparition de la fièvre, on peut faire, très prudemment de légères flexions.

Quant à la position de la jambe, elle a une très grande importance, surtout au point de vue des conditions de la marche future. Donc « quand il s'agit du bras, mettez-

le en flexion, quand il s'agit de la jambe, mettez-la en extension ».

M. Berne. — Je n'ai constaté de varices que chez d'anciens variqueux ou chez des gens ayant des antécédents variqueux. Ma communication a surtout trait aux femmes devenues phlébitiques après leurs couches. De plus, je n'ai jamais voulu traiter les varices par le massage, car j'estime ce traitement inefficace. Je n'ai jamais vu de malades guérir de leurs varices par le massage.

Quant à attendre que l'atrophie musculaire ait disparu pour mettre le malade debout, ce serait s'exposer à attendre par trop longtemps, et j'estime que, au contraire, pour faire la rééducation des muscles, et combattre l'atrophie musculaire, il y a avantage à mettre les malades debout malgré que les muscles aient conservé un notable degré d'atrophie.

Pour les raideurs articulaires, dont parle M. Godlewski, il y a lieu de faire des réserves. C'est surtout par la mobilisation et le maintien du pied à angle droit qu'on arrive à une bonne solution. Quand le mal siège au genou, envahi par une hydarthrose volumineuse, on fait de l'effleurage très discret sans exagérer la compression.

Pour la position, je suis d'avis qu'il faut maintenir le membre en position rectiligne. A l'exemple de la plupart des praticiens, j'ai toujours redouté de traiter des phlébitiques ; autrefois je ne voulais pas commencer le traitement avant que deux ou trois mois se soient écoulés après la chute de la fièvre ; aujourd'hui je les traite un mois après la chute de la température et mes résultats sont satisfaisants.

M. Berne fait hommage à la Société de la 3e édition de son volume: **Le massage; manuel théorique et pratique**, paru récemment.

M. Lematte donne lecture d'un travail intitulé : **Nécessité de tenir compte de l'apport alimentaire dans l'interprétation des chiffres de l'analyse d'urine** (*sera publié*).

Elections.

M. le Dr Dias Amado, de Lisbonne, est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre correspondant étranger de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 6 h. 30.

Le secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire annuel,* Mortier.

REVUE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr Lucien GRAUX.

I. — Les Cardiopathies artérielles et la cure d'Evian ; par Bergouignan. (Paris, Steinheil.)

M. Huchard a montré que les troubles cardio-artériels dépendaient tous de l'artério-sclérose. La thérapeutique des cardiopathies artérielles dérive de l'hypothèse pathogénique qui considère l'artério-sclérose et ses troubles fonctionnels multiples comme provoqués et entretenus par l'intoxication de l'organisme. Il faut donc un traitement antitoxique et éliminateur. Or, la cure d'Evian régularise la diurèse des artério-scléreux, elle régularise l'élimination de leurs solides urinaires, elle peut amener chez eux des déchlorurations accentuées accompagnées ou non de perte de poids, elle coïncide avec la diminution progressive et souvent durable de l'hypertension et des signes physiques et fonctionnels.

II. — La cure arsenicale et les nouvelles salles d'inhalation de la Bourboule ; par Sersiron. (Paris, Masson.)

L'auteur décrit d'une façon précise et intéressante les nouvelles salles d'inhalation de la Bourboule. Il joint à son travail cinq planches et deux photographies. La création de ces salles permettra d'éviter les troubles gastro-intestinaux dont se plaignaient certains malades. On pourra instituer un traitement intensif en donnant une nouvelle voie d'absorption par la muqueuse pulmonaire.

III. — Note sur le traitement du diabète à la Bourboule ; par le Dr Verdalle. (*Arch. gén. de méd.*)

Le traitement par les eaux chlorurées sodiques arsenicales a une action très efficace sur le diabète (surtout dans la forme hyperhépatique) cette action porte à la fois sur la glycosurie et sur l'azoturie.

IV. — Indications des eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers ; par le Dr Laissus, père. 2e éd. (Moutiers, Ducloz.)

Les eaux salées chaudes de Salins-Moutiers sont éminemment toniques, reconstituantes et résolutives. Elles sont indiquées dans toutes les maladies qui sont sous la dépendance du lymphatisme, de l'anémie, de la faiblesse.

V. — L'abus des lavages d'intestin ; par le Dr Esmonet (de Châtel Guyon). (*Arch. gen. de méd.*)

Dans cet intéressant travail, l'auteur établit que l'abus du lavage d'intestin entretient assez souvent la constipation en maintenant le spasme colique et en même temps la colite mucomembraneuse. Il convient de l'appliquer avec la modération et la prudence qui distinguent l'art de la médecine des arts similaires.

VI. — Graphiques thermométriques comparés ; par le Dr Lobit. (Biarritz.)

L'auteur établit avec l'aide de graphiques thermométriques soigneusement relevés que Biarritz ne possède pas, en été, des températures maxima plus élevées que celles de Paris. La chaleur y est supportable parce qu'elle y est moins continue. Ses effets sur l'organisme y sont atténués par une brise de mer à peu près quotidienne et par la fraîcheur relative des nuits.

Chacun des trois mois d'hiver pendant les 16 dernières années a offert à Biarritz une moyenne plus élevée qu'à Brest et qu'à Nice.

VII. — Altitudes et eaux minérales dans la prophylaxie de la tuberculose chez les enfants ; par le Dr Marcellin Cazaux. (*Congrès de la tuberculose.*)

La prophylaxie de la tuberculose pulmonaire chez les enfants doit être recherchée dans l'amendement des divers terrains qui sont propres à la culture du bacille.

Ces amendements s'obtiennent, suivant les sujets, par des médications et des méthodes variées ; ils s'obtiennent par la vie à la campagne avec un régime et des exercices rationnels ; ils s'obtiennent par les agents naturels, notamment par la cure marine qui en est la forme la plus usitée.

A côté de la cure marine, doit prendre place la cure de montagne, principalement chez les enfants qui, par névropathie, excitabilité vasculaire ou susceptibilité bronchique, supportent mal l'air de la mer.

Dans certains cas déterminés pourront convenir les altitudes alpines (1200 à 2000 m.), si l'enfant est atone et réagit peu ; dans les autres cas, il faudra recourir aux altitudes subalpines (400 à 1.200 m.) où peuvent se faire de longs séjours d'été.

Mais le traitement le plus efficace consistera dans la combinaison de la cure d'altitude avec la cure hydro-minérale appropriée : celle-ci sera réalisée, selon les circonstances, par les eaux chlorurées sodiques, les arsénicales, les ferrugineuses et les sulfurées calciques et surtout sodiques qui paraissent avoir une action profonde et durable.

VIII. — Des modifications des rapports urinaires à la suite des cures de bains carbo-gazeux de Royat ; par le Dr Heitz et M. Mignard. (*Gazette des Eaux*, 24 août 1905.)

La quantité des urines augmente ou diminue à la suite des bains salés, suivant leur plus ou moins grande concentration. Elle s'est montrée habituellement augmentée à la Bourboule et à Saint-Nectaire, diminuée à Cauterets.

L'urée a été trouvée régulièrement augmentée dans les expériences de M. Robin, moins régulièrement dans celles de Keller et de Baltouzewitch.

Le rapport azoturique augmente toujours à la suite des bains salés qu'elle qu'en soit la concentration.

IX. — L'impôt de la patente et les médecins des villes d'eaux ; par le Dr MORICE. (*Gazette des Eaux*, 3 août 1905.)

Dans un excellent article M. Morice commente l'article 4 de la loi du 21 avril 1905 relatif à la patente des médecins d'eaux. Il montre que désormais il y a 2 classes de médecins. En dehors de son poste thermal ou balnéaire, le médecin d'eaux devra refuser toute visite ou consultation médicale, tenir tête à des sollicitations multiples.

X. — Les stations d'altitudes estivales dans les Pyrénées-Orientales ; par le Dr Marcellin CAZAUX. (*Gazette des Eaux*, 27 juillet 1905 et sq.)

Long et important mémoire ayant pour but de stimuler l'initiative des médecins d'eaux pour instituer, dans les Pyrénées, des centres de séjour d'été dont l'utilité n'est pas contestable et dont le succès est assuré.

XI. — Des bacillaires arthritiques lithiasiques primitifs ; par le Dr DEDET. (*Congrès d'Hydrologie de Venise*, 1905.)

Il est une catégorie de tuberculeux qu'il ne faut pas priver du bénéfice de la cure hydrique des eaux alcalines froides des Vosges : ce sont les tuberculeux dits arthritiques. L'analyse renseignera sur l'opportunité de la cure. Les tuberculeux vrais sont généralement des sous-minéralisés ; leur sol est hypoacide. Le terrain arthritique est surminéralisé et hyperacide. M. Dedet présente quelques observations personnelles intéressantes de bacillaires pulmonaires, sans lésion rénale, atteints de lithiase primitive et guéris ou améliorés par la cure

XII. — Influence de l'acide carbonique sur le point cryoscopique des eaux minérales ; par le Dr LUCIEN GRAUX. (*Soc. d'hydrologie médicale*, séance du 27 nov. 1905. (Sera publié.)

XIII. — Etude sur l'eau minérale naturelle d'Orezza ; par le Dr ZUCCARELLI (Paris, Maloine, 1905.)

L'eau « ferrugineuse, manganésifère, acidule, gazeuse » d'Orezza, en Corse, a fait l'objet dans ce livre d'une étude très consciencieuse et très étudiée où sont passés en revue successivement la géologie de la région, sa climatologie, le mode d'action et l'etude clinique des maladies traitées. Les indications et contre-indications sont les mêmes que celles des sources analogues. L'auteur conclut en réclamant la création d'un hôpital de convalescents.

BIBLIOGRAPHIE.

ALTMANN. — Traitement local de l'hypertrophie prostatique par les eaux radio-actives. (*Wiener klinisch. Woch.*, no 49.)

ANGELBY. — De l'infection intestinale. Son traitement par les eaux de Châtel-Guyon. (*Arch. d'hydr., de clin. et de physioth.*, juillet 1904.)

CARLES. — Arcachon. (*Gazette des Eaux*, 12 oct. 1905.)

CARLES. — Les eaux minerales dites indeterminées. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, oct. 1905.)

DANJOU. — Rennes-les-Bains (Aude). (*Presse therm*, 10 août 1905.)

DELMAS. — Action physologique des boues de Dax. (*Dax médical*, juillet 1905.)

ESPINE (d') (de Genève). — La cure marine de la scrofule à l'asile Dolfus de Cannes. (*Gaz. des Eaux*, 14 sept. 1905.)

GANDY. — Climatologie et climatothérapie du Sud-Ouest français. (*Gaz. des Eaux*, 10 août 1905 et sq.)

GRAUX (Lucien). — La Commission des stations hydrominérales. (*Tribune médicale*, 22 juillet 1905.)

HEITZ. — Du retour des sensibilités profondes et spécialement de la sensibilité osseuse chez les tabétiques par l'action des bains carbo-gazeux. (*Arch. génér. de méd.*, 21 fév. 1905.)

LAYET. — La vie humaine entre les tropiques. (*Gazette des Eaux*, 26 oct. 1905 et sq.)

NIEPCE. — L'inhalation à Allevard. (*Presse therm.*, 10 octobre 1905.)

MOUREN. — Sur la composition chimique des mélanges gazeux radioactifs qui se dégagent de l'eau de quelques sources thermales. Présence de l'hélium. (*Journ. de physioth.*, 15 fév. 1905, p. 56.)

PAILHAS. — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. (*Congrès des médecins alién. et neurol. de langue française.* (Rennes, août 1905.)

PELON. — Les eaux sulfurées des Pyrénées et spécialement de Luchon. (*Montpellier médical*, 30 janvier 1905.)

PETIT. — L'eczéma et son traitement interne. (*Presse therm.*, 10 nov. 1905.)

RIESENFELD. — Teneur en radium des sources thermale. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 janv. 1905, p. 19.)

VARIA

La Mutuelle générale des médecins français.

La Mutuelle Générale des Médecins français, créée en conformité de la loi de 1898, vient d'être approuvée par un arrêté du ministre de l'intérieur en date du 12 janvier 1906.

Pourquoi les organisateurs ont-ils choisi le type d'une société de secours mutuels analogues à celle des ouvriers et des employés. D'abord parce que, il n'y a pas de fausse honte à l'avouer, en France beaucoup de médecins n'ont pas un gain journalier plus élevé ou une fortune supérieure à celle de toute une catégorie d'ouvriers ou d'employés, qui forment la clientèle habituelle des Mutualités. En second lieu parce que si, pour offrir plus de sécurité aux confrères, ils veulent bien accepter le contrôle rigoureux de l'Etat, ils veulent également jouir des avantages accordés aux sociétés mutuelles approuvées : subventions de l'Etat, des départements et des communes, placements des fonds à la Caisse des dépôts et consignations avec intérêt de 4 1/2 0/0, faculté de recevoir des dons et legs immobiliers, exemption du timbre et de l'enregistrement pour tous les actes de la société, une remise de la taxe municipale sur les convois, des locaux gratuits pour les réunions, le droit de posséder et acquérir des immeubles jusqu'à concurrence des 3/4 de leur avoir, de les vendre et de les changer. Cette société est largement ouverte ; elle admet les étudiants en médecine, les médecins civils et militaires, leurs femmes. Les limites d'âge sont 20 ans et 60 ans. Elle assure à ses membres 5 francs par jour en cas de maladie et d'accidents pendant 2 mois, 4 francs pendant le 3e mois, puis des secours renouvables, elle accorde au décès du sociétaire 1.000 francs à ses ayants droit, environ 360 francs de retraite à 60 ou à 50 ans, après 15 ans de participation selon que l'on aura adopté la combinaison A ou B. Cette somme peut être augmentée par des secours ou allocations annuelles renouvables.

La société a eu pour but d'assurer à la famille médicale un minimum, la bouchée de pain indispensable à l'existence, permettant ainsi aux médecins de compléter ce minimum dans les sociétés de prévoyance médicales déjà existantes. La modestie de ses prétentions ne peut ainsi porter ombrage à ses aînées.

Les secours et les allocations renouvelables qui permettent d'augmenter le minimum prévu par la loi dépend en grande partie des ressources supplémentaires et surtout des cotisations des membres fondateurs, bienfaiteurs, honoraires, et donateurs. Les organisateurs sont assurés de ne pas être induits en erreur quand ils pensent que les maîtres, les favoris du sort, seront heureux de contribuer à l'amélioration de la condition de leurs confrères moins fortunés, que les grands fabricants de spécialités, les villes d'eaux, les établissements thermaux, etc., voudront les aider dans leur œuvre, les intéresser d'une façon honorable à leur fortune dont les praticiens ont été de tout temps les ouvriers bénévoles.

LE CONSEIL PROVISOIRE comprend les *organisateurs de la Société*, Dr HYVERT (de Nérondes) Cher ; VIMONT, 8, rue Etienne Marcel, Paris ; Secrétaire, Dr LAISNEY, 38, rue Ordener, Paris ; Trésorier, Dr COTAR, à Vichy ; (du 1er octobre au 15 mai), 34 rue de l'Etablissement Thermal, à Paris (du 15 mai au 1er octobre), 259, avenue Daumesnil.

Les Drs GRANGE, 72, Avenue de la République, Paris ; VIDAL 5, rue Bourlan, Alger ; BAUDE, au Buisson, par Coincy (Aisne).

La lutte contre l'alcoolisme en Alsace-Lorraine.

Un correspondant de Metz écrit au *Temps* :

Le directeur général des chemins de fer d'Alsace-Lorraine

a interdit, à partir du 1er février, l'usage des boissons alcooliques pendant les heures de service à tous les employés et ouvriers des chemins de fer. Cette interdiction s'étend à tous les services sans exception et à toutes les heures de la journée. Toute contravention à cet ordre sera punie d'une mise à pied, et en cas de récidive du renvoi définitif de l'administration. Aux ateliers des chemins de fer d'Alsace-Lorraine, qui occupent à Montigny, près Metz, deux mille ouvriers, cette mesure a provoqué lundi, une certaine effervescence ; mais la présence dans les ateliers des ingénieurs et des hauts fonctionnaires de l'administration, qui déclarèrent être, eux aussi, soumis aux mêmes prescriptions, la calma bientôt. Cette mesure a été prise à la suite des accidents trop fréquents qui se sont produits depuis un an tant dans le service actif des chemins de fer que dans les ateliers.

La tuberculose et les municipalités.

Signalons une tentative très intéressante que vient de prendre l'*Association communale de France* en organisant de grandes conférences sur les questions municipales. M. Montheuil, qui en est l'âme et qui, on le sait, dirige avec tant de succès la *Revue municipale*, a fait appel, pour la première conférence à M. le Dr Rénon, médecin de la Pitié, professeur agrégé. M. Henri Monod, directeur honoraire de l'Assistance présidait.

M. Rénon avait pris pour sujet : la tuberculose et les municipalités. C'est en termes très heureux que l'orateur a montré à son auditoire composé de maires et de conseillers municipaux que les municipalités pouvaient lutter avec efficacité contre deux grandes causes de la tuberculose : l'alcoolisme et l'obscurité.

L'emploi du blanc de céruse.

On vient de distribuer le rapport de M. le Dr Treille, ancien sénateur, sur l'emploi du blanc de céruse, à la commission du Sénat nommée à cet effet. Voici les conclusions de ce rapport :

Sur 174 anciens peintres qui étaient, à des titres divers, pensionnaires des hospices de France en 1904, 27 seulement présentaient des infirmités considérées comme d'origine professionnelle. En supposant même que l'on doive ajouter encore à ce chiffre un nombre double, pour les peintres infirmes qui pourraient ne pas être hospitalisés, nous sommes loin, de toute manière, des milliers d'estropiés par la céruse, dont parlaient les formules accréditées jusqu'à ce jour.

Nous n'avons pas eu davantage la confirmation d'une mortalité excessive des peintres, due à l'exercice de la profession.

En admettant que le minium ou les autres produits à base de plomb employés dans la peinture ne dussent être comptés pour rien, non plus que l'alcoolisme, la mortalité saturnine pour les peintres en bâtiment serait annuellement aux hôpitaux, tout compte largement fait, d'une dizaine de décès environ pour toute la France, soit 1 décès par 7 ou 8,000 peintres.

LES CONGRÈS

Croisière des médecins français

Organisée à l'occasion du XVe Congrès international de Médecine

(Lisbonne, 19-26 avril 1906)

L grand nombre de Médecins déjà inscrits au Congrès International de Médecine va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les Congressistes ; aussi des croisières ont-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les étrangers. C'est ainsi que sur les rives du Tage les pavillons anglais, allemand, américain, seront représentés par nombre de navires.

En présence de ce mouvement on a pensé qu'il serait bon de voir également flotter, là-bas, les couleurs de la France. Un navire a été retenu, l'*Etoile*, probablement, dont le nom est de bon augure. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne, partira de Marseille le 8 avril, touchera aux rives fleuries de Majorque, fera escale à Malaga. Là, un train spécial, après avoir traversé les gorges merveilleuses d'El Choro, amènera la caravane à Grenade, la capitale splendide des Rois maures, où l'on retrouve à chaque pas les vestiges d'une civilisation presque disparue ; ensuite, escale à Tanger ; visite de la ville sur laquelle le monde a aujourdhui les yeux fixés. Le groupe se dirigera alors sur Cadix, et, remontant le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes si originales du Samedi-Saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel ; repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Après, viendra Cordoue, où l'on ira par train spécial (Mosquée, l'une des plus belles et des plus anciennes du monde). Enfin nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments, l'Alcazar et ses jardins, la Cathédrale et la Tour de Giralda, etc. Et arrivée à Lisbonne. Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs, probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris* (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrée promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril dans l'après-midi. La Compagnie P. L. M. accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour. Il a paru nécessaire, pour la bonne réussite du projet en cours, que son organisation demeurât impersonnelle. Il est indispensable cependant de créer un centre de renseignements. J'ai été choisi comme « Boîte aux Lettres ». C'est donc au Docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, que les adhésions ou demandes de renseignements devront être adressées.

Pour que la croisière ait lieu, il faut au moins cent adhésions. Sont admis les Médecins, Etudiants et leur famille, voire même des amis, présentés par un membre du corps médical. M. Heuzé, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V. E. M., dirigera la caravane. C'est dire que les excursionnistes sont assurés de tout le confort et de tous les soins possibles.

N. B. — Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre si on le désire, mais dans ce dernier cas on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser les adhésions et souscriptions au Docteur Helme, 10, rue Saint-Pétersbourg, Paris. 15 mars. Terme de rigueur.

NÉCROLOGIE

Notre rédacteur en chef vient d'être cruellement éprouvé par la mort de Madame Bourneville, décédée le 10 février à l'âge de 58 ans, après une courte maladie. L'incinération de Madame Bourneville a eu lieu le lundi 12 février, au cimetière du Père-Lachaise, où de nombreux amis, élèves et collaborateurs sont venus témoigner à M. Bourneville et à sa famille leur respectueuse sympathie.

Le Dr H. CUFFER

Médecin de l'hôpital Necker,

On annonce de Cannes la mort de M. le Dr P. Cuffer. Né en 1850, interne des hôpitaux en 1873, médaille d'or en 1877, docteur en 1878, il était reçu en 1881 médecin des hôpitaux. Le Dr Cuffer abandonna les concours pour se consacrer à la clientèle. Il publia cependant quelques travaux importants, notamment sur les néphrites et sur la séméiologie cardiaque. Sa thèse inaugurale a pour titre, *Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques.* Nous ne saurions oublier que M. Cuffer publia dans le *Progrès médical* son premier mémoire important. C'est un travail paru en 1877, lors de sa dernière année d'internat, intitulé : *Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle cardiaque et en par-*

ticulier de ses modifications sous l'influence des changements de position des malades.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 21 février.* — *M. Lacasse* : Contribution à l'étude des hernies ombilicales dites congénitales. Hernies des nouveau-nés et des enfants (MM. Pinard, Déjerine, Lepage, Legry). — *M. Rasis* : Indications du curettage dans les accidents fébriles post-partum (MM. Pinard, Déjerine Lepage, Legry). — *Mlle Francillon* : Essais sur la puberté chez la femme (MM. Déjerine, Pinard, Lepage, Legry).

Jeudi, 22. — *M. Hallopeau* : Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate (MM. Le Dentu, De Lapersonne, Auvray, de Morestin). — *M. Bichon* : Du rôle des infections, particulièrement de la syphilis, dans la production des lésions de la myopie progressive (MM. De Lapersonne, Le Dentu, Auvray, Morestin.

Examens de doctorat. — *Lundi, 19 février.* — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Segond, Mauclaire, Cunéo. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Wallich, Branca. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Brissaud, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Roger, Claude, Labbé (Marcel).

Mardi, 20 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Berger, Poirier, Marion. — 4e (Salle Broussais) : MM. Gilbert, Langlois, Richaud. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Faure. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Dieulafoy, Dupré, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Robin, Jeanselme, Carnot.

Mercredi, 21 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Reclus, Cunéo, Pierre Duval. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Sébileau, Potocki — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Kirmisson, Wallich, Branca. — 4e (Salle Pasteur) : MM Pouchet, Richaud, Balthazard.

Jeudi, 22 février. — Médecine opératoire (Ecole pratique) . MM. Pozzi, Poirier, Faure. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiard, Maillard. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Berger, Launois, Brindeau.

Vendredi, 23 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique : MM. Terrier, Cunéo, Pierre Duval. — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Reclus, Potocki, Branca. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Segond, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Delens, Mauclaire, Proust.

Samedi, 24 février. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Poirier, Auvray. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Hutinel, Gouget, Guiart. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Maygrier, Demelin, Brindeau.

FORMULES

XIII. — Contre les angines et l'érysipèle.

Lenhartz (*Munch. med. Woch.* et *Berlin klin. Woch.*, 1905, cité par les *Arch. gén. de méd.*, du 6 février 1906) aurait retiré des effets merveilleux en donnant, toutes les 3 ou 4 heures, deux cuillerées à soupe de salicylate de fer ainsi préparé :

Salicylate de soude	4	gr.
Eau	60	cc.

Ajoutez successivement :

Teinture de perchlorure de fer	7	cc.
Chlorate de potasse	2	gr.
Glycérine	15	cc.
Eau q. s. p.	240	cc.

La *Nervocithine* a un pouvoir actif certain, à la fois sur le système nerveux, clef de la régularisation vitale, et sur le système musculaire : elle est donc douée d'une activité générale de premier ordre

---

CONFÉRENCE DE BEHRING A BERLIN SUR LA TUBERCULOSE ET LE BOVO-VACCIN. — Le Pr Behring a exposé dans une conférence publique, le 8 février le résultat de ses travaux. Il préserverait les bovidés par son bovo-vaccin et obtiendrait avec la tuberculose la guérison de vaches atteintes de phtisie. Le public aurait assez froidement accueilli la communication du savant bactériologiste. S'il faut en croire un correspondant du *Matin* une opposition systématique lui aurait été manifestée par les représentants du ministère de l'Agriculture et les élèves de R. Koch.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 21 janvier 1905 au samedi 27 janvier 1906, les naissances ont été au nombre de 1.016, se décomposant ainsi : légitimes 749, illégitimes 267.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 951, savoir : 479 hommes et 472 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. Variole : 2 — Rougeole : 22 Scarlatine : 1. — Coqueluche : 1. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 4. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 182. — Tuberculose des méninges : 27. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 68. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 56. — Maladies organiques du cœur : 66. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 19. — Pneumonie : 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 99. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 7. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 17. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 15. — Néphrite et mal de Bright : 29. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 6. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité sénile : 42. — Morts violentes : 16. — Suicides : 5. — Autres maladies : 107. — Maladies inconnues ou mal définies : 23.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 24

PRIX ET RÉCOMPENSES ACCORDÉS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1904. — 1° *Un prix de* 1.000 fr. à M. le Dr Arnould (médecin des troupes coloniales).

2° *Médailles d'or.* — MM. les Drs Fuzet du Pouget (de Casteljau) ; Le Guével (de Pont-l'Abbé) ; Pethiot (du Conquet). 3° *Rappels de médailles d'or.* — MM. les Drs Bossion (de Saint-Arnauld) ; Ciaudo (de Nice) ; Dorain (de Nantes) ; Poujol (d'Aïn-Bessem) ; de Welling (de Rouen) ; Busquet (médecin militaire).

4° *Médailles de vermeil.* — MM. les Drs Colin (de Quimper) ; Gouez (de Plougastel-Daoulas) ; Latour (du Puy) ; Reny (de Longwy) ; Sanquer (de Morlaix) ; Houillon (médecin des troupes coloniales). 5° *Rappels de médailles de vermeil.* — MM. les Drs Camescasse (de Saint-Arnoult) ; Chabaud (de Lavelade) ; Courtade (d'Outarville) ; Denizet (de Château-Landon) ; Frémicourt (de Jaulgonne) ; Gagnière (de Saint-Chef) ; Morvan (de Pleyben).

6° *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Agniel (de Bagnols-sur-Cère) ; Alirol (du Puy) ; Aubry (de Campbon) ; Auger (de Belbec) ; Balland (de Paris) ; Benoist (de Guémené-Penfao) ; Bergoret (de Bourgoin) ; Bertoye (de Villeurbanne) ; Braillon (de Paris) ; Briot (de Chaussin) ; Cailleteau (de Saint-Phibert-de-Grandlieu) ; Chatelier (de Saint-Vincent-des-Landes) ; Chevrot (de Bletterans) ; M. Coliez (de Longwy) ; Contal (de Blénod-les-Toul) ; Courvoisier (de Champagnole) ; Crouigneau (de Paris) ; Daum (de Saint-Lupicin) ; Deville (de Toulon) ; Dodin (de Challans) ; Douare (de Saint-Siméon-de-Bressieux) ; Ducos (de Viella) ; Dufour (de Corné) ; Evrard (de Vernantes) ; Fournial (de Montrastruc) ; Fourrier (de Briey) ; Greslé (de Guenrouet) ; Haut (de Villers-la-Montagne) ; de Jaegher (de Carhaix) ; Joly (de Mende) ; Lamarche (de Florac) ; Lamothe (de Gramat) ; Le Cabon (de Plogastel-Saint-Germain) ; Leraitre (de Beauvais) ; Lévy (de Nancy) ; Luquet (de Toulon-sur-Arroux) ; P. Magnin (de Paris) ; Malbos (de Goudargues) ; Mansion (de Nomény) ; Marchal (de Saint-Nicolas-du-Port) ; Massé (de Moirans-du-Jura) ; Mérop (d'Audierne) ; Ollivet (du Vigan) ; Ott (de Lillebonne) ; Panel (de Rouen) ; Parmentier (de Flize) ; Portalier (de Florac) ; Pottevin (du Havre) ; Rapp (de Cirey) ; Robert (d'Arbois) ; Rochette (du Cheylard) ; Schmitt (de Baccarat) ; Toigne (de Cazères-sur-Garonne) ; Brau (médecin des troupes coloniales) ; Félix, Galli-Valério (de Lausanne).

7° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les Drs Abrial (du Puy) ; Azéma (d'Aurignac) ; de Béchon (de Brest) ; Behr (d'Yvetot) ; Bermondy (de Nice) ; Bois (de Paris) ; Bonnet (de Saint-Genis-Laval) ; Boyt (de Lamastre) ; Calmeau (de Paris) ; Cazal (de Toulouse) ; Charpenel (de Narbonne) ; Daday (de Bourg-d'Oisans) ; V. Delarue, Dubreuil (de Paris) ; F. Ducournau (de Benesse-Maremne) ; Faure (de Loubens) ; Frasey (de Paris) ; Gazzola (de Nice) ; E.-A. Gérard (de Paris) ; Girard (de Cannes) ; H. Gourichon, L. Gourichon (de Paris) ; Guers (de Mouzaïaville) ; Hamaide (de Paris) ; Isnel (de Vizille) ; Lagarde (de Vals) ; Le Coquil (de Châteauneuf) ; Messier (de Badonviller) ; Michel (de Cavaillon) ; Miquel (de Paris) ; Pactet (de Mont-sous-Vaudrey) ;

Pascalis (de Paris) ; Quintin (de Malestroit) ; Recht, E.-L. Richard (de Paris) : Rondet (de Neuville) ; Rouvier (de Voiron) ; Sage (de la Tour-du-Pin) ; Tagnard (de La Mure) ; Talazac (de l'Isle-en-Dodon) ; Tolédano (de Paris) ; Trémoureux (de Niort) ; Trouillet (de Kairouan) ; Valette (de Cahors) ; Vitry, Zibelin (de Paris) ; Malafosse. Sandras (médecins militaires).

8° *Médailles de bronze.*— MM. les Dr Dépéret-Muret (de Paris). Ménard (de Port-Gueydon) ; Merle (de Djendel) ; Paisseau (de Paris); Trenga (de Tablat) ; Truffet (de Seyssel) ; Pelegrin, Sylvestre (médecins militaires) ; Chagnolleau, de Goyon (médecins des troupes coloniales).

9° *Rappel de médaille de bronze* : M. le Dr Blind, de Paris.

Légion d'honneur. — *Commandeurs* : M. le Dr Lucas-Championnière ; — *Officiers* : MM. les Drs Bodros et Mauriac, de l'armée territoriale ; — *Chevaliers* : MM. les Drs Dalché et Barbier, médecins des hôpitaux de Paris ; Humbert, de Rambouillet ; Mossonié (de la réserve) ; Brault, Butel, Jacquemin, Laurans, Schoull, Therre et Weiss (médecins de l'armée territoriale).

Distinction.—La Commission permanente d'hygiène infantile de l'Académie de médecine vient de décerner une médaille de bronze à M. Diffloth, ingénieur agronome, directeur de la « Belle-Etoile » pour ses beaux travaux sur le lait dont nous avons parlé ici-même.

Epidémie de syphilis dans une garnison Allemande. — Dans la petite ville de Morhange (Alsace) qui compte une garnison de 7.000 hommes pour 5.000 habitants, le taux de la syphilis dans l'élément militaire se serait élevé à plus de 30 %. Le maire, à la réquisition du chef de corps, aurait interdit dans les brasseries et les débits le personnel féminin.

Concours de l'Assistance médicale. — Cinquante et un candidats se sont fait inscrire. Le Concours s'ouvrira le mercredi 21 février, à midi, à la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. Barbier, Menusier, Boureille, Oguse, Legrand, Bing, Reinburg, Beauvy, Croll, Castex, Facdouel, Darin, Eltchnninoff, Rochu, Blondin, Signoret, Sécheret, Vincent, Goüin, Catz, Hutinel, Oppenheim, Friedel, Lechmann, Luisi, Cauzard, Nicolas, Ball, Nau, Guitard, Fatout, Bonhomme, Emanuel, Poisson, Deschamps, Benoit, Piérart, Bernheim, Naïs, Petit, Hahn, Hazard, Leichnam, Poulain, Bourilhet, Chazal, Broudic, Poirault, Wahlen, Mettex, Tourtourat, sont candidats.

—Le jury du concours est définitivement composé de MM. Virey, Liandier, Noir, Puech, Vigouroux.

Cours pratiques par d'anciens internes. — Une 1re série de cours, conçus dans un esprit absolument pratique, et s'adressant surtout aux étudiants à la fin de leurs études aura lieu *du 5 mars au 28 mars 1906*. Chaque cours comprendra 10 leçons qui se suivront à deux jours d'intervalle ; pour chacun le prix d'inscription est de 20 francs. Cette série comprendra les cours suivants (à heures différentes) :

Lundi, mercredi, vendredi : Maladies de la peau, M. Lenglet ; Hydrologie, M. Esmonet ; Gynécologie pratique, M. Bender ; Maladies nerveuses, M. Armand Delille ; Voies urinaires, M. Minet : Chirurgie journalière, M. Hugier ; Orthopédie, M. Tridon.

Mardi, jeudi, samedi : Larynx, nez, oreilles, M. Bourgeois ; Maladies des yeux, M. Terrien ; Maladies des appareils respiratoires, M. Oppenheim ; Maladies de l'estomac et du foie, M. Lippman ; Maladies des enfants, M. Ball ; Electrothérapie, radiothérapie, M. Delherm ; Obstétrique, M. Jeannin.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser, 15, *rue Malebranche*, les lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h., ou par correspondance au Dr Minet.

Médecins servant a l'étranger.— Sont inscrits d'office, au titre des missions : pour médecins-majors de 1re classe, le médecin-major de 2e classe Matignon, de la mission française en Mandchourie pendant la guerre russo-japonaise ; pour chevalier de la Légion d'honneur, le médecin-major de 2e classe Jaffary, de la mission militaire française au Maroc.

Réorganisation du corps de santé maritime. — La commission sénatoriale de la marine a examiné le projet relatif à la réorganisation du corps de santé de la marine. Après échange d'observations, elle a décidé d'entendre le ministre de la marine sur les questions des écoles annexes et sur l'augmentation du nombre des médecins principaux.

Un nouveau journal.— Nous venons de recevoir la *Chimie Médicale*, revue nouvelle des travaux de la chimie appliquée à la thérapeutique, publiée par M. Jaubert, docteur ès-sciences. Longue vie et prospérité à notre nouveau confrère.

Laicisation des Hospices de Grenoble. — Par ordre de la municipalité, les crucifix ont été enlevés de toutes les salles des hospices laïcisés de la ville de Grenoble. (*Semaine religieuse de Lyon*, 2 fév.)

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de paléontologie.* — M. Marcellin Boule, professeur, commencera ce cours le mercredi 21 février 1906, à trois heures, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure Dans la première partie, le professeur terminera l'étude des *mammifères fossiles*. Dans la seconde partie, qui s'ouvrira le 2 mai, il traitera de la *Paléontologie humaine*. Les leçons seront faites dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2. Des leçons complémentaires et d'un caractère plus pratique seront données les lundis dans la galerie ou le laboratoire de Paléontologie. Le laboratoire de recherches, rattaché à l'école des hautes études, est ouvert tous les jours de dix heures du matin à six heures du soir.

Chronique des hôpitaux.

Concours de médecins des hopitaux. — *Jury pour l'admissibilité aux places des médecins des hôpitaux* : MM. Brault, de Beurmann, Thoinot, Dalché, Roger, Labadie-Lagrave, Florand, Comby, Tapret et Moutard-Martin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'ENFANT, revue mensuelle illustrée consacrée à l'étude de toutes questions relatives à la protection de l'enfance. Directeurs-rédacteurs en chef, MM. Henri ROLLET et Jacques TEUTSCH, 13, rue de l'Ancienne-Comédie. France, un an, 5 fr. ; étranger, 6 fr. Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur cette très intéressante publication.

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, RUE DES CARMES

BOURNEVILLE : Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages avec 22 fig. Prix : 1 franc.
Pour nos abonnés. Prix : 0 fr. 75.

Librairie J.-B. BALLIERE

19, rue Hautefeuille.

BOCQUILLON-LIMOUSIN. — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1906. 1 vol. In-16 de 112 pages.
BROUARDEL. — Les blessures et les accidents du travail. 1 vol. In-8° de 700 pages. Prix........ 15 fr.
CHANTEMESSE (A.). — Mouches et choléra. 1 vol. In-16 de 96 pages. Prix........ 1 fr. 50
SCHROTTER (L. de). — Hygiène des poumons. 1 vol. In-16 de 158 pages. Prix........ 2 fr.

Librairie MASSON

120, boulevard Saint-Germain.

Annuaire statistique de la ville de Paris. XXIVe année. 1903. 1 vol. In-8° de 842 pages.
ROSETI (Ch.) et MARTINEZ (B.), — Annuaire statistique de la Vilie de Paris. 1 vol. In-8° de 314 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 24 FÉVRIER 1906

Le Progrès Médical

RADIOLOGIE MÉDICALE

L'examen radioscopique de l'estomac

Par le Dr KONRIED
Médecin-directeur des Thermes Valentia (Monaco) (1)

Messieurs,

L'examen radiologique prend de plus en plus d'importance, même dans le diagnostic des maladies internes.

Pour ceux, Messieurs, qui suivent attentivement les progrès de cette science, il résulte le fait très intéressant que, dans chaque phase de son développement, le progrès est à l'instant plus remarquable que l'examen par l'écran fluorescent : l'examen radioscopique remplace l'examen par la photographie.

Et ce fait, vous le comprendrez bien, si vous y pensez, que la radioscopie nous montre les organes qu'elle peut atteindre dans leurs différentes positions, de tous les côtés, qu'elle peut nous donner, jusqu'à un certain degré, une idée de leur fonction et nous permet, pour ainsi dire, d'entrer dans leur vie ; tandis que la photographie, même la meilleure, ne peut donner qu'un instant de cette vie, une phase de cette fonction.

C'est pourquoi, Messieurs, j'emploie de préférence ou presque exclusivement la radioscopie, en me réservant la radiophotographie pour certains buts limités, dans lesquels elle est toutefois indispensable.

Boas et Lévy Dorn ont été les premiers qui, à l'aide de l'introduction des capsules de 1 à 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, ont essayé d'obtenir des vues radiologiques de l'estomac.

C'est Rosenfeld qui, le premier, proposa d'obtenir, par l'insufflation d'air dans l'estomac, des contours plus nets de cet organe. Toutefois, les résultats de ces premiers essais furent pauvres et peu satisfaisants. En 1904, Rieder, à Munich, amena un progrès important dans cette partie de la science radiologique, par son idée d'introduire dans l'estomac le sous-nitrate de bismuth en grande quantité. Au moyen de cette nouvelle technique et d'un grand nombre de vues photographiques de l'estomac rempli de bismuth, il réussit à obtenir une idée plus approfondie de la physiologie et de la pathologie de cet organe. C'est Holzknecht à Vienne, et d'après ses indications moi (dans mon sanatorium d'Edlach) qui, les premiers, ont employé comme système l'examen radioscopique de l'estomac rempli de bismuth dans les différentes positions et, point capital, dans les diverses phases de la digestion. Dès maintenant, ces examens présentent la possibilité d'un emploi général, et une importance plus considérable.

Je passerai d'abord brièvement aux accessoires techniques nécessaires pour obtenir des vues bien claires : Nous avons employé le bismuth de la manière suivante :

1° Dans sa forme la plus simple, de la capsule remplie de 2 gr. de sous-nitrate de bismuth, équivalant d'une gorgée, qui nous permet de voir la descente et le passage à travers l'estomac. (Nous n'avons presque jamais employé cet examen seul, mais simplement comme un moyen préliminaire d'exploration.)

2° La mixture de bismuth obtenue par l'addition de 10 à 15 gr. de sous-nitrate de bismuth à 100 gr. d'eau.

3° Les repas au bismuth composés de 40 à 50 gr. de sous-nitrate de bismuth, intimement mélangés à 500 gr. de semoule au lait, avec un peu de sucre de lait. Avec l'emploi du bismuth nous avons souvent combiné le gonflement par l'acide carbonique.

Les autres accessoires techniques ne sont nullement compliqués. L'instrumentation indispensable est partout, facile à placer, et ne nécessite que l'emploi d'un support, ampoule mobile, et un écran mobile dans tous les sens ; en outre, un lit pliant radiographique. Quant à la méthode employée pour l'examen, je m'étendrai seulement sur les parties les plus importantes, la brièveté de cette communication ne me permettant pas d'entrer dans tous les détails.

Nous commençons par un examen général du malade, passons ensuite à la mesure de sa taille et à l'annotation de toutes les anomalies du squelette, qui sont très importantes pour la juste appréciation des vues obtenues par la radioscopie : l'inspection des poumons, du cœur et de l'amplitude respiratoire du diaphragme faite, on passe avec l'ampoule sous ce dernier et l'on voit alors dans l'abdomen les viscères, comme une masse opaque, dans laquelle se dessine, par places, une

(1) Communication faite à la Société médicale de Monaco le 18 janvier 1906.

partie plus transparente, causée par une portion de l'intestin remplie de gaz. En général, on trouve une place pareille plus transparente sous l'hypocondre gauche, souvent de la forme d'une poire renversée, produit par une bulle d'air qui remplit le haut de l'estomac. Après annotation de ces observations générales, le malade étant à jeun, couché sur le lit ou debout, avale soit la mixture, soit le repas au sous-nitrate de bismuth. Dès que le bismuth entre dans l'estomac nous le voyons, tel une bande grise noire, descendant jusqu'au point le plus bas de l'estomac pour le remplir ensuite en partie variable : nous voyons l'estomac se déplier dans toutes ses parties mobiles, dont les contours deviennent apparents.

Suivant la position du malade, nous atteignons maintenant, plus distinctement, les différentes parties de l'estomac :

« Ainsi quand il est debout, la petite et, mieux encore, la grande courbure se présentent à la vue ; couché sur le dos, éclairé par dessous, la grande courbure et les parties antérieures sont clairement visibles ; couché sur le côté droit, c'est surtout la partie pylorique et la grande courbure qui sont visibles. »

Outre ces positions extrêmes, il y a beaucoup de vues intermédiaires qui peuvent nous donner une idée très nette de la configuration de cet organe. Nous obtenons ainsi des détails précis très importants sur la vraie position de l'estomac, sur son volume et sa capacité, sur la souplesse de ses tissus, ainsi que sur la forme et la mobilité de la partie pylorique. Par des examens répétés à intervalles, nous avons pu également nous rendre compte du mouvement péristaltique.

On peut résumer la situation physiologique de l'estomac dans les termes suivants : sa position physiologique semble varier avec les différents individus ; quelques-uns l'ont court, placé haut, d'autres l'ont allongé et descendant. En général, chez la plupart des individus, dans la position verticale, l'axe longitudinal de l'estomac s'étend presque en *totalité* dans le côté *gauche* de l'abdomen et ce ne sont que les parties pyloriques qui se trouvent à travers la colonne vertébrale un peu à droite.

La petite courbure se trouve généralement entre les 2e et 4e vertèbres lombales et la grande courbure entre les 4e et 5e. Les femmes ont en général l'estomac plus petit que les hommes, et placé plus bas. On voit clairement que l'estomac suit l'action respiratoire du diaphragme par des mouvements d'ascension et de descente alternatifs, pourvu qu'il n'y ait pas d'adhérences ou tumeurs fixantes aux organes avoisinants. Dans ces conditions, l'estomac se laisse également déplacer un peu à droite et à gauche par la main palpante. La percussion, la palpation et l'auscultation des bruits, des clapotements donnent, d'après nos constatations, souvent des indications tout à fait erronées sur la vraie situation de l'estomac dont les contours, nous avons pu le constater souvent, à notre grand étonnement, sont loin de nos suppositions.

La digestion se fait de telle manière que le chyme gastrique se liquéfie et passe peu à peu en petites parties par le pylore qui se déplie. L'action péristaltique est souvent bien visible, surtout à la grande courbure et dans la partie pylorique qui, en vérité, semble représenter le moteur de cet organe. Le temps que l'estomac met jusqu'au commencement de cette évacuation est variable, mais nous avons pu la constater déjà une demi-heure après l'ingestion du repas.

Après 3 à 4 heures, nous avons parfois trouvé les aliments passés jusqu'au gros intestin, tandis que l'estomac contenait encore les restes du repas. L'estomac atone ou dilaté garde pendant 8 et 10 heures des parties variables d'aliments solides, tandis que les aliments liquides en sortent bien plus facilement (ce qui, soit dit entre parenthèse), ne semble pas bien s'accorder avec notre traitement usuel des ectasies de l'estomac.

Maintenant, Messieurs, pour vous rendre plus claire l'application de la radioscopie à la pathologie de l'estomac, je me permettrai de vous présenter quelques esquisses qui sont copiées un peu d'une manière schématique.

Nous fixons d'habitude les images vues sur l'écran à l'usage de notre protocole avec des crayons de couleur sur une plaque de verre adaptée à l'écran fluorescent et la figure que nous obtenons de cette manière est copiée avec du papier à calquer. En outre, tous les points importants pour fixer la position et la grandeur de l'estomac sont marqués sur le corps du malade avee des crayons de couleur.

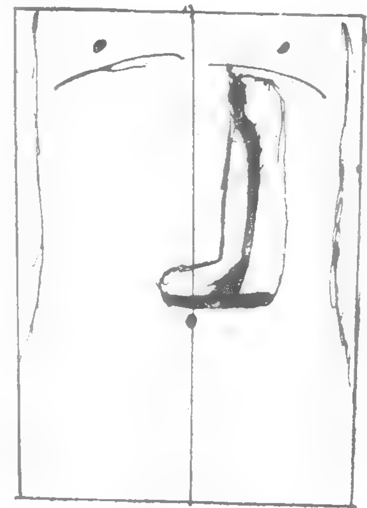


FIG. 3.

La figure 3 vous montre l'entrée et la descente du bismuth dans un estomac que l'on peut dire normal, L'œsophage passé, vous voyez le bismuth, comme une bande noire, sortir du diaphragme et entrer dans la boule d'air qui occupe, en général, la partie supérieure de l'estomac. S'adaptant à la paroi médiane, elle descend, suivant un peu le contour de la partie supérieure de la petite courbure (avec une inclinaison facilement concave à gauche) descend ensuite pendant un certain moment presque verticalement pour tourner, après, dans une courbe concave finissant en ligne presque horizontale ou légèrement remontante. L'endroit où la courbe s'arrête est bien la partie pylorique. Le bismuth forme ensuite dans la partie inférieure de l'estomac une couche noirâtre de niveau horizontal.

La figure 4 vous montre l'exemple de la déglutition anormale dans un cas de cancer de l'estomac publié par le Dr Holzknecht. Vous voyez que la courbe que fait le bismuth pendant sa descente est toute différente que celle citée précédemment.

Dès son entrée dans l'estomac, il fait une courbe concave, bien allongée à gauche et tourne ensuite subitement en forme de S. Déjà ce trajet anormal du bismuth devrait susciter l'idée d'une tuméfaction dans l'intérieur de l'estomac qui faisait dévier la bouchée.

Nous reviendrons plus loin sur le même cas, très instructif.

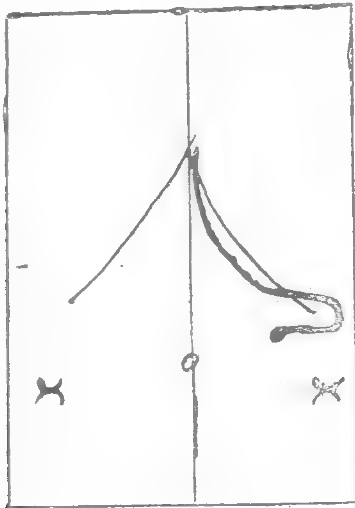


Fig. 4.

Je vous montrerai, fig. 5 *a*. les contours d'un estomac d'une grandeur et dans une position à peu près normales.

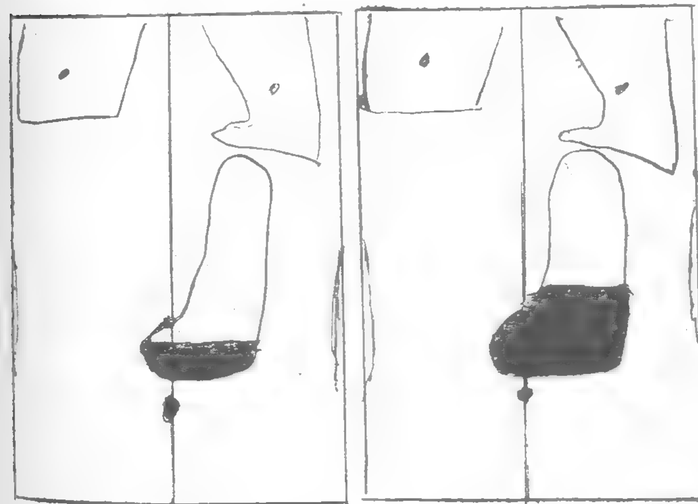


Fig. 5 *a*. Fig. 5 *b*.

Vous voyez, Messieurs, un estomac un peu court et encore visiblement au-dessus de l'ombilic ; les tissus sont absolument mobiles et souples, ce dont vous pouvez juger par la différence de grandeur entre l'estomac rempli environ au tiers et l'estomac presque plein (5 *b*) Il appartenait à une femme petite et grêle, souffrant constamment de troubles digestifs avec attaques paroxysmales de tachycardie qui furent expliquées par l'existence d'une ptose gastrique et viscérale. De fait, neuf grossesses antérieures, la percussion, le bruit de clapotement, la constipation opiniâtre, la dilatation des muscles, de l'abdomen, une ptose bien prononcée du rein droit, plaidaient en faveur de ce diagnostic.

La radioscopie avec le repas au bismuth nous montrait, comme vous le voyez, un estomac plutôt petit, dans une position tout à fait normale, sans aucun symptôme pathologique ; par conséquent le diagnostic porté sur ptose gastrique devait être abandonné. Nous avons traité le cas comme une myocardite avec engorgement secondaire abdominal, et la thérapie instituée justifiait le diagnostic par le succès obtenu.

La figure 6 se rapporte à un homme âgé d'environ 40 ans, souffrant depuis longtemps de troubles



Fig. 6.

gastriques très graves affaiblissant sa nutrition à un tel degré qu'à 40 ans, il avait déjà l'aspect d'un vieillard. Il devait retirer chaque nuit et souvent aussi dans la journée, quelques heures après le repas, le contenu de son estomac, au moyen de la pompe gastrique, à cause des douleurs que lui produisait le chyme stagnant et pour éviter des vomissements continus. Sans entrer dans des détails ultérieurs, je signalerai seulement que les médecins consultés avaient conclu à une sténose du pylore ayant son origine ou dans un néoplasme de développement lent ou dans une sténose produite par la cicatrisation d'un ulcère pylorique et l'opération, la gastro-entérostomie fut recommandée au malade comme le seul moyen de thérapie.

L'examen par les rayons X, avec une quantité un peu plus grande de repas de bismuth, nous permit une vue approfondie de l'origine de ces graves symptômes.

Vous voyez, Messieurs, un estomac ressemblant à un ballon allongé, descendant presque verticalement dans le côté gauche de l'abdomen, la portion supérieure est remplie en partie par le gaz, tandis que, dans la portion inférieure, le repas de bismuth bien visible, ne remplit l'estomac, malgré sa grande quantité, qu'en partie relativement petite. La grande courbure pouvait être suivie presque jusqu'à la bande de Poupart et la partie pylorique était près de la vessie.

En outre, à l'aide du gonflement à l'acide carbonique, l'estomac se déplia totalement et la partie pylorique ne montra rien de pathologique, à part une motilité peristaltique amoindrie. Mais à un certain moment, faisant un massage modéré vers le pylore, nous voyons de petites parties du repas de bismuth passer ce dernier pour entrer au duodénum.

Les détails de ces actions répétées prouvaient que le diagnostic d'une sténose pylorique n'était plus admissible. Par contre, l'évacuation du chyme gastrique était retardée à tel point que même après dix heures nous pouvions encore constater des quantités considérables du repas d'épreuve dans les parties basses de l'estomac, Nous avions évidemment à faire à une grave ectasie avec ptose gastrique, et la radioscopie nous fournissait, dans ce cas-là au moins, un moyen de pronostic très apprécié par le malade.

Enfin je reviendrai au cas du Dr Holzknecht, mentionné plus haut. Je vous ai démontré l'évolution anormale de la déglutition. La prochaine figure 7 vous montre l'estomac du même malade, après ingestion de

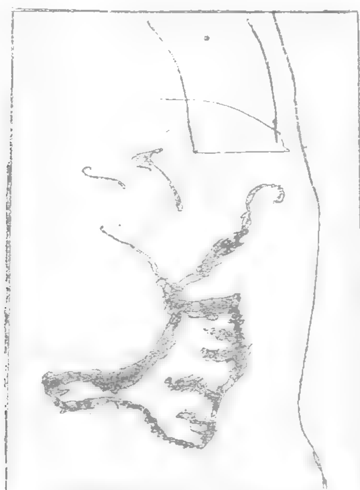


Fig. 7.

la mixture de bismuth. Vous voyez qu'elle n'est pas, comme d'habitude, accumulée dans la partie inférieure de l'estomac en une masse solide, au niveau horizontal, mais présente un aspect bizarre de morcellements et de sinuosités bien visibles. Vous le voyez de même, dans la figure suivante (fig. 8) prise en position horizon-



Fig. 8.

tale après ingestion du repas au bismuth. Ces vues anormales plaidaient d'emblée avec la première vue de la descente de la bouchée, pour le diagnostic d'une tumeur barrant le passage à l'intérieur de l'estomac. En effet, après la mort du malade en question, l'abduction faite démontrait l'existence d'un cancer aplati dont le siège principal était la petite courbure. C'étaient les plis et les sinuosités de ce cancer qui avaient fait dévier la masse de bismuth de son cours normal.

Par ces exemples probants, vous pourrez déjà juger, Messieurs, de la valeur et de l'importance de l'examen radiologique de l'estomac. Grâce à lui, nous obtiendrons des indications très précieuses sur la forme et la position de l'estomac, sur sa capacité, son volume, l'extensibilité de ses tissus, et par cela même, sur sa mobilité active respiratoire et sur sa mobilité passive ; nous arriverons aussi à juger sa motilité péristaltique et le temps qu'il met pour achever la digestion. Nous obtiendrons ainsi des indications d'une certitude qui surpasse celle obtenue par tous les autres moyens de diagnostic, notamment dans les cas de ptoses et de dilatation de l'estomac, dans les anomalies de configuration (estomac en bissac), dans les affections inflammatoires adhésives, chroniques (périgastrite) et aussi dans le diagnostic des néoplasmes. Pour ceux qui connaissent les difficultés d'un diagnostic précoce de ces maladies, il sera facile d'en apprécier la valeur. Ce sont en particulier ces cas qui, pour le moment, constituent le domaine de la radioscopie de l'estomac ; nul doute qu'il s'élargira en peu de temps, grâce au travail opiniâtre et continu de tant de médecins.

Je ne veux pas finir sans vous parler d'un autre fait, très important pour la généralité des médecins, fait incontestablement acquis par l'examen radiologique de l'estomac. Nous avons obtenu, avec son aide, la certitude de l'efficacité d'un traitement que beaucoup de médecins refusent de reconnaître, je veux dire le massage et l'électrothérapie appliqués dans les maladies de la digestion. Pour nous, les spécialistes, une expérience de nombreuses années nous a démontré, sans permettre aucun doute, l'efficacité de ces agents physiques qui nous sont devenus indispensables dans beaucoup d'affections de l'estomac et de l'intestin.

Par contre, nombre de médecins sceptiques, comme il y en a malheureusement encore beaucoup, prétendent que le massage de l'estomac n'atteint que les muscles de la paroi abdominale qu'il fortifie, et que les améliorations obtenues par la galvano-faradisation, dans certaines maladies de la digestion, sont dues à l'effet suggestif de l'électrothérapie. Dès maintenant, Messieurs, la question est bien tranchée, puisque nous avons pu voir sur le lit radioscopique comment le massage atteint bien l'estomac et l'intestin, que le massage manuel et faradique active le mouvement péristaltique et peut faire passer les aliments digérés beaucoup plus vite par le pylore. Ainsi la période de la digestion et de l'évacuation d'un estomac atone ou dilaté peut être abrégée de une à deux heures.

Nul doute, Messieurs, que nous arrivions par la galvano-faradisation à agir aussi sur les parties profondes de l'abdomen, de façon à influencer et à exciter le foie, le pancréas et leurs conduites émonctoires. Je crois également pouvoir prétendre que non seulement les fonctions de la motilité mais aussi la fonction sécrétoire de ces organes peut être modifiée et améliorée par nos agents thérapeutiques. Dans la preuve de l'efficacité d'une thérapie tellement bienfaisante et néanmoins si peu appréciée, consiste, je crois, pour une grande partie, l'importance des recherches de l'examen radioscopique de l'estomac, au moins pour le plus grand nombre des praticiens.

La Responsabilité des Ambulances urbaines. — La responsabilité des ambulances urbaines n'est point engagée par le fait qu'elles ont procuré à un malade un infirmier ne sachant pas faire de piqûre de quinine. Telle est la décision que, sur plaidoiries de Mes Roux et Gatineau, vient de rendre la septième chambre du tribunal. (*Le Matin.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La réforme des études médicales.

A propos d'une enquête sur la réorganisation nécessaire des études médicales, le rapporteur distingué d'une importante Association écrivait :

« La Société a vu que l'enseignement public de la médecine est presque partout vicieux ou nul, que les corps chargés de conférer les grades sont trop nombreux pour qu'ils puissent conserver cette vigueur sans laquelle ils doivent nécessairement dépérir ; que, la manière dont les professeurs sont admis aux concours et celle dont les candidats sont reçus dans les Ecoles favorisent partout, sinon l'ignorance, au moins la médiocrité ; que dans la distribution des études les élèves sont astreints à des formalités et gênés par des entraves qui n'ont aucun but utile. Elle a vu que les parties les plus essentielles de l'enseignement médical sont absolument oubliées et que les hôpitaux ne sont nulle part organisés de manière à rendre l'instruction facile et à faire servir aux progrès de l'art, les établissements que l'on destine au soulagement de l'humanité.

Que peut-on attendre en effet, de quelques années d'études.. où l'on ne dit pas un mot des fonctions publiques du médecin..... et d'où l'on sort enfin sans avoir rien appris de ce qu'un médecin doit savoir ! »

Quel est l'auteur de cette virulente philippique ? Ne serait-ce pas M. le Dr Marot, qui naguère à la Chambre des députés, montrait à l'occasion du budget de l'Instruction publique, la nécessité d'une réforme des études médicales et disait à la tribune :

« L'étudiant, l'apprenti médecin doit vivre à l'hôpital et c'est là seulement qu'il apprendra le métier, métier que, comme le constate tristement M. le Pr Hayem, il ignore souvent trop complètement. C'est là et non point dans les livres ou dans les amphithéâtres, qu'il acquerra cette éducation des sens, qui lui donnera le sens clinique qui manque à beaucoup de nos plus brillants médaillés des concours. »

Eh bien ! non, la critique de l'enseignement de la Faculté que nous venons de citer n'est pas de notre époque, elle est l'exorde d'un plan de réformes médicales que Vicq d'Azyr présentait au nom de la *Société Royale de médecine*, à l'*Assemblée nationale* en novembre 1790 (1).

L'histoire est un éternel recommencement et, à bien peu de choses près, le réquisitoire de Vicq d'Azyr et son *nouveau plan pour la constitution de la médecine en France* pourraient être des œuvres d'actualité. A entendre les critiques qui s'élèvent un peu partout, il semble bien que nos Facultés de médecine ont subi la même évolution que l'Antique Faculté de l'ancien régime, qu'il y a quelque chose de pourri dans leur organisation, selon l'expression shakespearienne, et que nous sommes à la veille d'une véritable révolution de l'enseignement médical.

Vicq d'Azyr avait compris que la réforme devait porter d'abord sur le recrutement du corps enseignant. Il proposait la nomination des professeurs au concours pour une durée de douze ou quinze ans et les soumettait, après cette période, à une réinstallation prononcée par le vote d'un corps électoral, dont les praticiens et même les étudiants ayant une certaine scolarité devaient faire partie.

Si, à notre époque, ce système de recrutement professoral n'a pas été proposé, il ne faut pas croire que les praticiens et les étudiants se soient désintéressés de la question. Ce sont les étudiants en médecine qui l'ont posée et, pour se faire entendre, ils ont été obligés d'avoir recours à de bruyantes manifestations publiques, manifestations qui visaient moins un de leurs maîtres que le système suranné qui régit encore leurs études. Les praticiens n'ont pas tardé à suivre ce mouvement d'une importance considérable pour l'avenir de leur profession.

Les enquêtes et les plans de réformes se sont multipliés dans la presse médicale. L'Union des Syndicats médicaux de France a mis depuis plusieurs mois la question à son ordre du jour. Elle a décidé de demander au ministre de l'Instruction publique la création d'une commission extra parlementaire où le corps des médecins praticiens, légalement organisés sous la forme syndicale en vertu des lois de 1884 et de 1892, serait représenté dans les mêmes proportions que le corps enseignant des Facultés.

Il serait surprenant, en effet que l'on confia le soin d'une réorganisation des études médicales aux seules Facultés qui n'ont su se maintenir dans la voie du progrès à la hauteur de leur tâche, et qu'on négligeât les avis des médecins praticiens, qui, chaque jour, dans l'exercice de leur profession sont à même de se rendre compte des lacunes parfois considérables de leur éducation médicale.

Les professeurs sont, du reste, les premiers à constater la décadence de nos Facultés de médecine et nous n'avons nullement été surpris de lire, dans un article écrit par le Pr Debierre sur *l'Enseignement supérieur en France* (1), des passages qui ne le cèdent en rien aux acerbes critiques de Vicq d'Azyr contre la vieille Faculté et parmi lesquels nous relevons le suivant :

« C'est par leurs Privat-Docents que les Facultés de médecine allemandes sont devenues les premières du monde. C'est faute de jeunes savants que nos Facultés de médecine, a justement écrit M. Ferdinand Lot, sont en pleine décadence : les professeurs titulaires — et même les agrégés — ne font plus guère que de la clientèle pour gagner de l'argent, et délaissent le travail scientifique. »

Décidément, l'heure de la réforme a sonné ; nous saurons, je l'espère, éviter que, pour défendre quelques intérêts privés, on ne la rende à la fois mesquine, incomplète et inutile.

J. NOIR.

(1) Consulter à ce sujet la très intéressante thèse du Dr DELAUNAY : « Le monde médical parisien au XVIIIe siècle. » (J. Rousset, 1905.)

(1) L'*Action* du 6 février 1906.

CONGRÈS ALLEMAND DE RADIOLOGIE. — Nous sommes avisés que le 2e CONGRÈS de la SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE ROENTGENOLOGIE n'aura pas lieu le 8 et 9 avril, mais le 1er et 2 avril.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février.

Dangers sanitaires de l'émigration.

Le Pr Chantemesse propose et fait adopter par l'Académie les importantes conclusions qui suivent.

L'Académie de médecine, considérant :

Que le transit des émigrants à travers la France constitue, pour la santé publique, un danger permanent qui s'accroît beaucoup lorsque le choléra règne dans un des pays d'origine de ces émigrants ;

Que la législation française, en matière d'émigration, date de 1861-62 et n'est plus en harmonie avec les nécessités actuelles ;

Que tous les pays européens, sauf la France, servant de passage aux émigrants, ont réglementé sévèrement ce transit ;

Que la conférence sanitaire internationale de Paris, en 1903, a prévu, dans son article 41, l'édiction de mesures spéciales à l'égard des émigrants ;

Que les lois américaines comprennent maintenant les dispositions relatives à une quarantaine préventive des émigrants provenant de pays infectés de choléra, quarantaine qui doit être subie, avant le départ, dans un port d'embarquement :

Emet le vœu :

1° Que la législation française, en matière d'émigration, soit modifiée dans ses dispositions concernant l'entrée des émigrants sur notre territoire, leur voyage à travers la France et enfin leur séjour dans notre pays.

2° Que cette nouvelle réglementation s'inspire des mesures édictées par les gouvernements étrangers ; notamment la Hollande, l'Allemagne et les pays américains.

3° Que la surveillance administrative et la surveillance sanitaire des émigrants, complètement différentes l'une de l'autre dans leur but et leurs moyens, soient désormais divisées et confiées chacune au service compétent.

La mortalité tuberculeuse.

Le Pr Brouardel montre l'insuffisance des documents fournis par les statistiques actuelles. Pour la tuberculose en particulier, un seul moyen : la déclaration obligatoire sous pli cacheté permettrait une appréciation sérieuse. Tous les essais de déclaration facultative n'ont donné aucun résultat.

M. Cornil ajoute que les statistiques dans beaucoup de villes sont absolument fantaisistes. Quant aux désinfections pour tuberculose, elles seraient difficiles et fort coûteuses dans les grands centres, irréalisables à la campagne.

M. Bucquoy présente une note du Dr Marquez, d'Hyères, réclamant pour les médecins le droit de demander toutes les fois qu'ils le jugeront utile la désinfection aux municipalités.

M. Kelsch ne croit à l'utilité ni de la déclaration obligatoire, ni même de la désinfection. L'observation dans l'armée montre l'extrême fréquence de la tuberculose. Bien peu de gens échappent à ses atteintes. L'essentiel est d'offrir un terrain assez résistant, d'éviter le surmenage, l'alcoolisme, le séjour dans des ateliers mal ventilés et encombrés, dans des logements insalubres. La lutte contre la tuberculose est avant tout une question d'améliorations sociales. Elle offre par suite de très grandes difficultés.

M. Lereboullet croit que la déclaration obligatoire aurait plus d'inconvénients que d'avantages. Quant à la désinfection au cours de la maladie, la plus utile dans la tuberculose, elle est irréalisable. Des tentatives très suivies ont été faites à Paris par le Dr Martin. Leur résultat était invariable : alarme rapide des autres locataires de la maison et congé donné au tuberculeux ainsi signalé à toutes les craintes et à tous les soupçons.

Traitement de l'ozène.

M. Hallopeau présente un travail du Dr Etiévant, de Lyon, sur le traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine.

L'hygiène à Madagascar.

M. Kermorgant lit une note sur *l'Assistance médicale et l'Hygiène publique indigènes à Madagascar en* 1904. Si l'Assistance aux indigènes n'a pas subi de grandes modifications en 1904, elle a été surtout marquée par une réglementation définitive, et par son extension à la plupart des circonscriptions administratives de la Côte Est.

Séance du 20 février.

Le sérum antityphique de Chantemesse.

Le Pr Brunon, de Rouen, donne les résultats de ce traitement sur 100 enfants de 3 à 16 ans atteints de fièvre typhoïde. Voici ses conclusions :

1° Dans le service des enfants de l'Hospice général de Rouen, la mortalité par fièvre typhoïde était de 17 °/o avec le traitement des bains.

Elle est tombée à 3 °/o avec le traitement par le sérum et les bains.

2° Tous les malades traités dès la première semaine ont guéri.

Ceux qui sont morts avaient été injectés tardivement : 15e, 16e, 38e jour.

L'injection de sérum divise la marche de la maladie en deux périodes :

L'injection est suivie d'une courte *période de réaction* à laquelle fait suite *la période de défervescence.*

Dans tous les cas injectés près du début, la durée de la maladie a été diminuée, la marche a été normale et sans complications.

Enfin, sur 100 cas, les complications graves ont été rares.

5° D'après les cas observés par nous pendant une période de deux ans et demi, le sérum de Chantemesse a modifié la physionomie classique de la fièvre typhoïde, atténué la maladie dans son ensemble, diminué la durée, diminué les risques de complications et abaissé considérablement le taux de la mortalité.

Le sérum anti-dysentérique.

MM. Vaillart et Dopter montrent les bons effets de ce nouveau sérum : 1° sur les accidents locaux et généraux de la dysenterie ; 2° sur la rapidité de la guérison.

Le sérum antidysentérique agit d'autant mieux qu'il a été injecté tout au début de l'affection. Il influence, cependant, très favorablement les atteintes prolongées.

20 cc. de sérum sont suffisants dans les formes moyennes ; 30 cc. dans les formes sévères ; 40 à 60 cc. d'emblée sont nécessaires dans les formes graves ; si, le lendemain, la détente n'est pas jugée suffisante, de nouvelles doses doivent être réinjectées. Dans les formes extrêmement graves, il ne faut pas hésiter à injecter, dès le premier jour, 80, 90 et 100 cc., et à répéter les injections les jours suivants.

Le sérum antidysentérique constitue, en réalité, le seul traitement spécifique de la dysentérie bacillaire. Il est incomparablement supérieur, en efficacité, à tous les autres traitements habituellement employés.

Suite de la discussion sur la mortalité tuberculeuse.

M. Laveran montre les difficultés des mesures préventives dans une maladie aussi fréquente et aussi endémique que la tuberculose. Les tentatives de désinfection régulière faites à Paris ont eu pour premier résultat de faire expulser partout les tuberculeux.

M. Pinard voudrait non pas la déclaration obligatoire, mais le droit pour les médecins et pour les maires d'ordonner la désinfection. Pourtant, puisque la déclaration existe, M. Pinard voudrait la voir s'étendre à la coqueluche, maladie si souvent très grave. Dans la commune de banlieue dont il est maire, M. Pinard exige l'isolement des coquelucheux étrangers arrivant dans la commune, dans un pavillon spécial de l'hôpital. On évite ainsi de dangereuses contagions.

Les Moustiques.

M. Kermorgant présente à l'Académie, au nom de M. Le Moal, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, un mémoire intitulé : *Etude sur les moustiques en Afrique occidentale française : mesures prophylactiques qui en découlent au point de vue de l'hygiène.*

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février.

Kyste hydatique du foie.

M. Chaput s'est contenté, dans six cas, d'injecter un cent. cube de solution de formol à 40 % ; dans aucun cas il n'y eut de récidive.

Pancréatite chronique.

M. Segond, à propos de la communication de M. Terrier (voir le précédent numéro du *Progrès*), cite le cas d'un malade atteint d'ictère chronique avec douleurs hépatiques et phénomènes infectieux et où la cause des accidents — une pancréatite chronique avec tête pancréatique augmentée de volume — ne fut reconnue qu'à la troisième laparotomie.

A propos du tétanos.

M. Meynier cite le cas d'un malade blessé au doigt et dont la plaie fut saupoudrée de sérum antitétanique sec une heure à peine après l'accident ; malgré cette précaution, le tétanos éclata quelques jours après. Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 fevrier.

Oblitération de la veine cave supérieure.

MM. E. Sergent et Combier, à propos des observations de la dernière séance, montrent le cœur d'un homme, mort à 54 ans de granulie, et ayant présenté, pendant les derniers mois de sa vie, tous les signes de l'oblitération de la veine cave supérieure. Le rétrécissement allait presque à l'oblitération. La veine cave dut être littéralement sculptée dans la masse ganglionnaire médiastinale.

La médiastinite était due à une tuberculose fibro-cavitaire du lobe inférieur du poumon droit.

M. Siredey attribue l'œdème unilatéral à la déclivité par décubitus latéral ; un de ses malades, affecté d'abord d'un œdème du côté droit, présenta de l'œdème gauche après changement du lit et par suite du décubitus.

Cas type de mongolisme.

M. Comby présente un nouveau cas d'idiotie mongolienne typique chez une jeune fille de 6 ans 1/2 : visage arrondi, bouche entr'ouverte, yeux petits, obliques, fendus en amandes. L'épicanthus est très prononcé. Front régulier, tête arrondie, brachycéphale, 46 cm. de circonférence. Cheveux abondants et fins, différents des cheveux épais des myxœdémateux. Langue volumineuse, dépouillée d'épithélium, légèrement fissurée. Pas de rachitisme. Taille 1 mètre, poids 15 kilos. L'enfant est agitée, nerveuse, très arriérée. Mère et père sont bien portants. Pas d'autres enfants.

Accouchement normal, pas de fausses couches. Comme incidents de la grossesse, grande frayeur au deuxième mois.

M. Guinon fait observer que, dans quelques cas de mongolisme, on a trouvé chez les générateurs des troubles psychopathiques. Le diagnostic ne lui semble pas aussi sévère qu'à M. Comby, ces idiots étant susceptibles d'être améliorés par un traitement convenable.

M. Queyrot demande si on a recherché la syphilis chez les parents. M. Comby n'en a pas trouvé d'indices. La langue scrotale ne lui paraît pas forcément d'origine hérédo-syphilitique. M. Siredey est du même avis.

Œdème pulmonaire au cours d'infections pulmonaires.

MM. Caussade, Milhit et J. de Jong rapportent des observations d'œdème pulmonaire fébrile (38°5-39) survenu au cours de bronchites, congestions, pneumonies et tuberculoses. Différent de l'œdème aigu, il débute sournoisement et n'est dépisté qu'à l'autopsie. D'autres fois, il donne lieu à un point de côté. L'expectoration facile est abondante, albumineuse. L'œdème dure 15, 20 jours et survit à l'affection concomitante.

M. Ménétrier rappelle sa thèse sur l'œdème pulmo-pneumococcique. M. Carnot attribue également au pneumocoque un rôle pathogénique important.

Pseudo-rhumatisme infectieux à enterocoque.

MM. Ménétrier et R. Duval donnent l'observation d'un pseudo-rhumatisme, aboutissant à la suppuration. Dans le pus prélevé après la mort on trouve l'entérocoque de Thiercelin à l'état pur. Les cultures et l'inoculation donnèrent également le même microbe. On l'a trouvé dans les reins. Il s'agissait donc d'une véritable septicémie entérococcique.

Friedel.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 15 février 1906.

Présentation d'un enfant porteur d'un bec-de-lièvre cicatrisé congénital.

M. Macé. — On voit sur la lèvre supérieure une trouée cicatricielle donnant l'impression d'une opération de bec-de lièvre.

M. Bouchacourt a vu deux cas semblables.

Présentation d'une pièce de distension vésicale chez le fœtus.

M. Herbinet. — La distension est due à l'absence d'urèthre ; l'intestin s'abouche dans la vessie. D'autre part, les organes génitaux externes existent. Un autre fœtus de 4 mois environ présente également de la distension de la vessie.

M. Brindeau craint qu'en pareil cas, il puisse y avoir oligamnios.

De la pression artérielle pendant la grossesse et les suites de couches.

M. Vaquez. — Pendant la grossesse, la tension est de 12, 13 ou 14 cm. ; pendant l'accouchement, cette pression qui monte à 19 ou 20 au début, redescend ; elle s'élève de nouveau vers 23 ou 24, et retombe à 16 ou 17. Lors de la délivrance, nouvelle hypertension, puis la pression revient à la normale dès le lendemain ; il n'y a donc pas d'hypertension physiologique pendant les suites des couches, pas plus que pendant la grossesse ; seul, l'effort de l'accouchement la produit momentanément.

Tension artérielle dans l'éclampsie.

MM. Vaqurz et Lequeux. — Sur 9 cas, il y a hypertension de 6 à 13 cm. ; c'est-à-dire que la pression est montée, au lieu de 12 à 14, de 19 à 27 cm. Donc toute femme qui présente de l'hypertension est menacée d'éclampsie ; tant que la tension n'est pas revenue à la normale, on ne peut pas considérer la malade comme guérie.

Un cas d'éclampsie tardive.

M. Vaquez. — L'éclampsie éclata chez une femme lors du retour de couches ; les accès furent nombreux, mais la femme guérit. Ces cas sont rares ; on en a signalé cependant.

M. Bonnaire n'attache, ainsi que M. Vaquez, aucune valeur thérapeutique à la ponction lombaire dans l'éclampsie.

Du consentement préalable des malades en matière d'intervention.

M. Picqué estime qu'il n'y a pas lieu de passer outre à la volonté de la malade.

Excitation de la polynucléose par le sérum de Petit, dans les infections puerpérales.

M. Petit. — Dans 17 cas d'infection puerpérale, R. Petit a expérimenté la production artificielle de la polynucléose par le sérum de cheval chauffé. L'utérus étant vide, on y place une mèche imbibée de sérum et contenant du sérum en poudre. Dans le liquide gluant qui s'écoule, on voit un très grand nombre de polynucléaires contenant les microbes dans leur protoplasma.

Ce sérum, excellent milieu pour la vie cellulaire, est un mauvais milieu de culture pour les germes.

Musculature d'un membre malformé chez un hémimèle.

M. Faix (présentation de la pièce). Cyrille Jeannin.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr F. RAMOND

I. — **Nouvelles idées sur la matière** ; par LÉON MAX. (Rousset éd. 1904, Paris.)

C'est dans un petit volume de 40 pages seulement que l'auteur fait le procès de beaucoup d'idées courantes sur la matière ; c'est dire qu'il procède trop par affirmation, pas assez par démonstration, chose d'ailleurs encore bien difficile quoique prétende M. Max.

II. — **La guérison du cancer** ; par de BACKER. (Maloine, éditeur, Paris, 1905.)

Il s'agit toujours de la thérapeutique par les levures, qu'étudie l'auteur depuis plus de 15 ans. Mais ce ne sont pas des levures banales, telles que la levure de bière ; ce sont des levures extraites — plus ou moins aseptiquement — des viscères de fœtus animaux, et cultivées dans de l'eau sucrée. Pour de Backer, leur action sur le cancer est des plus simples ; elles enlèvent à la tumeur le glycogène qu'elle renferme en abondance ; celle-ci ne peut plus végéter, d'où sclérose, puis guérison. Mais à ce compte, il y a tout lieu de craindre que les levures ne se bornent pas à dévorer le seul glycogène des tumeurs. Et alors... ?

III. — **Rapport sur les recherches faites sur le cancer** ; sous la direction du *College royal de Londres*. (Librairie Taylor et Frances, Londres 1904.)

Ce premier rapport résume les travaux de MM. Bashford et Murray ayant trait à la distribution zoologique du cancer à sa transmissibilité, et aux divers caractères histologiques des tumeurs en voie d'accroissement. De nombreuses figures très claires et très nettes ajoutent à l'intérêt de ce consciencieux rapport.

IV. — **Traitement par les rayons X de la leucémie** ; par CAPPES et SMITH. (*The Journal*, A. M A., 24 septembre 1904.)

Cette thérapeutique ne s'applique pas aux leucémies aiguës, qui n'en retirent aucun bénéfice ; en revanche, elle améliore les leucémies chroniques, surtout à type splénomégalique. Il ne semble pas que l'amélioration obtenue soit définitive, mais seulement provisoire.

V. — **Influence des infections sur la marche de la leucémie** ; par DOCK. (*The amer. Journ. of the med. Sciences*, avril 1904.)

Cette influence est assez variable. Souvent cependant, au cours d'une complication infectieuse, telle que pneumonie, grippe, etc., on voit la leucocythémie diminuer, en même temps que le foie, la rate et les ganglions tendent à reprendre leur volume normal. Il y a donc parfois une amélioration apparente ; mais si le leucémique survit à l'infection, la récidive est de règle. L'auteur se demande si l'on ne pourrait pas, dans ces conditions, traiter la leucémie par des injections de toxines microbiennes, dont la dose pourrait être graduée ; ces recherches seraient tentées, peut être avec succès, sur des animaux atteints de leucémie.

VI. — **Observation d'un fibromyome utérin envahi par un adéno-carcinome** ; par Ch. NOBLE. (*The am. Journ. of Obst.*, 1994, n° 13.)

VII. — **Statistique personnelle sur les opérations pratiquées sur des diabétiques** ; par Ch. NOBLE. (*The am. med.*, 1903, n° 3.)

L'auteur met ses malades au régime antidiabétique avant toute opération; dans ces conditions, les résultats opératoires sont satisfaisants. On ne doit cependant pas opérer un diabétique arrivé à la phase de cachexie. F. R.

VIII. — **Travaux du laboratoire biologique de Manille**. (Publication du ministère de l'intérieur, Manille, 1904.)

Il serait trop long d'analyser chacun des mémoires publiés; disons qu'ils se recommandent tous par leur sincérité, leur indépendance des influences officielles ; car leurs auteurs n'hésitent pas à critiquer s'il le faut les pouvoirs publics. Signalons en passant les travaux qui nous ont paru les plus intéressants.

La peste existe-t-elle à l'état endémique à Manille ; par Maximilian HERZOG et Ch. HARE.

La péri-pneumonie bovine ; par P. WOOLLEY et W. SORRELL.

La maladie de Pinto (sorte de dermatomycose) ; par P. WOOLLEY.

Sur la Frambœsia (sorte de dermatite simulant la lèpre) ; par P. WOOLLEY.

Quelques remarques sur la biologie du spirille du choléra ; par W. WHERRY.

Rapport entre la virulence des microbes et leur pouvoir immunisant ; par R. STRONG.

Etude sur la vaccination cholérique ; par R. STRONG.

IX. — **Travaux de l'Institut de pathologie d'Helsingfors**, réunis sous la direction du professeur HONIEU. (G. Fischer, édit. Iéna 1902.)

TITRES DES PRINCIPAUX TRAVAUX :

Action de quelques bactéries et de leurs toxines sur les nerfs périphériques, les ganglions spinaux et la moelle ; par le professeur HONIEU.

Rôle favorable du trauma dans la localisation de lésions du cerveau par des microbes ; par E. EHRNROOTH.

Action de quelques bactéries et de leurs toxines sur le foie ; par M. BJÖRKSTEN.

Action du staphylocoque et de sa toxine sur les muscles ; par M. BJÖRKSTEN.

Action de certaines bactéries sur les reins ; leur filtration par le rein ; par O. STRENG.

Action des staphylocoques sur les poumons ; par J. SILFVAST.

Etude des toxines cachectisantes ; par O. STRENG.

X. — **L'érythrobacillus pyosepticus et les bactéries rouges** ; par L. FORTINEAU. (Th. Paris 1904, Jouve, édit.)

Le bacille fut isolé par Fortineau au cours de recherches bactériologiques sur la désinfection du linge de corps ; il se montre pathogène pour tous les animaux de laboratoire. Peut-être devient-il virulent pour l'homme, et est-il la cause de certaines formes de panaris rouges ? Il subit de profondes modifications par son passage dans des milieux contenant une faible dose d'antiseptique. L'auteur termine son consciencieux travail par l'étude de diverses bactéries rouges jusqu'ici signalées.

XI. — **Contribution à l'étude de la mioclonie** ; par J. VALOBRA. (Union typographique, édit. Turin, 1904.)

Il existe une mioclonie infectieuse, due à des toxines microbiennes, mais agissant toujours sur un terrain prédisposé par une dégénérescence nerveuse acquise ou héréditaire. Cette forme permet d'englober dans une même grande classe les mioclonies connues et la chorée, car elle leur sert de transition.

XII. — **Recherches expérimentales sur les modifications du sang après les injections de sérums thérapeutiques et de sérum normal** ; par H. KUCHARWZEWSKI. (*Arch. Int. de Pharmacodynamie*, 1904.)

L'action secondaire des sérums observée souvent à la suite d'injections est due à l'influence des sérums, et non aux antitoxines qu'ils renferment. Le sérum antidiphtérique, pris comme exemple, provoque un léger abaissement de la quantité d'hémoglobine et des hématies ; les petites doses ne provoquant aucune modification des leucocytes ; les grosses doses produisent au contraire une certaine leucocytose, celle-ci étant surtout du type lymphocytaire ; le sérum antitétanique semble provoquer plus tôt la polynucléose, tout comme le sérum antistreptococcique.

XIII. — **L'anémie ankylostomiasique des mineurs** ; par A. MANOUWICZ. (Rousset éd., Paris, 1904.)

« L'avenir appartiendra au pays qui produira le plus de houille, disait, il y a plus d'un siècle, le célèbre Peel ; mais, ajoutait-il, celui-là en produira le plus qui assurera le mieux la vie et la santé des ouvriers. » L'humanité et l'égoïsme s'associent donc ici, et justifient l'importance que l'on accorde à l'hygiène du mineur, dont un des fléaux les plus terribles est certainement l'ankylostomiase. M. Manouvrier, comme conclusion de son étude sur l'anémie des mineurs, conseille une série de précautions hygiéniques des plus rationnelles qui tendent de plus en plus à être appliquées.

XIV. — **Précis du paludisme** ; par J. Crespin. (1 vol. Maloine, édit. Paris, 1905.)

Ce livre vient à son heure, alors que les entreprises de colonisation si en vogue sont contrariées surtout par leur éternel ennemi, le paludisme. Tout praticien, comme tout colonial, a besoin d'avoir, condensées en quelques pages clairement écrites, les questions qui se rattachent au paludisme, maladie ubiquitaire par excellence ! Les découvertes récentes sur la transmission de la maladie par le moustique, sur les diverses formes de l'hématozoaire, les déductions touchant le traitement et la prophylaxie sont exposées avec beaucoup d'exactitude, et les idées de l'auteur, tout en corroborant les opinions admises, donnent à cet ouvrage un caractère original, qui en augmente l'attrait. Les graphiques et la planche en couleur qu'il renferme, rendent encore sa compréhension plus facile.

XV. — **Hématologie et cytologie cliniques** ; par E. Lefas. (1 vol. J.-B. Baillière éd. Paris 1904.)

De plus en plus, les recherches de laboratoire deviennent indispensables au clinicien. Mais le moyen, au milieu des occupations de clientèle, souvent loin de tout centre d'information, de se mettre, puis de se tenir au courant des nouvelles découvertes ? Un des meilleurs est certainement la lecture du petit manuel de M. Lefas, conçu en dehors de toute idée dogmatique sur la nature ou la genèse des éléments cellulaires, ne traitant que des procédés de technique véritablement pratiques, qui ont fait leurs preuves, et à l'aide desquels on peut obtenir des constatations sérieuses, commodes et précises. On y trouvera également toutes les données acquises en clinique sur la cytologie ; et de nombreuses figures, soit en noir, soit en couleur, permettront au praticien le plus inexpérimenté de pouvoir lire sans trop de difficultés une préparation quelconque de sang ou de cellules exsudées.

XVI. — **L'arthritis avec ses diverses manifestations : rhumatisme, goutte, diabète, artério-sclérose, neurasthénie, affections nerveuses, asthme, calculs, etc., est une maladie générale, microbienne, transmissible. Prophylaxie, traitement** ; par Théophile Guyot. Préface de E. Besnier. (1 vol. Steinheil, éd. Paris, 1905, 2e édit.)

La première édition de cet intéressant travail a été analysée ici-même, il y a à peine un an. Le succès qui l'accueillit dès le début est le meilleur éloge ; et l'auteur a dû faire paraître une seconde édition, dont la vogue sera tout aussi grande. On connaît maintenant la théorie hardie de M. Guyot : l'infection, dont la porte d'entrée est variable, est la source de tout le mal ; elle nous explique l'artério-sclérose tout d'abord. Mais à côté de cette infection sanguine, il existe un fond d'autres infections, celles des voies respiratoires et digestives, susceptibles de se combiner à la première, pour produire asthme, emphysème, lithiases, dermatites, arthrites sèches, inflammations nerveuses. Ce qui caractérise surtout ce second travail, c'est l'adjonction de nouvelles observations confirmatives, et surtout de recherches microbiennes qui donnent à l'ouvrage un appui scientifique souvent indiscutable. Sans doute il serait prématuré de prétendre que la démonstration est complète : — peut-être aussi l'auteur n'insiste-t-il pas assez sur l'influence de l'hérédité, du terrain, des sécrétions toxiques de quelques glandes, dont la surrénale. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup des manifestations arthritiques, telles que les lithiases, sont d'essence nettement infectieuses ; et il n'est pas impossible que ce qui est démontré pour les lithiases ne devienne pas aussi évident pour la plupart des autres complications arthritiques.

XVII. — **Les médications préventives** ; par Nattan-Larrier. (1 vol. des *Actualités médicales*, Baillère, éd., Paris, 1905.)

L'auteur étudie les deux principales, la sérothérapie et la bactériothérapie ou vaccination ; il passe en revue les infections qui semblent en avoir tiré un certain avantage, la diphtérie en première ligne ; puis le tétanos, la peste et le choléra.

XVIII. — **Les maladies des pays chauds ; prophylaxie et hygiène ; avec un appendice traitant de la vie au Brésil** ; par C. Muzio. (1 vol. de la collection Hœpli. Hœpli, éd., Milan, 1904.)

XIX. — **Précis élémentaire d'anatomie pathologique** ; par A. Poulain. (G. Steinheil éd. Paris 1905.)

Ce livre de pratique est destiné à l'étudiant désireux d'apprendre les matières de son programme ; aussi renferme-t-il l'abrégé des connaissances nécessaires au diagnostic histologique, à l'œil nu et au microscope, des lésions principales de tous les organes. Les discussions théoriques sont réduites à leur plus simple expression, de même que l'étude de la technique, utile seulement aux étudiants des laboratoires.

BIBLIOGRAPHIE

Le poignet et les accidents du travail ; par le Dr Destot. Paris 1905. (Vigot frères, édit.)

Dans une plaquette de 136 pages, notre confrère Destot fait une étude complète des fractures du poignet. Après avoir insisté sur l'utilité de la multiplicité des épreuves radiographiques d'une même région prise sous différents aspects, afin d'avoir une idée bien nette de la disposition anatomique normale ou pathologique de l'organe blessé, l'auteur met en garde contre les anomalies ou les vices de photographie susceptibles d'induire en erreur quiconque est peu accoutumé à la lecture de ces épreuves.

Faisant ensuite table rase de toutes les données physiologiques que nous avons jusqu'à présent apprises à connaître dans nos classiques dont la clarté, soit dit en passant, n'est pas la qualité dominante, Destot montre que le grand os est en quelques sorte la clef d'une voûte formée par l'ensemble du carpe.

Par sa forme et par sa position, le grand os qui se peut mettre dans toutes les positions est le pivot autour duquel évolue le poignet pour prendre toutes les positions : flexions, extension, rotation, pronation et supination que prend la main évoluant à l'extrémité du bras.

Le scaphoïde, sorte de cale, limite des mouvements trop étendus empêchant ainsi une exagérée distension des ligaments et des tendons qui passent à ce niveau.

Destot examine ensuite les fractures de l'extrémité inférieure du radius en insistant sur l'utilité pour le praticien de connaître la situation du segment inférieur par rapport au segment supérieur, le traitement en découlant aussi bien au point de vue de la réduction qu'au point de vue des soins consécutifs à celle-ci.

Souvent, fait-il remarquer, un fragment d'os qui ne peut reprendre sa place primitive gêne l'évolution de la guérison et nécessite une intervention sanglante. Il faut le savoir et surtout y penser pour éviter des déboires ultérieurs, ainsi qu'une accusation d'ignorance portée contre le médecin par les profanes qui s'imaginent qu'il suffit d'examiner consciencieusement la fracture pour vaincre toute difficulté.

Les fractures et entorses du scaphoïde sont l'objet d'un chapitre spécial dans lequel Destot fait rentrer l'étude des fractures des autres os du carpe. La luxation en avant du semi-lunaire et la subluxation en arrière du scaphoïde sont longuement étudiées, ainsi que les luxations médiocarpiennes, toutes choses pour lesquelles une intervention sanglante s'impose souvent pour tout remettre en place.

L'auteur dans un chapitre spécial étudie les cas exceptionnels rares à la vérité, mais qu'il n'en faut pas moins connaître.

Le diagnostic différentiel fait l'objet d'une longue critique de laquelle il ressort que le pronostic bénin des fractures de l'extrémité du radius est un leurre. Destot le démontre avec preuves cliniques à l'appui et insiste sur la prudence dont l'expert ne devra jamais se départir en matière d'accident du travail.

Tel cas, dit-il en substance, qui semblait anodin, a donné plus tard naissance à des troubles très importants. Il faut reconnaître que la plupart du temps il s'agissait d'une lésion du carpe prise au moment de l'accident pour une lésion du

radius. Il a fallu parfois recourir à une résection osseuse pour remettre toute chose en place tout en laissant subsister une incapacité de travail assez forte.

Ce mémoire bourré de documents ne peut, malgré sa clarté, être analysé en détails. Il faut le lire et le relire pour être pénétré de son importance. Les lésions du poignet sont peu connues, pour ne pas dire inconnues. Peu de régions donnent plus facilement lieu à des erreurs de diagnostic et à un pronostic plus sombre. Tous ces ennuis peuvent, par bonheur, être facilement évités à la condition de porter un bon diagnostic, chose moins difficile, grâce à la radiographie. Le traitement qui en découle amène presque toujours une amélioration si sensible que le pronostic s'atténue au point d'en devenir presque bénin.

Dr Thébault.

Le Sud-Ouest parisien. Tuberculose et tuberculisation; par le Dr Boureille, avec la collaboration des médecins et assistants du Dispensaire antituberculeux du S.-O. parisien.

Cette étude comprend l'examen social, médical et bactériologique de 1213 personnes indigentes, parmi lesquelles 369 tuberculeux, habitant presque toutes le XVe arrondissement de Paris (Vaugirard). Les observations sociales prises par le Dr Boureille, directeur, et M. Desclefs, assistant social, ont porté sur l'habitation, l'alimentation, les conditions de travail et les ressources, l'immigration. Elles montrent que ces 1213 personnes habitent des logements où l'air et le soleil ne pénètrent presque jamais et que leurs ressources sont souvent insuffisantes. Qu'il nous suffise de citer les deux points suivants, parmi les nombreuses statistiques de ce travail. 1° Presque toutes les personnes examinées habitent les étages inférieurs de maisons de 5 et 6 étages, entourées elles-mêmes de maisons semblables. L'étendue de l'espace respirable et lumineux y est presque toujours insuffisant. 2° Nous trouvons 131 chômeurs sur 369 tuberculeux. Les salaires de ceux qui travaillent ne dépassent pas, dans 58 cas sur 71.800 fr. par tête et par an, et dans 229 sur 370, 2 fr. par jour et par tête. L'étude sociale en bloc des quartiers où habitent ces 1.213 personnes montre qu'elles ne sont pas l'exception, mais une simple moyenne dans ce milieu.

L'examen médical pratiqué par les Drs Guilloteau, chirurgien, Acheray et Boutes, médecins du dispensaire, fait assister aux signes constatés chez les 369 reconnus tuberculeux. L'examen bactériologique et chimique, fait sous la direction de M. Sautier, chef du laboratoire, montre un nombre relativement faible de bacillaires. Enfin, les auteurs font constater les résultats obtenus : crachoirs, désinfection de 153 logements, désinfection hebdomadaire du dispensaire, isolement des contagieux, déménagement de 52 familles, améliorations obtenues dans 60 immeubles, congés accordés à des militaires, congés payés par le patron à 41 malades, réduction des heures de travail, salubrité des ateliers, envoi d'enfants à la campagne, 28 conférences dans les quartiers contaminés, secours accordés à 53 familles, 62 malades envoyés à la campagne, 6 en sanatorium, 9 dans les services spéciaux de tuberculeux. Telle est l'œuvre, surtout sociale, accomplie par le dispensaire préventorium du 61, boulevard Garibaldi à Paris. Ce préventorium parisien est affilié à la Fédération anti-tuberculeuse française et subventionné par la Ville de Paris.

THÉRAPEUTIQUE

L'emploi thérapeutique de l'Hélénine dans les hôpitaux.

« J'ai expérimenté l'Hélénine à l'hôpital sur un certain nombre de malades, dit Audhoui, médecin des hôpitaux, dans la *Thérapeutique contemporaine* (avril 1882). Le malade rend moins de crachats, expectore plus aisément, respire mieux, voit la toux diminuer, et, par conséquent, disparaître la douleur de poitrine, l'agitation, l'insomnie. » Et Chéron, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, ajoute dans sa *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* que l'action de l'Hélénine est immédiate.

L'Hélénine s'administre à la dose de 2, 3, ou 4 globules, du Dr de Korab, par jour.

VARIA

L'assistance médicale et la vaccine en Afrique occidentale.

Le *Journal officiel* de l'Afrique occidentale française, dans son numéro du 25 janvier dernier, annonce que le budget prévoit la création pour l'année 1906 de treize nouveaux postes d'assistance médicale indigène qui seront confiés à de jeunes docteurs français.

C'est la continuation de la grande œuvre d'hygiène et de salubrité entreprise par M. Roume. Un nouvel arrêté la complète en organisant le recrutement et l'instruction d'aides-médecins indigènes. Ils seront destinés à rester sous la surveillance du médecin européen dont ils ne doivent être que les auxiliaires.

Pour être réellement utiles, ces aides seront recrutés localement dans la colonie où ils doivent servir. Leur instruction et leur dressage doivent être l'œuvre des médecins qui les emploieront.

Le bagage scientifique qui leur est nécessaire doit être tout pratique. Ils peuvent l'acquérir en servant en qualité d'élèves auprès des médecins de l'assistance médicale indigène, dans les consultations et dans les dispensaires dont ceux-ci sont chargés. Un stage hospitalier de quelques mois suffira pour coordonner et généraliser utilement les connaissances qu'ils auront acquises auprès de leur premier instructeur.

Un examen probatoire, passé au chef-lieu après ce stage, leur donnait, avec le titre définitif d'aides-médecins indigènes, l'investiture nécessaire pour être employés au service de l'assistance indigène.

Désignés pour servir dans une circonscription, il appartiendra à chaque colonie de leur faire une situation qui leur permette de mener une vie honorable dans le milieu indigène où ils devront être placés.

Ils prendront leur part dans les soins à donner aux indigènes, et seront des agents de pénétration et d'information précieux. Ils aideront leurs chefs à lutter contre les pratiques des marabouts ou des féticheurss, répandront leur influence et deviendront des propagateurs de premier ordre pour les idées civilisatrices que nous nous efforçons de répandre en Afrique.

Un autre décret décide qu'il sera créé, dans chaque colonie, au moins un institut vaccinogène, qui aura pour mission de produire, à l'aide de génisses inoculées, le vaccin nécessaire aux besoins de la colonie. En effet, le vaccin importé de France ou même de Saint-Louis, en tubes, n'est pas « acclimaté ». La lymphe devient stérile et les insuccès sont alors fréquents.

(*Le Temps.*)

Hygiène des stations hydro-minérales.

Le Dr Lucien Graux, 95, av. Kléber, membre de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques du ministère de l'Intérieur et chargé par la Sous-Commission d'hygiène de réunir tous les documents concernant l'hygiène des stations hydrominérales et climatiques serait heureux de recevoir tous les documents concernant cette question. (Rapports, travaux, arrêtés).

L'alimentation suffisante d'un homme et son prix de revient.

Il paraît que les Parisiens d'il y a 60 ans consommaient à peine chacun 20 kilogr de viande par an ; aujourd'hui, le chiffre aurait doublé (38 kilogr par tête et par an en 1905). Est-ce à cela que l'on doit la fréquence des appendicites et des entérocolites ? Le *Matin*, à propos de cette constatation, a demandé au Pr Armand Gautier son avis sur l'alimentation de l'homme. L'espèce humaine, a-t-il répondu est omnivore par son instinct, par sa dentition, ses sécrétions, surtout par son besoin d'activité.

D'après M. Armand Gautier, les Hindous porteurs de dépêches parcourent, chaque jour, vingt lieues, allant de villes en villes, et ne mangeant que du riz. Les paysans roumains et russes travaillent aux champs de seize à dix-huit heures et ne mangent que des légumes, du pain noir ou de la polenta, un

peu de fromage et d'ail. Les mineurs de l'Amérique du Sud, les soldats turcs, les portefaix de Salonique et de Constantinople, tous hommes rudes qui transportent des fardeaux très lourds, ne vivent que de légumes cuits, de riz, de figues, ne touchent presque pas à la viande et ne boivent pas de vin.

Des trois régimes : carnivore, semi-carnivore, et anticarnivore ce dernier est le moins cher. Un homme pourrait se nourrir avec 70 centimes par jour par le régime semi-carnivore, et avec 35 centimes s'il est végétarien absolu.

Le régime végétarien absolu ne répond pas bien aux besoins et aux intérêts des races européennes. Mitigé par l'adjonction du lait, de la graisse, du beurre, des œufs, il a de grands avantages. Il alcalinise le sang, accélère les oxydations, diminue les déchets organiques et les toxines qui nous empoisonnent. Ce régime moyen, qui emprunte au régime animal fort peu d'éléments, épargne les maladies de la peau, l'arthritisme, les congestions des organes internes. Il tend à transformer les peuples, à les rendre pacifiques et non pas agressifs et violents. Il est pratique et rationnel.

M. Armand Gautier déclare qu'il doit être accepté si l'on poursuit l'idéal de la formation et de l'éducation de races douces, intelligentes, artistiques, et cependant prolifiques, vigoureuses et actives.

Quels que soient les avantages hygiéniques du végétarisme, dit le *Matin*, qui poursuit à ce sujet son enquête, il y a des gens qui préfèrent une nourriture plus variée. Ils peuvent se satisfaire sans dépasser les chiffres modestes. Une famille de six personnes consommant 1.500 grammes de viande par jour, six œufs et la quantité de légumes, de pain et de lait nécessaire pour compléter ces premiers éléments, peut vivre facilement pour 4 francs par jour. La dépense est au-dessous de 70 centimes par tête et par jour, et la quantité de viande consommée dépasse de plus de moitié la moyenne indiquée pour l'année 1905. Elle s'élève à 89 kilos par tête et par an au lieu de 38. Pour des personnes qui se contentent de la moyenne et absorbent seulement 50 grammes de viande par repas, soit 100 grammes par jour et 36 kilos par an, le prix de la nourriture s'abaissera sensiblement. Il tombe à 23 centimes par repas, 46 centimes par jour dans une famille de six personnes. Il s'abaisse davantage encore quand le nombre des repas préparés ensemble devient plus élevé. Une expérience récente, dont les résultats sont contrôlés et certains, permet d'affirmer qu'un restaurant populaire fournissant 300 repas de potage, pain, plat de viande et plat de légumes par semaine, peut, en couvrant toutes ses dépenses, y compris le loyer, le service, le chauffage et l'éclairage, fournir des repas à 21 centimes l'un. Si le chiffre des repas servis s'élève à 500 par semaine, le prix net de revient s'abaisse à 18 centimes et demi.

Ces chiffres démontrent qu'il n'est pas nécessaire de réformer complètement son régime pour vivre avec 37 centimes par jour d'une façon hygiénique et satisfaisante.

Nous ne discuterons pas les chiffres donnés par le savant rédacteur du *Matin* ; mais si théoriquement ils sont admissibles, dans la pratique ils reçoivent chaque jour de nombreux démentis.

Installation du Conseil supérieur d'Hygiène.

Depuis le vote de la loi du 24 janvier dernier, le Conseil supérieur d'hygiène a été reconstitué. Il comprend comme membres de droit les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, de Lyon, Nancy, Toulouse, Montpellier, et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes.

La séance d'installation a eu lieu, lundi 19 février, dans l'après-midi, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le Dr Dubief, ministre de l'intérieur, qui, dans une allocution, a indiqué le rôle des nouveaux membres du Conseil :

« Ils devront, a-t-il dit, apporter au conseil le tribut de leur expérience, la connaissance des besoins régionaux et ils devront apporter aussi dans leur département l'écho des délibérations du conseil, créer des centres d'activité scientifique en harmonie avec celui de la capitale. Ces professeurs d'hygiène dans les facultés et écoles de Paris et des départements joueront un rôle essentiel ; les progrès de l'hygiène se mesureront au degré de connaissances qu'ils feront acquérir aux générations nouvelles. Ils prépareront ceux qui auront pour tâche dans l'avenir d'assurer la complète application de notre législation de 1902, dont on peut attendre le plus grand bien pour la chose publique, le jour où seront dissipées les résistances opposées par l'égoïsme des uns, l'indifférence du plus grand nombre. En dépit d'un retard très fâcheux, il y a lieu de penser que, dans un bref délai, sera promulgué le dernier règlement d'administration publique prévu par la loi de 1902, le dernier et le plus délicat et le plus utile peut-être, celui qui, dans chaque ville de plus de 20.000 habitants, organisera un service municipal de désinfection et un service départemental pour l'ensemble des autres communes moins peuplées.

Le 3 janvier dernier, a été promulgué le règlement d'administration publique relatif à « l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène ». Vous avez, dans la séance de ce jour, à terminer cette œuvre législative, puisque le décret laisse au conseil supérieur le soin de déterminer quelles sont les « personnes aptes » à remplir le rôle de directeurs de ces bureaux d'hygiène et parmi lesquelles les maires pourront exercer leur choix. Vous aurez à arrêter aujourd'hui la procédure que vous jugerez utile d instituer pour vous acquitter du rôle particulièrement délicat que ce décret vous a dévolu.

Sans aucun doute le choix de ces directeurs des bureaux d'hygiène a une importance capitale : les conditions sanitaires d'une ville pourront être en quinze ou vingt ans transformées si ce bureau est confié à un homme sachant unir la compétence scientifique au souci des nécessités administratives.

La suppression de Saint-Lazare.

Le conseil supérieur des prisons a, sur un rapport de M. Boudenoot, sénateur du Pas-de-Calais, décidé la suppression de la maison de Saint-Lazare qui sera remplacée par une prison pour femmes que l'on construira à Ivry. Le conseil supérieur n'a voulu statuer que sur la prison de droit commun. Il s'est énergiquement opposé à la réunion de la prison de droit commun avec l'établissement administratif et le dispensaire où l'on maintient administrativement des malades (au nombre de 723 en 1904). M. Boudenoot a montré la nécessité de considérer les malades comme des malades et non comme des criminelles. N'est-il pas étrange d'être obligé encore au XXe siècle, de proclamer cette nécessité et de constater que notre administration a conservé des traditions médicales aussi barbares, traditions qui choquent à la fois le sens commun et la dignité humaine.

M. Boudenoot a terminé son rapport par les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu d'admettre, pour remplacer la prison actuelle de Saint-Lazare, ni en principe ni en fait, un seul établissement réunissant dans une même enceinte générale, bien que séparés par une rue intérieure, ainsi que sous une même direction constituant une unité administrative du service pénitentiaire : le quartier pénitentiaire, le quartier de détention et les services hospitaliers qui sont actuellement groupés à Saint-Lazare ;

2° Il convient, au contraire, d'édifier une maison d'arrêt et de correction pour femmes, absolument séparée et distincte de l'établissement qui sera affecté aux services administratifs et hospitaliers ;

3° Cette maison d'arrêt et de correction peut être établie à Ivry-sur-Seine.

Le conseil supérieur des prisons a adopté à l'unanimité ces conclusions.

Sur la proposition de M. Grimanelli, de M. Sarrien et de M. Baudoin, procureur général à la Cour de cassation, le conseil, avec l'assentiment de M. Boudenoot, a ajouté :

Le conseil supérieur, en adoptant ces conclusions sur la seule question dont il se considère comme saisi au point de vue pénitentiaire, n'entend préjuger dans aucun sens la question, qui lui échappe, du caractère à donner, dans un intérêt général dont l'Etat ne peut se désintéresser, à l'établissement séparé qui devra remplacer la section administrative de la maison de Saint-Lazare.

Espérons que Saint-Lazare une fois disparu, et que les criminelles auront été dotées d'une nouvelle prison, les malades seront rendues à l'hôpital et que le médecin n'aura plus à réclamer pour le traitement de ses malades le concours des gardes-chiourme. J. Noir.

La responsabilité des infirmiers.

Un huissier parisien, M. Philippe Ormaux, plaidait, hier, à l'audience de la septième chambre du tribunal, contre le directeur d'une Société d'infirmiers, auquel il réclamait une somme de 1,000 francs de dommages-intérêts.

Il soutenait que le directeur avait engagé sa responsabilité en lui envoyant comme infirmier *un homme qui ignorait sa profession* et qui lui aurait fait superficiellement trois piqûres de quinine à la jambe gauche, au lieu de les faire sous la peau, ainsi qu'il convient. Après plaidoiries de Mes Gatineau et Albert Roux, le tribunal, présidé par M. Uciani, de répondre :

Attendu que Ormaux n'établit pas qu'en demandant un infirmier il ait indiqué que cet infirmier devait avoir les connaissances nécessaires pour pratiquer les injections hypodermiques : — que l'injection hypodermique constitue une opération de « petite chirurgie » qui, d'après les usages reçus, doit être faite par le médecin lui-même ou en sa présence et sous sa surveillance directe ; — qu'elle peut, lorsqu'elle est pratiquée par une personne n'ayant pas les précautions nécessaires, provoquer chez les malades des accidents graves ; — que cette opération ne rentre pas dans les soins que l'infirmier doit donner pour assurer l'exécution des prescriptions du docteur.

L'huissier perd donc son procès. (Journaux politiques de février 1906.)

Ce fait montre la nécessité pour ceux qui veulent exercer la profession d'infirmier — et il en est de même pour les femmes — de suivre les cours des Ecoles d'infirmiers et d'infirmières, d'assister aux *exercices pratiques* et de faire un stage dans un service de médecine et de chirurgie.

Statuts de la Société belge pour la propagation de la crémation.

Article premier. — La *Société belge pour la propagation de la crémation*, fondée en dehors de toutes préoccupations religieuses ou politiques, a pour but : 1° de propager, en Belgique, la coutume de l'incinération des cadavres ; 2° de faire toutes études sur la pratique de l'incinération ; 3° d'obtenir la reconnaissance légale de l'incinération facultative des cadavres. Elle agira par voie de conférences, de tracts, de brochures, de journaux, de concours, d'expositions, etc. Elle créera une bibliothèque à l'usage de ses membres.

Art. 2. — Les personnes majeures appartenant aux deux sexes peuvent être admises, par la commission administrative, en qualité de membres de la société. Par le fait de leur adhésion, les membres ne s'obligent nullement à prendre des dispositions en vue de faire pratiquer sur eux-mêmes, à leur décès, l'incinération. La commission administrative peut exclure tout membre qui ne remplit pas ses obligations financières envers la société ou qui agit contre les intérêts de celle-ci. Le membre démissionnaire ou exclu perd tous ses droits sur l'avoir social.

Art. 3. — Les membres adhérents payent une cotisation annuelle d'un franc ; les membres titulaires versent cinq francs au moins, les membres donateurs font un versement unique et minimum de cent francs.

Art. 4. — La société est administrée par une commission composée d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire-général, d'un secrétaire-adjoint, d'un trésorier et de trois membres. Cette commission est élue annuellement par l'assemblée générale qui se réunit obligatoirement, dans le courant du mois de mars, à l'effet d'entendre le rapport de la commission sur la situation morale et matérielle de la société.

Art. 5. — Il pourra être constitué, par la commission administrative, des sous-comités en province chargés de l'aider dans la propagande. Il sera formé à Bruxelles deux sections qui se préoccuperont : l'une de la propagande, l'autre de l'étude des questions techniques, scientifiques et esthétiques.

Art. 6. — Les présents statuts ne pourront être revisés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents convoqués spécialement dans ce but ; la dissolution de la société ne pourra être prononcée que par les trois quarts des membres présents convoqués à cet effet. En cas de dissolution, l'avoir social sera remis, sur décision de l'assemblée générale, à une autre société belge de crémation et, à son défaut, à une entreprise semblable étrangère. Siège social : hôtel Ravenstein, Bruxelles.

FORMULES

XIV. — Teinture d'iode chloroformique.

Iode bi-sublimé	1 gr.
Chloroforme pur	10 cc.

Pour badigeonnages révulsifs. (Chassevant).

XV. — Contre le rhumatisme aigu.

Salicylate de soude	60 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	500 cc.
Cognac	200 cc.
Alcoolature d'oranges douces	75 cc.
Eau	100 cc.
Extrait d'opium	0 gr. 60

Cette solution est prise sans répugnance. Chaque cuillerée à soupe contient 1 gr. de salicylate et 0 gr. 01 centigr. d'extrait d'opium. (*Province Médicale.*)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Jeudi 1er mars.* — *M. Ehringer* : Contribution à l'étude des péritonites à pneumocoques et à streptocoques primitives (MM. Dieulafoy, Le Dentu, Pozzi, Renon. — *M. Binet* : Des luxations ouvertes de l'articulation du coude (MM. Le Dentu, Dieulafoy, Pozzi, Renon. — *M. Lequeux* : Etiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né (MM. Pozzi, Dieulafoy, Le Dentu, Maygrier.)

Examens de doctorat. — *Jeudi, 1er mars.* — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Guyon, Bonnaire, Launois. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Berger, Thiéry, Brindeau. — 3e (1re partie, 3e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Ribemont-Dessaignes, Marion. — 3e (1re partie, 4e série, Oral, Salle Bichat) : MM. Bar, Hartmann, Rieffel. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Joffroy, Thiroloix, Guiart.

Vendredi, 2 mars. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Reclus, Sébileau, Proust. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Terrier, Potocki, Cunéo. — 3e (2e partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Joffroy, Brissaud, Macaigne. — 4e (Salle Pasteur) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Gosset.

Samedi, 3 mars. — (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. De Lapersonne, Thiéry, Marion. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Le Dentu, Bar, Launois. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Bonnaire, Morestin. — 4e (Salle Pasteur) : MM. Raymond, Chantemesse, Vaquez. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Gilbert, Méry, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Troisier, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 4 février 1906 au samedi 10 février 1906, les naissances ont été au nombre de 1.049, se décomposant ainsi : légitimes 515, illégitimes 534.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 984, savoir : 508 hommes et 476 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 21. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 8. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 11. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 192. — Tuberculose des méninges : 30. — Autres tuberculoses : 22. — Cancer et autres tumeurs malignes : 57. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 54. — Maladies organiques du cœur : 77. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 23. — Pneumonie : 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 122. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 6. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 2. — Cirrhose du foie : 17. — Néphrite et mal de Bright : 27. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 3 MARS 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

La médication phosphoacide au point de vue biochimique (1) ;

par **M. FRENKEL** docteur ès sciences.

La médication par l'acide phosphorique a eu (je ne sais pas si elle en a encore) de chauds partisans et de forts détracteurs.

Née d'une hypothèse urologique de M. Joulie, hypothèse basée sur une méthode analytique non soutenable, cette médication pouvait très bien ne pas partager le sort de la méthode analytique.

L'on voulait nous démontrer que presque tout le monde, le monde malade bien entendu, était hypoacide, et qu'il était alors logique de combattre l'hypoacidité et les maux qui s'en suivent, par un acide à qui l'on attribue des propriétés distinctes, en tant qu'acide, des autres acides minéraux. Le phosphore étant un constituant important de l'économie, c'est l'acide phosphorique qui devait être cette panacée presqu'universelle.

Je crois que tout autre acide minéral aurait les mêmes titres que l'acide phosphorique à être choisi pour combattre la prétendue hypoacidité. Les chlorures et les sulfates sont-ils donc moins importants comme parties constitutives du plasma sanguin et de tous les organes sans exception ?

En dilution convenable, la tolérance et l'intolérance de tous les acides minéraux se valent.

Mais il importait de savoir quelle était l'action physiologique de l'acide phosphorique. Et sur ce sujet, j'ai en vain cherché un travail expérimental précis.

Si, je le répète, le dosage de l'acidité urinaire d'après la méthode de M. Joulie est inexact, comme je crois l'avoir démontré (2), et après moi M. Jégou (3) et M. Henri Labbé (4), la médication pouvait persister si son action physiologique offrait des avantages ou du moins n'offrait pas à la longue un danger. C'est pourquoi j'ai entrepris ce travail qui traite le sujet au point de vue biochimique.

Le point de départ de ce travail a été une observation de M. Joulie, d'après laquelle il a constaté un jour dans son urine 1 gr. 80 d'ammoniaque, quantité énorme, représentant environ le triple ou le quadruple de la quantité normale. La veille, il avait pris 50 gouttes d'acide phosphorique officinal. L'acidité de cette urine n'avait cependant *rien d'excessif*. Et il ajoute que c'est précisément cette production fort exagérée d'ammoniaque qui l'oblige, pour maintenir son acidité, à prendre de semblables doses d'acide phosphorique.

Nous savons aujourd'hui que l'urine dont l'acidité n'avait, d'après M. Joulie, rien d'excessif, est en réalité fortement hyperacide.

Malheureusement, ni M. Joulie, ni aucun de ses partisans, n'ont jamais publié une analyse contenant le taux de l'ammoniaque urinaire chez leurs prétendus hypoacides avant l'institution de la cure phosphoacide.

Pour des raisons théoriques, avant toute expérimentation, j'avais exprimé la supposition que ces grandes quantités d'ammoniaque n'étaient nullement un phénomène primaire, mais bien un effet secondaire provoqué par l'ingestion de l'acide phosphorique, et que le traitement phosphoacide amenait un trouble métabolique qu'il allait ensuite combattre avec sa propre arme et établir ainsi un véritable cercle vicieux.

Je puis apporter aujourd'hui les preuves expérimentales de la justesse de cette supposition. L'acide phosphorique produit, comme un de ses effets, l'augmentation considérable de l'ammoniaque urinaire.

J'ai expérimenté sur moi-même. Toutes les conditions de fixité alimentaire ayant été prises, je fis une analyse des urines, dans lesquelles notamment l'ammoniaque fut dosé par une méthode rigoureuse. La production d'ammoniaque en 24 heures a été de 0 gr. 378.

Après un intervalle de 3 jours pendant lesquels j'absorbais de l'acide phosphorique à raison de 45 gr. par jour d'une solution à 3 %, je commençais le 4e jour, tout en continuant l'ingestion d'acide phosphorique à la même dose, à recueillir l'émission urinaire en 24 heures.

La production d'ammoniaque a été de 0 gr. 639.

(1) Communication faite à la *Société de Médecine de Paris*, séance du 9 février.
(2) M. FRENKEL. — Sur l'acidité urinaire. *Ann. d'hyd. méd.* 1902, Nos 3 et 4.
(3) JÉGOU. — Acidité urinaire. *Paris*, 1901 (chez Coccoz).
(4) HENRI LABBÉ. — L'acidité des urines à l'état physiologique, *Presse Médicale*, 1905, n° 67, p.531.

Les dosages d'acide phosphorique et de l'acidité totale ont donné :

Pour la première analyse, 2 gr. 48 de P 205 ; 4,29 d'acidité en cc. de soude déci-normale.

Pour la deuxième analyse, 3 gr. 27 de P 205 ; 5 gr. 33 d'acidité.

Il y avait donc, sous l'influence de l'acide phosphorique absorbé, simultanément augmentation de l'ammoniaque, des phosphates et de l'acidité.

Et ceci montre d'abord que l'ammoniaque n'est pas une mesure de l'acidité urinaire, ensuite que l'excès d'ammoniaque est fort bien compatible avec l'hyperacidie et, enfin, que l'exagération est une conséquence directe de l'acide.

La raison de ce phénomène réside dans un principe fondamental qui régit la conservation de l'organisme. Il importe d'avoir ce principe présent à l'esprit quand on veut se rendre compte de l'action physiologique et thérapeutique des acides et des alcalins.

Ce principe consiste en la ténacité avec laquelle l'organisme garde les bases alcalines, soude, potasse, chaux, magnésie, qui sont indispensables à la vie normale. Des animaux nourris abondamment avec de la viande ou avec des légumes, dont on avait artificiellement extrait des matières minérales, périssent rapidement.

L'oxydation des aliments riches en soufre et en phosphore mène à la formation d'acide sulfurique et phosphorique qui, pour se saturer, déminéralisent les tissus. Mais l'organisme garde jalousement ses alcalis fixes et lorsque la quantité d'acide, que celui-ci provienne des oxydations dans l'organisme ou de l'ingestion directe, atteint un taux excessif, alors entre en jeu un mécanisme de défense. L'excès d'acide ne trouve plus, pour se saturer, les alcalis fixes gardés jalousement par les tissus, et c'est l'ammoniaque qui vient saturer les acides en excès. D'où provient cet ammoniaque ? Du carbonate et du carbonate d'ammoniaque, qui sont des produits intermédiaires de la désassimilation des matières albuminoïdes et qui, normalement, subissent dans le foie la synthèse dont le produit est l'*urée*.

C'est une vaine illusion de s'imaginer que l'acide phosphorique, administré comme médicament, puisse faire exception à la loi de l'action des acides. Je crois avoir démontré que l'organisme se défend contre l'atteinte que vient porter l'acide phosphorique à sa réserve des matériaux alcalins fixes et qu'il réagit en abandonnant à l'acide une partie de la combinaison ammoniacale qui est ainsi soustraite à la synthèse en urée.

Il est évident que la neutralisation ainsi produite n'est que relative. L'ammoniaque se combine avec l'acide phosphorique pour former du phosphate mono-ammoniacal, du phosphate acide, et c'est ce sel que nous trouvons en abondance dans l'urine après absorption d'acide phosphorique.

On comprend donc la compatibilité absolue de l'hyperacidité et de l'excès d'ammoniaque dans l'urine.

Il s'agissait à présent de savoir si la formation de sels ammoniacaux dans l'organisme et leur élimination par le rein était proportionnelle à la quantité de l'acide phosphorique ingéré.

A cet effet, je fis une seconde série d'expériences sur moi-même.

Après 12 jours, l'équilibre alimentaire ayant été complètement rétabli, l'analyse fut faite et, aussitôt après, je commençai à absorber de l'acide phosphorique à dose environ deux fois plus forte que lors de la première série d'expériences.

J'ai trouvé : avant l'acide phosphorique, 0 gr. 415 d'ammoniaque en 24 h. ; après l'acide phosphorique, 0 gr. 828 d'ammoniaque en 24 h.

L'augmentation de la dose d'acide phosphorique produit donc une augmentation à peu près proportionnelle d'ammoniaque.

Le tableau qui suit résume les résultats obtenus en ce qui concerne la question qui nous occupe.

Influence de l'acide phosphorique sur la production d'ammoniaque et sur quelques autres caractère des urines.

8-9 Janvier. — Equilibre alimentaire. **Analyse 1 A.**
10 Janv. 10 h. 45 m. 15 cc. ac. phosph. à 3 % et 25 cc. d'eau.
3 h. 45 s. 15 cc. » » »
6 h. 30 s. 15 cc. » » »
11 Janv. 11 h. m. 15 cc. » » »
3 h. 30 s. 15 cc. » » »
7 h. s. 10 cc. » » »
12 Janv. 2 h. 35 s. 12 cc. » » »
4 h. 45 s. 15 cc. » » »
7 h. s. 15 cc. » » »
12-13 Janv. **Analyse 1 B.**
24-25 Janv. Equilibre alimentaire. Ajouté au régime du 8-9 janvier. 300 cc. de thé sucré. **Analyse 2 A.**
25 Janv. 11 h. m. 30 cc. ac. phosph. à 3 % et 70 cc. d'eau.
3 h. s. 30 cc. » » »
7 h. s. 30 cc. » » »
26 Janv. 9 h. 30 m. 30 cc. » » »
Midi 15 cc. » » »
7 h. s. 30 cc. » » »
26-27 Janv. Régime comme 24-25 janvier. **Analyse 2 B.**

EN 24 HEURES	Série I. Avant l'acide phosphoriq. Analyse 1 a.	Série I. Après l'acide phosphoriq. Analyse 1 b.	Série II. Avant l'acide phosphoriq. Analyse 2 a.	Série II. Après l'acide phosphoriq. Analyse 2 b.
Volume (en cc. à 15°)	1236	1342	1525	2030
Acidité (cc. de soude $\frac{norm.}{10}$) : 100	4,295	5.368	3,510	6,902
Acide phosphorique gr. (en P^2O^5).	2,484	3,270	2,348	4,959
Ammoniaque (en Az 4^3) gr.	*0,378*	*0,639*	*0,415*	*0,828*
Urée gr.	—	—	20,620	17,320
Quantité d'acide phosphorique absorbé dans la journée de l'expérience		0,924		1,650
Quantité d'acide phosphorique éliminé en plus		0,754		1,611
Rapport de l'urée à l'ammoniaque			49 : 1	21 : 1
Quantité d'eau absorbée en plus avec l'acide phosphorique dans la journée de l'expérience		117		375
Quantité d'eau éliminée en plus		106		505

On peut tirer de ces données les conclusions suivantes :

1. Contrairement aux affirmations des partisans de la médication par l'acide phosphorique, ce dernier n'est pas assimilable. Il s'élimine en totalité.

2. L'acide phosphorique exagère et l'acidité urinaire et la production de l'ammoniaque, celui-ci au détriment de l'urée. L'ammoniaque ne peut servir de mesure de l'acidité. L'urine peut en même temps être hyper-

acide et hyperammoniacale sous forme de sels ammoniacaux acides.

3. C'est prendre l'effet pour la cause que de s'obstiner à administrer des doses de plus en plus élevées d'acide phosphorique sous prétexte de faire baisser le taux de l'ammoniaque : plus on prendra d'acide et plus on aura d'ammoniaque, en vertu du mécanisme de défense qui fait garder à l'organisme ses alcalis fixes.

4. L'acide phosphorique n'est pas capable d'augmenter la diurèse.

5. L'acide phosphorique fait baisser le taux d'urée, non seulement par suite de la soustraction d'une partie de composés ammoniacaux à l'action synthétique du foie, mais au-delà, d'une façon absolue, par suite du ralentissement des oxydations. Tandis que dans l'urine normale le rapport de l'urée à l'ammoniaque fut trouvé de 49.1, dans l'urine ; après le traitement phosphoacide, ce rapport n'a été que de 21.1.

Nous avons vu quelle importance prend, dans certains cas, la détermination de l'ammoniaque urinaire. Cette détermination est trop négligée.

Généralement, dans le dosage de l'urée par l'hypobromite, l'on oublie que ce réactif décompose aussi l'ammoniaque. Les erreurs peuvent être quelquefois considérables. Pour s'en rendre compte, il suffit de remarquer que les diabétiques, *tous fortement hyperacides* comme je l'ai pu constater à l'occasion d'une statistique des hyperacides, que je viens de communiquer à l'Académie de Médecine, éliminent jusqu'à *dix* grammes par jour d'ammoniaque.

L'on commet donc une forte erreur, dans les cas pareils, en mettant au compte de l'urée ce qui revient à l'ammoniaque.

L'excès de l'ammoniaque urinaire est sous la dépendance de deux facteurs qu'il importe nettement de distinguer.

C'est d'abord une acidité exagérée des humeurs, acidité artificielle, comme dans le cas de la médication phosphoacide, ou hyperacidité constitutionnelle, caractère propre aux maladies par ralentissement de la nutrition.

Ensuite, c'est l'insuffisance de l'activité hépatique qui est une cause indirecte de l'accumulation dans le sang des sels ammoniacaux, qui apparaissent en grande quantité dans les urines. Le flot sanguin peut apporter au foie les produits de la désassimilation des matières protéiques : l'organe lésé fonctionnellement ou anatomiquement, n'est pas capable d'accomplir la synthèse de l'urée ou ne l'accomplit que dans des limites restreintes, et voilà réalisé le phénomène de l'*hyperammonie*.

N'y a-t-il pas là un moyen nouveau de saisir une anomalie débutante ou plus ou moins avancée de l'insuffisance hépatique ? Il suffirait d'abaisser l'hyperacidie si elle était constatée par l'administration des alcalins qui, normalement, produisent une baisse considérable de l'ammoniaque urinaire en fournissant aux acides formés dans les oxydations intraorganiques des bases fixes, sans qu'il soit porté atteinte à la minéralisation ni à la synthèse des tissus de l'urée.

Si, dans ces conditions, l'hyperammonie persistait, l'on pourrait conclure à l'insuffisance hépatique.

C'est aux recherches cliniques ultérieures qu'il appartient de porter un jugement sur la valeur de ce nouveau signe pathognomonique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

• Les notions nouvelles sur le varicocèle ;

Par le Dr Henri **DESCHAMPS.**

Deux articles récents, l'un du Dr Dudley-Tait (1), 1905 ; l'autre du Dr A. Pélicier (2), 1906, sont pour moi l'occasion d'exposer brièvement les notions nouvelles relativement au varicocèle des adolescents. Des données d'ordre différent, pathogénique, clinique, ou thérapeutique dont nous avons pris connaissance, il ressort clairement qu'avec le présent siècle, la maladie banale en question, entre définitivement en une phase bien différente de celle où elle était jadis, grâce surtout aux importants travaux de notre maître, le professeur L. Longuet (3). Ses visées principales se résument à ceci :

§ I. NOTIONS PATHOGÉNIQUES. — Au point de vue pathogénique, « *le varicocèle est une aplasie fibro-musculaire génito-scrotale* », à prédominance gauche (Longuet), formule précise en contraste avec les hypothèses vagues d'antan réunies sous le qualificatif nébuleux de maladie essentielle, idiopathique.

1° C'est une *aplasie* : c'est-à-dire un arrêt de développement des tissus fibreux et musculaires lisses. Observons attentivement, comparons avec l'état sain. Nous voyons, chez le varicocélique, que l'appareil de soutènement génital, que celui de suspension sont amincis, grêles, aplatis, allongés, distendus, flasques, atones, en insuffisance physiologique.

2° L'aplasie est *génito-scrotale*. Sans doute, elle frappe les veines, elle prédomine dans la paroi veineuse et la charpente valvulaire. Mais elle s'irradie aussi à la sphère génito-scrotale entière. En fait, le testicule est souvent petit, atrophique, arrêté en son évolution. Et cela dès le principe, en dehors de toute action traumatisante accidentelle, de toute intervention opératoire destructive des artères nourricières. Or, de cette aplasie glandulaire, découle immédiatement l'explication de multiples symptômes jusqu'ici nettement constatés, mais nullement interprétés dans leur genèse. Nombre de troubles mentaux ou de croissance ressortissent à une insuffisance testiculaire, témoignant d'une hyposécrétion externe et surtout d'une hyposécrétion interne, la glande fonctionnant mal en tant que glande vasculaire sanguine.

Des lésions veineuses et testiculaires, rapprochons maintenant d'autres altérations similaires, également aplasiques, disséminées dans tout l'appareil de contention (couche musculaire lisse du scrotum, du dartos, couche musculaire striée du cremaster (4), fibres conjonctives de la fibreuse commune) — et dans l'appareil de suspension (relâchement du mésotestis, des fibres conjonctives de ce cordon, raréfaction atrophique des fibres musculaires lisses du cordon, voire même relâchement

(1) DUDLEY-TAIT. — A contribution to the study of varicocele. *California State Journal of medicine*, décembre, 1904.

(2) PÉLICIER (A.). — Résultats éloignés de la transposition testiculaire à la Longuet *Progrès médical*, n° 6, p. 88, 1906.

(3) LONGUET (L.). — De la phlébite variqueuse du cordon et son traitement par phlébectomie. *Presse médicale*, n° 6, p. 88, 1899.

Chirurgie radicale du varicocèle (conception, méthode thérapeutique, procédés opératoires classiques) *Gazette des hôpitaux*, 19 et 26 juillet, nos 80 et 83, 1901.

Chirurgie réparatrice du varicocèle (avec 3 figures). In *Thèse* de Pélicier, Paris 1902, et *Presse médicale*, 13 septembre, n° 74, 1902.

(4) J.-L. PETIT incriminait l'insuffisance du seul muscle cremaster. MAC GRAW, 1892, défend la même opinion. *Dudley-Tait*, 1904, lui accorde une réelle valeur.

des plans fibreux inguinaux), d'où la possibilité d'une série de modalités anatomo-cliniques, en rapport avec la localisation du processus aplasique à tel ou tel des plans précités.

3° L'aplasie enfin est *congénitale* (1). L'observation des malades démontre souvent la coexistence d'une pointe de hernie inguinale, d'un affaiblissement des aponévroses abdominales, d'une hydrocèle, d'un phimosis, d'un pied plat, d'une scoliose légère datant de l'enfance ; autant de stigmates disséminés d'une malformation congénitale tardive en son apparition clinique, contemporaine de la puberté, c'est-à-dire de la rapide poussée des organes génitaux. Ainsi l'affection prend place à côté de la hernie inguinale congénitale. C'est en quelque sorte une hernie localisée dans les tissus de l'appareil génital. Telle est, d'après Longuet, la pathogénie de la maladie varicocélique, notion nouvelle qui comporte plus qu'un intérêt doctrinal, car elle entraîne une rénovation complète de la thérapeutique (2).

§ II. Notions cliniques. — Le tableau classique magistralement tracé par les anciens, demeure intégralement debout en ce qui concerne la partie fondamentale de l'affection, c'est-à-dire la tumeur varicocélique elle-même avec ses caractères objectifs. Toutefois il doit être complété aujourd'hui sous le rapport des formes cliniques, sous celui des lésions concomitantes à distance, sous celui surtout des troubles nerveux. Il nous faudrait, pour être complet, parler aussi d'une complication bien étudiée : la phlébite du cordon. Mais cette dernière à elle seule exigerait un chapitre spécial.

En ce qui concerne les *formes cliniques*, Longuet distingue, d'après la prédominance mais non l'exclusivisme de l'aplasie sur les différents plans : un varicocèle veineux antérieur (ou du groupe antérieur des veines spermatiques) — un veineux postérieur (ou du groupe postérieur des veines spermatiques) — un veineux inférieur, ramusculaire (ou des veines de la queue de l'épididyme (varicocèle de Doumenge, périépididymite de Mignon et Sieur), des veines albuginiques, et des veines intra-testiculaires, — ou veineux supérieur, inguino-abdominal (ou des gros troncs veineux spermatiques) ; — un varicocèle des enveloppes (ou scrotal avec ou sans développement ectasique des veines sous-cutanées), — enfin un varicocèle complexe total, généralisé, où tous les plans sont intéressés à des degrés divers depuis le plan des veines jusqu'au scrotum inclusivement.

Relativement aux *lésions concomitantes*, rappelons la fréquence d'un pied plat, d'une scoliose, d'une pointe de hernie inguinale, en sorte qu'au lieu d'une maladie purement locale, nous arrivons à la conception d'une maladie généralisée, à manifestations multiples mais à prédominance sur la zone génito-scrotale gauche. D'où la dénomination plus exacte de « maladie varicocélique ».

Au point de vue des *troubles nerveux*, signalés mais non étudiés par les anciens, nous savons aujourd'hui qu'ils reconnaissent en partie pour cause une insuffisance fonctionnelle du testicule en tant que glande vasculaire sanguine. Cliniquement, la névropathie des varicocéliques est de forme, et de gravité variables. Chez les non aliénés, il y a : 1° des *varicocéliques hystériques* (Longuet). Ceux-ci présentent tous les stigmates de la névrose telle qu'elle a été décrite par l'école de la Salpêtrière, rétrécissement concentrique du champ visuel, dyschromatopsie, anesthésie sensitivo-sensorielle, algies disséminées, anesthésie pharyngée, etc. L'intervention peut ici donner de bons résultats si l'hystérie est légère et de moyenne intensité.

2° *Des pseudo-varicocéliques hystériques* ou névropathiques (Picqué) (1) : il s'agit de malades souffrant beaucoup d'un varicocèle imaginaire et réclamant la suppression de la tumeur supposée. Or, l'opération doit être refusée, d'abord parce qu'il n'y a aucune lésion ; ensuite parce que l'orchialgie ou névralgie testiculaire persiste après l'exérèse.

Soit encore les cas d'aliénés. Le varicocèle s'observe chez des *hypochondriaques* à forme légère. Ce sont des impressionnables, des déprimés légèrement neurasthéniques. Ou bien même la forme est plus accentuée : il y a des tendances continuelles à la mélancolie, du délire mélancolique. Or, d'après Picqué, les malades de cette catégorie peuvent bénéficier de l'opération.

Restent les *vésaniques-hypochondriaques*, porteurs de varicocèle. Ce sont des malades très déprimés, ayant la manie du suicide, persécutés-persécuteurs. Ici l'abstention est de rigueur (Picqué).

Ajoutons que parfois l'état névropathique ou celui de neurasthénie génitale n'ont avec le varicocèle qu'une relation purement fortuite, de simple coïncidence, sans rapport de cause à effet (Longuet).

§ III. Notions thérapeutiques. — A l'antique notion de « tumeur hargneuse » qui pendant 19 siècles conduisit les chirurgiens à traiter le varicocèle par l'exérèse sous différentes formes (2), Longuet, comme déduction de la conception d'effondrement ectasique, a substitué la cure opératoire réparatrice, *correctrice* ou de consolidation avec conservation. Il renforce les plans défaillants, mais n'enlève rien. Or, cette thérapeutique nouvelle gagne du terrain. Elle compte parmi ses défenseurs les professeurs Parona (3), 1898 (Italie) ; Dudley-Tait (4) 1901 (Etats-Unis) : Phocas (5) 1902 (Grèce) et leurs élèves.

Mais tout en visant le même but de consolidation, les techniques diffèrent. Elles se groupent autour de deux méthodes opératoires :

A. L'une, la plus ancienne, recherche exclusivement la fixation de la glande. Elle est purement *orchidopexique*. Pressentie dès 1896 par Zœge-Manteuffel (de Dorpat) qui pour suspendre le testicule, avait proposé de faire traverser la paroi abdominale par le cordon en un point plus élevé que le trajet inguinal, l'orchidopexie simple a surtout été préconisée par Parona qui suspend la glande autour et au-dessous de l'orifice in-

(1) Pour Escat, le varicocèle est une *aplasie congénitale des veines du cordon*. Or, nous venons de voir que les veines du cordon sont loin d'être le seul tissu intéressé. Pour *Longuet*, le varicocèle est plus qu'une aplasie de l'appareil gubernaculaire, mais une *aplasie conjonctivale génito-scrotale*. Or, la nuance est grande entre ces deux formules de compréhension très différente. Les conséquences thérapeutiques qui en découlent sont dissemblables.

(2) Comme notion *étiologique* nouvelle, relative à la fréquence, Senn examinant 9.815 recrues pour la guerre hispano-américaine trouva le varicocèle chez 2.078 sujets. La moitié de ceux-ci ignoraient totalement leur état.

(1) Picqué. — Varicocèle et obsession. *Progrès médical*, n° 15, 15 avril 1905.

(2) En outre des *récidives* après scrotectomie déjà mentionnées dans le mémoire de Longuet, nous enregistrons d'autres constatations analogues de Dudley-Tait.

(3) Parona : *Policlinico*, 15 janvier 1899.

(4) Dudley-Tait (*loco-citato*). Dès 1901, ce chirurgien s'est rallié à la méthode pexique par transposition testiculaire.

(5) Phocas. — *Congrès Français de chirurgie*, octobre 1903.

guinal externe par l'intermédiaire de la vaginale retournée enfermant ainsi la tumeur variqueuse dans ce sac lâche où elle s'étale à l'aise. Mauclaire (1), plus récemment, a imaginé la fixation du testicule à celui du côté opposé « véritable synorchidie ». Enfin Phocas, respectant la vaginale, juge utile de sectionner le ligament scrotal pour faciliter l'orchidopexie. Nous croyons au contraire de bonne pratique de respecter ce ligament avec les vaisseaux qu'il renferme, vaisseaux nécessaires pour assurer à la glande déjà en état de vitalité précaire, le maximum de source nourricière.

B. L'autre méthode, considérant l'orchidopexie seule comme insuffisante en l'espèce, associe en une même combinaison polypexique toute une série de fixations. Telle est l'opération de Longuet, adoptée par Dudley-Tait, qui, à la fixation testiculaire par transposition, ajoute plusieurs consolidations. Ainsi ces chirurgiens maintiennent les veines dilatées dans une gaine constituée par la vaginale (phlebopexie). Ils fixent le testicule par 2 points de suture haut sur la cloison (orchidopexie). Ils rétrécissent l'orifice inguinal externe généralement dilaté (inguinopexie). Enfin ils suturent transversalement l'incision cutanée longitudinale préfuniculo-inguinale, ce qui rehausse le scrotum en l'élargissant (scrotopexie). En résumé, l'opération de Longuet réalise une *phlébo-orchido-inguino-parietopexie*.

Ici, je m'arrête, ne voulant point aborder les détails de technique ni l'étude des résultats éloignés conférés par la thérapeutique correctrice (2). Qu'il me suffise de dire que, pour apprécier sa valeur, il faut avoir soin de dissocier le résultat contre l'élément douleur, le résultat contre l'élément tumeur variqueuse, enfin le résultat morphologique au point de vue du scrotum. Il y a là trois points qui demandent à être envisagés séparément, trois effets distincts qu'une évaluation globale risque de laisser dans l'ombre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Professeurs et déontologie.

En inaugurant récemment le nouveau Cours de clinique chirurgicale annexe de l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Guinard, le distingué chirurgien chargé de cet enseignement, a pris l'heureuse initiative de commencer ses leçons par des conseils sur les devoirs des élèves dans les hôpitaux. Ces conseils ont porté sur les rapports des étudiants avec l'administration, avec les malades, avec les médecins étrangers au service, avec le chef de service lui-même. M. Guinard, « au risque, a-t-il dit, de paraître un peu poncif et prudhommesque » a conseillé à ses élèves l'économie et a blâmé le gaspillage dans les pansements. Il a recommandé la bienveillance, le respect, la douceur à l'égard des malades, la plus grande discrétion et la délicatesse la plus courtoise dans les examens cliniques quand il s'agit d'une femme. Il a déploré la froideur avec laquelle on accueillait les médecins étrangers et exigé à l'égard du chef de service la franchise la plus grande et la vérité la plus absolue dans les observations recueillies.

En donnant ces excellents conseils, vous n'avez en rien, mon cher maître, paru ridicule, poncif ni prudhomnesque. En choisissant, pour inaugurer votre cours, pareil sujet, ce n'est pas à vos seuls élèves que vous avez donné une bonne leçon, mais surtout à certains de vos collègues qui, trop systématiquement, paraissent ignorer qu'ils sont à la fois les instructeurs scientifiques et les éducateurs professionnels de la jeunesse médicale.

Et ce n'a pas été sans une très légitime satisfaction que nous vous avons vu aborder l'exposé des rapports que les élèves des hôpitaux doivent avoir avec les médecins étrangers au service, les praticiens de la ville, amenés à l'hôpital par le désir de s'instruire ou par les nécessités de la clientèle. En apprenant à l'étudiant à ne pas considérer le praticien comme un intrus, un gêneur, et le mettant en garde contre les réflexions indiscrètes, contre les critiques déplacées faites sur un diagnostic ou un traitement, en lui montrant tout le tort qu'il peut faire sottement à un médecin et toute la déconsidération qui en rejaillit sur le corps médical, vous avez fait la plus belle des leçons qu'un professeur de clinique puisse faire. Certes, nous n'attendions pas moins de l'ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, si généralement estimé.

Cette leçon de belle et bonne déontologie nous console du manque de courtoisie et de bonne confraternité dont certain professeur de la Faculté vient de faire preuve, s'il faut en croire l'ordre du jour suivant du Conseil d'administration de notre Syndicat médical :

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, considérant que les règles de la déontologie sont les mêmes pour les médecins praticiens et pour les professeurs de la Faculté de médecine ;

Considérant que ces derniers ont pour premier devoir la pratique de la déontologie qu'ils doivent enseigner par la parole et par l'exemple ;

Regrette qu'un professeur de la Faculté, cité par un confrère devant le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine pour manquement aux règles de la déontologie, ait négligé, sans explication, de se rendre à cette convocation.

Il s'agissait en l'espèce, d'un fait des plus incorrects ; au cours d'une consultation avec un praticien âgé et des plus honorables, un professeur de la Faculté s'était permis devant le malade les critiques les plus vives et les plus injustifiées sur le traitement appliqué à ce dernier. Le résultat avait été d'abord la déconsidération du médecin praticien dans la famille du malade, puis le refus de paiement des honoraires.

Heureusement, la leçon réconfortante de M. Guinard corrige les écarts de langage de ce Professeur et nous prouve que, pour être juste, il ne faut pas généraliser et ne jamais rendre responsable une collectivité des méfaits de l'un de ses membres. J. Noir.

Prince oculiste. — Les *Dernières Nouvelles de Munich* annoncent que le duc Charles-Théodore de Bavière, beau-frère de l'empereur François-Joseph, a procédé, il y a quelques jours, dans un hôpital qu'il a fondé aux environs de Munich, en présence de la duchesse sa femme, qui lui servait d'assistant, à sa cinq-millième opération de la cataracte. On se souvient qu'après avoir servi dans l'armée bavaroise, le duc Charles-Théodore, s'est consacré, depuis des années, à l'étude et à la cure des maladies des yeux. (*Le Temps*.)

(1) Mauclaire. — Le traitement des varicocèles. Orchidopexies. *Tribune médicale*, septembre-octobre 1903.

(2) Ces importantes questions feront l'objet d'une nouvelle étude et d'enquêtes de la part du Dr A. Pélicier.

Les Pupilles de l'Assistance Publique.

L'administration vient, après quatre ans d'études, d'aboutir à un projet concernant les mutualités scolaires des enfants assistés de la Seine. Nous ne saurions approuver ce projet, que notre excellent ami M. Jules Laurent, avocat à la cour d'appel, vient de combattre dans des articles retentissants de la *Mutualité Nationale.*

« On commença, dit-il, par établir des projets, puis on dut les abandonner. Ainsi n'avait-on pas voulu enfermer tous les pupilles de la Seine dans une mutualité unique, où les pauvres petits se seraient trouvés, encore une fois séparés des autres, confinés dans leur prétendue tare ! L'administration centrale fut obligée d'élever la voix. — Ceci dit simplement pour expliquer cet intervalle, un peu extraordinaire, de quatre années pour l'élaboration d'un projet. »

Les enfants assistés formeront une section spéciale, au sein des « petites Cavé » où la cotisation hebdomadaire de 10 centimes ne subira aucun prélèvement pour le service de la maladie. Les pupilles ne participeront à la mutualité scolaire que pour la retraite ; assistés eux-mêmes, ils n'assisteront pas leurs petits camarades aux jours de souffrance. La cotisation versée par le département sera affectée pour moitié à la constitution d'un livret de la Caisse nationale des retraites à capital aliéné ; la « petite Cavé » sera ici une simple intermédiaire. L'autre moitié, portée à un compte spécial des pupilles, servira soit à payer le droit d'entrée de ces derniers dans les sociétés d'adultes, soit à former un fonds commun destiné à majorer les retraites au moment de la vieillesse. « Ainsi, fait remarquer M. Jules Laurent, les pupilles de l'Assistance ne se confondront pas avec la masse des petits mutualistes ; il y aura juxtaposition et non touchante association de leurs efforts ; il n'y aura pas secours mutuels, mise en commun des apports et des sentiments des uns et des autres. La section des assistés fonctionnera parallèlement à la mutuelle à laquelle elle sera rattachée. Les distances sont sauvegardées. On a beau dire qu'en apparence la participation des petits abandonnés à la mutualité scolaire ne différera pas de celle des autres écoliers ; néanmoins il n'y a pas cette belle et fraternelle mêlée, que j'aurais voulu voir, entre enfants de la misère et enfants du bonheur, entre ceux qui ont la joie de sentir la douce chaleur de l'amour qui les entoure au foyer familial, et ceux qui ont été délaissés sur la grande route de la vie par la faim, la faute, ou le vice ; point de communion réelle, effective de ces nouveaux condamnés sociaux, jeunes innocents, et des autres plus heureux qui ne demandent qu'à leur tendre la main. »

Qu'arrivera-t-il au sortir de l'école ?

C'est le directeur de l'agence dont dépend l'enfant assisté qui centralisera les livrets de retraite. La direction de chaque agence deviendra le siège d'une mutuelle des assistés adolescents.

Puis, adulte, il entrera dans une mutualité de son choix. Dans le cas contraire, et ce sera évidemment là la très grande majorité, il sera affilié d'office, d'autorité, à une *Mutualité des pupilles du département de la Seine.*

C'est ainsi que l'on fera subsister dans la vie de l'adulte la tare de son origine qui parfois pourra lui fermer des portes et lui causer de nombreux préjudices.

Aussi ne saurions-nous trop nous associer à l'intelligente initiative de M. Laurent, qui proteste contre ce projet. Ne serait-il pas plus rationnel d'affilier purement et simplement les pupilles aux mutualités scolaires existantes, le département encaissant les indemnités pécuniaires allouées aux petits assistés lorsqu'ils sont malades ?

C'est ce qui vient d'être fait avec succès dans divers départements, notamment pour les enfants assistés de l'arrondissement d'Avallon, où se trouvent réunis plus de 1000 garçonnets et fillettes venus de quatre départements différents.

Dans un article tout récent, M. Jules Laurent nous initie précisément à l'organisation choisie dans cet arrondissement (1).

Sur la cotisation annuelle de 5 fr. 20, 4 francs sont affectés à la constitution d'un livret de la caisse nationale des retraites, et la partie restante, soit 1 fr. 20 — somme sensiblement égale à celle que laisse disponible le service des malades fonctionnant à l'égard des autres écoliers — va, comme ce dernier excédent, alimenter le fonds commun inaliénable de retraites destiné à assurer aux jeunes prévoyants, lors de leur vieillesse, une pension complémentaire, fruit de l'effort social, de l'effort collectif. L'enfance abandonnée et l'enfance heureuse mêlent donc fraternellement leurs apports.

Les petits assistés ont trouvé là pour toujours une famille nouvelle, où ils seront traités en frères égaux, sans que rien ne vienne jamais leur rappeler leur origine ou l'indiquer aux préjugés. A 18 ans, l'assimilation sera complète entre eux et les autres sociétaires, ces derniers cessant de pouvoir participer à l'assurance-maladie.

Nous avons tenu à joindre notre voix à celle de M. Laurent, espérant ainsi contribuer à faire modifier le règlement proposé pour les Enfants assistés de la Seine suivant les idées que nous avons exposées. Ce n'est pas au moment où, grâce aux efforts répétés de M. Barberet, le dévoué apôtre de l'idée mutualiste, les effectifs des prévoyants ont doublé en quelques années, qu'il convient de laisser en dehors de ceux-ci les pupilles de l'Assistance ! Mais encore faut-il ne pas les traiter en parias et les recevoir comme des enfants égaux aux autres dans les mutualités scolaires existantes.

LUCIEN GRAUX.

(1) La *Mutualité Nationale*, 15 février 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 février 1906.

Docimasie pulmonaire.

MM. Balthazard et Lebrun ont recherché les marques de la respiration chez le nouveau-né et indiquent qu'au lieu de recourir à l'examen hydrostatique ou chimique, il est préférable d'employer la méthode histologique qui permet d'indiquer avec précision la présence ou l'absence de l'air dans les alvéoles pulmonaires.

Résistance globulaire dans la fièvre bilieuse.

MM. Vincent et Dopter. — Un paludéen, présentant des crises d'hémoglobinurie chaque fois qu'il ingérait la quinine, a donné les particularités suivantes :

A l'état normal, la résistance globulaire est plus faible que chez un sujet sain. Après la quinine, la résistance s'affaiblit pendant une heure pour s'élever à la fin de la crise hémoglobinurique. Neuf jours après, elle égalait la normale.

La résistance globulaire à la quinine a été constamment inférieure à la normale; la quinine est donc une cause capitale d'hémoglobinurie chez les paludéens.

Le retour à la normale de la résistance globulaire aux solutions hypotoniques de chlorure de sodium s'explique par ce fait que l'hémolyse a provoqué la formation d'une sensibilisatrice ayant provoqué elle-même la formation d'une antifixatrice spécifique.

Pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

MM. Vincent et Dopter. — L'hémolyse dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique n'est pas due à l'insuffisance d'antisensibilisatrice. Chez un malade étudié, le sérum est doué d'un pouvoir antifixateur aussi énergique que chez le sujet sain ; l'épreuve de Landstener a toujours été négative. La cytose en excès n'en est pas la cause, les globules humains sensibilisés mis en présence de l'alexine du sujet normal et du malade ont été hémolysés par mêmes doses de cytose ; l'anticytose est aussi sans action, car le sérum du malade est aussi protégé que celui de l'individu témoin.

L'hémolyse due à la quinine chez les paludéens peut être déterminée par l'insuffisance des substances lipoïdes et par une déminéralisation des globules sanguins ; le globule a en effet une moindre résistance, et les injections de sérum artificiel ont un pouvoir préventif sur l'apparition des crises bilieuses hémoglobinuriques. Les globules rouges du malade prélevés au moment de leur résistance minima au chlorure de sodium, imprégnés de chlorure de calcium, puis lavés, récupèrent alors une résistance à peu près égale à celle du sujet sain.

Nitrite d'amyle.

M. Plumier. — Chez le chien, le nitrite d'amyle détermine une vaso-constriction pulmonaire selon Pic et Petitjean. Or, l'auteur y retrouve une vaso-dilatation, et l'aspect exsangue du poumon est due à un changement de coloration du sang par injection intra-veineuse du nitrite d'amyle.

Extrait d'intestin sur la pression artérielle.

MM. Roger et Josué. — L'intestin de lapin vidé, macéré dans trois fois son poids d'eau salée à 7/000 détermine, injecté dans les vessies de lapins, un abaissement de pression artérielle. 10 c. c. d'extrait — dose souvent mortelle — ont abaissé de 90 millimètres ; 5 cent. cubes, de 50 millimètres ; 2 cent. cubes donnent un résultat inconstant. La chute se produit rapidement, une minute après l'injection. La pression maxima vient au bout de 5 minutes, persiste, puis remonte et au bout de 20 minutes la diminution subsiste. Une deuxième injection, même élevée, 10 cent. cubes, introduite alors est sans effet sur la courbe qui continue son ascension. De faibles doses, restées sans action sur la pression, modifient les injections suivantes. Des petites injections répétées amènent des troubles tels que l'injection de fortes doses très actives, même mortelles quand on les injecte d'emblée, restent sans modification de la pression artérielle.

Antitoxines spécifiques.

MM. Charrin et Delamare montrent qu'au moyen d'antitoxines spécifiques on peut empêcher les tares viscérales chez le fœtus sous l'influence des cystotismes maternelles.

Séance du 24 février 1906.

Hémoglobinurie paroxystique.

MM. Vidal et Rostaine ont fait sur l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* des recherches qui leur ont prouvé que l'insuffisance d'antisensibilatrice dans le sang est la cause de la crise qui éclate sous l'action du froid. *In vitro*, ils avaient obtenu des résultats tels qu'ayant injecté à un hémoglobinurique un sérum antisensibilisateur, ils avaient obtenu la suppression de l'urine sanglante sous l'influence du froid.

Cette injection au sérum antisensibilisateur a été répétée avec succès chez une autre malade sensible au froid. Celle-ci urinait du sang dès qu'elle trempait les mains dans l'eau à 10° : chez elle, le sérum impressionnait *in vitro* les hématies. Ce résultat a été obtenu sur cinq malades paludéens à crises hémoglobinuriques.

L'ingestion de chlorure de calcium, comme l'a montré M. Vincent, a pu prévenir la crise d'hémoglobinurie quinique chez quelques malades ; la crise d'hémoglobinurie *a frigore* n'a jamais été modifiée par ce médicament, au contraire, l'antisensibilisatrice a été constamment active chez ces malades.

Eosinophiles myéloïdes.

MM. Louis Bloch et Aubertin ont observé que quelques éosinophiles sont accompagnés d'une réaction myéloïde. Chez une malade du service du Dr Brocq, atteint de dermatite polymorphe douloureuse, les éosinophiles contenaient des cellules mononucléées ; et dans le sang se trouvait une myélocytose neutrophile notable, avec quelques cellules de Türk.

Le nombre des polynucléaires augmente avec la poussée, le taux des myélocytes éosinophiles se maintient, tandis que les myélocytes neutrophiles se raréfient.

Dans la lèpre, il peut y avoir ébauche de myélémie, qui n'est peut-être qu'un stade préparatoire de l'éosinophilie pure à polynucléaires.

La réaction myéloïde n'est pas fonction de l'intensité de l'éosinophilie ni de la leucocytose globale.

Ces cas d'éosinophilie myéloïde paraissent jouer, dans le groupe des éosinophilies, la place qu'occupe dans les leucocytoses neutrophiles la leucocytose myéloïde de la variole qui s'accompagne, en effet, d'une myélémie non élective.

Parotidite des hémiplégiques.

MM. Gilbert et Vaillaret communiquent deux observations de parotidite au cours de l'hémiplégie et du côté paralysé. Le siège, la rapidité d'évolution, les troubles vaso-moteurs et trophiques du même côté donnent un aspect spécial. L'âge avancé des sujets, l'artériosclérose, la dépression et l'anémie dus à l'ictus, la misère physiologique, sont des causes prédisposant à l'infection de la glande. Il y a hypotonalité des fibres lisses des gros conduits excréteurs parotidiens et troubles vaso-moteurs donnant une hypothermie unilatérale et diminuant les globules rouges du côté paralysé ; il y a aussi des troubles trophiques glandulaires du même côté ; de plus, le décubitus de ces malades favorise l'infection.

Passage du chloroforme de la mère à l'enfant.

M. Nicloux montre que ce passage est rapide, que le chloroforme contenu dans le foie du fœtus est supérieur à celui du foie de la mère.

Infections paratyphiques en Tunisie.

MM. Nicolle et Cathoire font leurs réserves, dans les études du paratyphisme en Tunisie, sur l'interprétation de la séro-agglutination quand le taux est peu élevé. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février.

Par suite de la mort de M. Léon Colin, ancien président de l'Académie, la séance est levée en signe de deuil.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Chirurgie des voies biliaires.

M. Terrier rapporte deux observations de lithiase biliaire s'accompagnant d'obstruction du cholédoque avec ictère, dans lesquelles il a pratiqué le drainage de l'hépatique suivant la méthode de Kehr, après cholécystectomie et extraction des calculs.

M. Quénu clôt la discussion sur la chirurgie des voies biliaires.

Corps étranger de la bronche droite extrait par bronchoscopie.

M. Picqué présente le malade chez lequel l'extraction a été faite avec la plus grande facilité par M. Guisez, sans trachéotomie ; il s'agissait d'une pièce de cinquante centimes.

Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 février.

Troubles fonctionnels du diaphragme dans la maladie des ptoses.

M. F. Glénard, à l'occasion d'un travail publié dernièrement, expose devant la Société les troubles dus à la ptose du diaphragme, la phrénoptose. Dans le cadre de cette affection, rentrent le cœur mobile de Cherchewski et la cardioptose de Rummo, conséquences de la phrénoptose. M. Glénard maintient toujours son opinion sur la nature hépatique de l'entéroptose.

Streptococcie et staphylococcie combinées. Mort par abcès aréolaires du foie avec péricardite aiguë sérofibrineuse.

MM. Letulle et Verliac rapportent une observation de malade, chez lequel malgré la connaissance des microbes pathogènes en action, il fut impossible pendant des mois de déterminer le foyer exact des lésions. On pensa à une grippe, à une fièvre typhoïde, à une infection généralisée avec broncho-pneumonie, paralysie radiale et péricardite. Le malade succomba après cinq mois de maladie et l'autopsie révéla un abcès du foie. La situation haute de cet abcès le fit passer inaperçu.

M. Danlos attire l'attention sur un signe non cité par les auteurs et qu'il a rencontré deux fois sur cinq abcès tropicaux anciens : c'est la présence, dans le pus, de cristaux microscopiques de bilirubine de coloration rouge-orangée.

M. Achard reconnaît les difficultés réelles dans la différenciation des abcès du foie de la pleurésie purulente. La dysentérie peut être absente ou consister en diarrhée modérée ; le pus peut être stérile, de sorte qu'on croit à une pleurésie tuberculeuse. Un petit épanchement pleural réel peut exister. Il propose un moyen de différenciation ; il injecte de l'air stérilisé dans l'abcès et fait faire une radiographie, qui montre alors la tache claire au-dessus ou au-dessous de la bandelette diaphragmatique. Dans un cas de pleurésie purulente, il a pu faire ainsi le diagnostic.

Statistique de scarlatine.

M. Sevestre apporte sa statistique de 1905 : 234 cas, avec 4 morts, soit 1,68 % de mortalité.

MM. Ménétrier et R. Duval communiquent un pseudo-rhumatisme à entérocoques.

MM. Josué et Lion rapportent la guérison d'une septicémie à tétragène par injection de collargol.

MM. Œttinger et Malloizel ont guéri une méningite cérébro-spinale avec septicémie streptococcique par injections intra rachidiennes d'argent colloïdal.

MM. Ménétrier et Duval lisent l'observation d'une péritonite à pneumocoques chez un cirrhotique.

F[illegible].

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 24 février 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la précédente réunion est adopté à l'unanimité.

M. le Secrétaire général annonce qu'il a reçu de Boston (Etats-Unis d'Amérique), des renseignements relatifs au prix Warren, à décerner en 1907 par le corps médical de l'hôpital général des Massachusetts, et donne la traduction du document. Ce prix, fondé par feu le Dr J. Mason Warren, en mémoire de son père, est triennal. Il est de 500 dollars (2.500 fr.) Les mémoires, inédits, accompagnés d'un pli cacheté, portant une devise, doivent parvenir à Boston avant le 14 avril 1907. Le travail doit porter sur un point spécial (*special subject*) de la physiologie, de la chirurgie ou de la pathologie, et laissé au choix de l'auteur. Le document ne dit pas si la langue anglaise est obligatoire. L'auteur qui se ferait connaître avant l'attribution du prix serait disqualifié.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Un nouveau journal : *Le Médecin praticien*. — *L'ostéomyélite de la hanche*, par le Dr Duclaux. — M. Duclaux, secrétaire du *Médecin Praticien*, offre de faire passer dans ce journal des comptes-rendus analytiques des travaux de la Société : M. le Président accepte et remercie M. Duclaux.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. de Leymarie, remerciant la Société de l'avoir nommé conseil judiciaire. — 2° Lettre de M. le Dr Boursier, secrétaire général de la Société médico-chirurgicale, accusant réception de la lettre et du document officiel qui, une première fois, n'étaient pas parvenus au siège social. — 3° Lettre de M. le Dr *Dias Amado*, de Lisbonne, remerciant la société de l'avoir nommé membre correspondant à titre étranger.

M. le Dr Lucien Graux, candidat au titulariat, lit un travail sur le « **Rôle des casiers sanitaires des maisons dans l'assainissement des villes** ». — L'examen de cette candidature est renvoyé à une commission composée de MM. Christian, Tissier et Leudet, rapporteur.

M. Duclaux décrit un « **Nouveau procédé de cure radicale du phimosis** ». (*Sera publié.*)

M. Desnos fait observer qu'un procédé qui semble simple peut donner par cela même trop de sécurité à l'opérateur ; et il cite un cas dans lequel il fut appelé, plusieurs heures après l'opération, pour arrêter une hémorrhagie. L'écrasement linéaire avait été pratiqué par un chirurgien très distingué.

M. Duclaux pense que l'instrument n'est pas resté en place assez longtemps.

Cette question sera remise à l'ordre du jour de la prochaine seance, M. Picqué désirant prendre part à la discussion.

M. Coudray fait la communication suivante :

Fragment d'épiploon détaché de la masse épiploïque, fixe au fond d'un sac de hernie inguinale et simulant une tumeur fibreuse de la paroi.

Par le Dr **Paul COUDRAY**.

En novembre 1905, je voyais, avec le Dr E. Pasteau, M. H..., âgé de 49 ans, de bonne santé habituelle, qui désirait être débarrassé d'une petite tumeur de l'aine droite qui le gênait pour le port d'un bandage herniaire, dont il faisait usage depuis plusieurs années.

On trouvait, en effet, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit, une tumeur du volume d'une petite châtaigne, très dure, assez régulière, présentant une extrême mobilité, qui permettait de la déplacer dans tous les sens sous la peau. Cette tumeur ne se

prolongeait pas du côté du trajet inguinal dont l'orifice superficiel était cependant un peu dilaté. En faisant tousser le malade, on ne provoquait pas d'issue, ni de l'intestin, ni de l'épiploon.

Cette singulière tumeur était beaucoup trop mobile pour appartenir à une adénite (1). Une ectopie testiculaire ne pouvait être en cause, car le testicule droit était en place dans les bourses ; seule, l'hypothèse d'une tumeur fibreuse pédiculée, en relation avec l'apovrose du grand oblique semblait plausible.

Néanmoins, l'existence d'une hernie antérieure était certaine, et cette hernie était encore sortie très peu de temps avant l'apparition de la tumeur en question. Cette hernie s'était montrée en 1898 avec des phénomènes douloureux, petite, rentrant avec facilité, et sortant dès que le bandage était enlevé. A deux reprises, en 1901 et en 1904, la hernie sortit plus volumineuse provoquant des accidents d'inflammation ou de début d'étranglement : nausées, sensibilité locale, et elle ne put être réduite qu'au bout d'une heure, à la suite de l'application de compresses chaudes dans un cas, d'un bain chaud dans l'autre cas. Dans la suite, la hernie resta bien contenue et pendant trois mois ne sortit plus, même lorsque le bandage était enlevé. Enfin il y a deux mois, le malade remarqua que la hernie s'était reproduite et qu'on ne pouvait la réduire complètement ; une petite tumeur dure restait en permanence sous la peau, tumeur dont nous avons examiné plus haut les caractères.

Bien que cette tumeur ne fût pas en rapport apparent avec la hernie dont l'existence encore récente n'était pas douteuse, il fallait prévoir le cas où cette tumeur de nature incertaine (lipome herniaire, épiplocèle) aurait fait partie du sac.

Aussi le malade fut-il prévenu que la cure radicale pouvait être nécessaire au cours de l'opération.

Cette opération, pratiquée le 22 novembre 1905, montra la tumeur entourée de multiples couches lamellaires d'un tissu conjonctif riche en graisse, et se continuant en haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale par un long pédicule. Ce pédicule était un sac herniaire complètement vide. Ce sac n'était pas adhérent au cordon, mais aux plans fibreux ; tous les plans fibro-aponévrotiques de la région furent incisés pour découvrir l'extrémité supérieure du sac et le lier, et le réséquer à son embouchure dans le péritoine. Avant cette ligature, il avait fallu réséquer un morceau d'épiploon qui s'engageait obstinément dans la partie profonde du sac ; l'intestin était à peine visible derrière l'épiploon à l'entrée de la cavité abdominale. Suture à trois étages de la paroi. Suites normales.

Ainsi notre tumeur était appendue à l'extrémité inférieure d'un sac de hernie inguinale, sac étroit, vide et mince, surtout dans sa moitié profonde, tumeur grosse comme l'extrémité du pouce, très dure, ayant un peu la forme d'un rein de lapin ou encore d'un petit testicule. L'examen histologique seul pouvait indiquer la nature de cette tumeur d'aspect fibreux.

L'examen *histologique fait* par M. le prof. Cornil, qui a présenté la pièce à la Société anatomique dans la séance du 9 février 1906, a montré que la tumeur était manifestement contenue dans un sac herniaire dont elle oblitérait le fond, et qu'elle était constituée non seulement par un tissu fibro-graisseux, mais, dans une partie notable de son étendue, par un tissu épiploïque identique au tissu du grand épiploon ; cloisons fibreuses minces, tapissées par un endothélium à grosses cellules plates.

Il est donc impossible de penser ici à un simple lipome herniaire.

Le mode de formation de cette singulière tumeur est indiqué par ce que nous savons sur la manière dont se comportent certaines épiploïtes. Si, dans la majorité des cas, ces tumeurs, surtout à la région inguinale, sont volumineuses et ont un pédicule bien appréciable, même au doigt, quelques-unes sont petites et ont un pédicule tellement étroit et filiforme qu'on a parfois de la difficulté à le trouver au cours des opérations. Il est facile de comprendre qu'un pareil pédicule puisse se rompre à l'occasion d'un mouvement brusque quand la hernie est sortie, mieux encore pendant un taxis pour faire rentrer la hernie.

(1) Voir, Thèse de Barbet, 1885-86, Paris.

J'ai été très étonné de ne pas trouver de faits semblables dans les recherches assez étendues que j'ai faites ; il est possible qu'un certain nombre d'observations qualifiées de lipomes herniaires appartiennent à la catégorie de faits que j'envisage ; il est donc nécessaire de revoir au point de vue histologique ces lipomes herniaires, dont le diagnostic clinique avec les épiploïtes est à peu près impossible, suivant la remarque autorisée du prof. Berger.

M. Picqué. — Le fait présenté par M. Coudray, est des plus intéressants. — M. Coudray dit avoir touvé au fond d'un sac herniaire une tumeur que l'examen histologique a démontré être un fragment d'épiploon. M. Coudray a bien voulu rappeler une thèse que j'ai inspirée sur ce sujet à un de mes élèves, Barbet, il y a 20 ans, quand j'étais chef de Clinique du Professeur Richet. — Au point de vue clinique, la question m'intéresse médiocrement, car du moment où on trouve une tumeur mobile dans le trajet inguinal, on doit prendre le bistouri. — Par contre, il y a dans la communication de M. Coudray une question de premier ordre : les maladies spéciales du sac herniaire étaient inconnues autrefois, on décrivait les masses épiploïques, garnissant l'intérieur du sac herniaire ; mais je ne connaissais pas la présence de la masse épiploïque séparée du ventre, comme le raconte M. Coudray. — D'où la grande importance de la pathogénie, qui peut s'éclairer en partie par la communication de M. Coudray. — Quoi qu'il en soit, quand on trouve une tumeur isolée du sac, on a tendance à penser à une transformation néoplasique ou tuberculeuse du sac ; dès lors on devra songer à cette nouvelle variété de lésion signalée par M. Coudray.

M. Mortier communique un cas de cancer du col utérin chez une femme de 31 ans, opérée récemment par le Dr Picqué dans son service de l'hôpital Bichat, et présente l'utérus et ses annexes enlevés par le procédé de l'hystérectomie vaginale.

Cancer du col utérin.

Dans une précédente communication, j'ai eu l'honneur d'attirer votre attention sur l'importance qu'il y avait à diagnostiquer au plus tôt un cancer de l'utérus, de façon à pratiquer une intervention large et précoce dont puisse bénéfier la malade dans la plus large mesure. Je me suis attaché à vous démontrer que, vis-à-vis de certaines hémorrhagies rebelles et abondantes, on devait songer à la possibilité d'un néoplasme utérin et ce, sans tenir compte de l'âge de la malade.

La pièce que je vous présente aujourd'hui n'a pas un bien grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique ; il s'agit d'une tumeur de la portion vaginale du col utérin ; mais le fait intéressant, et sur lequel je me permets d'insister à nouveau, c'est l'âge de la malade.

Il est classique de dire que l'épithélioma du col utérin est rare de 20 à 30 ans et se rencontre, avec son maximum de fréquence, de 40 à 50 ans. Imbus de cette idée, on aurait tendance, en présence d'une femme jeune, et par le fait même de sa jeunesse, d'écarter l'hypothèse d'un néoplasme utérin ; je crois donc logique d'avancer que vis-à-vis de certaines urétrorrhagies rebelles, douloureuses ou indolores, accompagnées même d'un état général bon, et quel que soit l'âge de la malade (j'insiste sur ce point), on doit toujours songer à un épithélioma possible de l'utérus.

Tel est le cas présent, qui fait l'objet de cette courte communication : il s'agit d'une jeune femme de *31 ans*, bien portante, sans antécédents morbides et qui, depuis 18 mois, avait des pertes blanches abondantes. Depuis 10 mois elle a eu de violentes métrorrhagies, surtout à la suite des rapports avec son mari ; certaines hémorragies sont tellement abondantes qu'elles sont parfois suivies de syncopes.

Elle avait été vue, au début de son mal, par un spécialiste de Paris qui avait constaté une endométrite chronique, mais dont les signes n'étaient pas assez nets pour permettre de poser un diagnostic précis. Il avait prié la malade de revenir le voir, mais, malgré ses conseils, celle-ci ne se présenta à sa clinique qu'un an après. A ce moment, le diagnostic s'imposait, et ce médecin-spécialiste adressa alors la malade à mon maître, le Dr Piqué, dans son service de l'hôpital Bichat.

M. Piqué constata, par le toucher vaginal, que le col utérin présentait un bourgeonnement total, affectant la forme d'une cupule largement excavée en son centre. L'aspect normal du col avait disparu, mais les culs-de-sac n'étaient pas envahis, et l'utérus avait conservé toute sa mobilité.

L'état général de la malade est excellent ; pas d'amaigrissement notable pour le moment.

Le 22 février, M. Picqué pratiqua chez cette malade l'hystérectomie totale en un temps : après avoir lié préalablement les artères utérines, il décolla la vessie en avant et ouvrit le cul-de-sac antérieur du vagin. Par cette brèche, il put désinsérer circulairement le col utérin de ses insertions vaginales, et put extirper l'utérus en entier après avoir disséqué de chaque côté les segments de l'artère utérine sur les deux parois latérales de la tumeur ; tamponnement du vagin, fermeture incomplète du vagin par deux points de suture à la soie, et drainage à la gaze de la cavité pelvienne.

Je n'ai pu encore pratiquer l'examen histologique de cette tumeur, l'opération remontant à avant-hier ; mais, au point de vue macroscopique, on a tout lieu d'assurer qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Ainsi donc, Messieurs, le néoplasme de l'utérus doit être toujours suspecté, même en présence d'une femme jeune ; on peut en déduire de suite toute l'importance thérapeutique ; on dépistera plus vite le cancer, on en fera un diagnostic rapidement, en ayant recours, dans les cas douteux, aux lumières du laboratoire et on pourra pratiquer aussitôt une intervention vraiment utile et bienfaisante. On pourra espérer d'enrayer la généralisation du mal, et, pour le cas qui nous occupe, la tumeur étant localisée au col utérin et au vagin, les annexes étant indemnes de lésions, et l'exploration des ganglions hypogastriques ayant été négative, on a le droit de penser qu'on est intervenu assez à temps pour espérer chez la malade une longue survie.

Est déposée sur le Bureau une demande signée par cinq membres titulaires et ainsi libellée : « Demande à l'effet d'une modification avec révision intégrale des statuts de la Société de Médecine de Paris ». Ont signé : MM. Mouzon, Godlewski, Duclaux, Graux et Bergeron.

Cette demande étant prise en considération par la Société, une commission de cinq autres membres sera nommée pour l'étudier dans la prochaine séance.

La seance est levée à 6 h. 30.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel,* Mortier.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de psychiâtrie ; par E. Régis, professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 1906.

Plus de vingt années se sont écoulées depuis la première apparition de ce petit livre, intitulé alors modestement « Manuel pratique de médecine mentale ». Deux éditions successives publiées à une dizaine d'années d'intervalle (1884-1892) en ont consacré le succès.

Pendant cette période (1884-1906), se produisait, en France et à l'étranger, un large mouvement d'idées et d'opinions qui affranchissait la psychiatrie des dogmes stériles de l'hérédité et de la dégénérescence et « la faisait entrer définitivement dans la médecine ordinaire par la voie des grandes doctrines de la pathologie générale actuelle... »

Hardiment, et le premier en France, M. Régis se plaça à la tête de ce mouvement, combattant par la plume et par la parole, et entraînant à sa suite une pléiade d'élèves formés à son enseignement. C'est donc à lui, plus qu'à tout autre, qu'il appartenait de nous délivrer des vieilles rubriques psychiatriques, puisqu'aussi bien l'occasion lui en était offerte par la publication, devenue nécessaire, d'une 3e édition de son ancien manuel. M. Régis l'a si bien compris que, de propos délibéré, il a donné à cette 3e édition le nom de « *Précis de psychiatrie* », affirmant ainsi son intention de faire une œuvre vraiment neuve et originale.

Dans quelle mesure il y a réussi, c'est ce que va nous montrer l'analyse de son livre.

Celui-ci est divisé en trois parties. La première est consacrée à la *psychiatrie générale*, la seconde à la *psychiatrie spéciale* et la troisième est réservée à la *pratique psychiatrique*, envisagées au double point de vue médical et médico-légal.

Après avoir résumé brièvement l'histoire de la médecine mentale à travers les âges et montré sa tendance actuelle à l'unification avec la médecine ordinaire, en ce qui concerne ses procédés d'examen, ses méthodes, de recherches, etc., l'auteur passe en revue, dans la 1re partie, les notions les plus importantes relatives aux psychopathies en général, c'est-à-dire leurs *causes*, leur *évolution*, les *lésions* qui caractérisent un certain nombre d'entre elles, leur *pronostic*, leurs *complications*, etc.

Vient ensuite un chapitre de *séméiologie* ou de *symptomatologie générale* dans lequel sont étudiés la plupart des éléments constitutifs de ces psychopathies : troubles de l'idéation, des perceptions, de l'émotivité, de la conscience, de la personnalité, de l'activité, etc. ; troubles de la motilité, de la sensibilité, des fonctions organiques, viscérales, trophiques, vasomotrices, etc.

Ce chapitre qui constitue une préface indispensable à l'étude individuelle des psychoses a été complètement remanié et enrichi de toutes les acquisitions les plus récentes sur les *modifications des sécrétions*, notamment du *suc gastrique*, de *la bile*, *des urines*, ainsi que des *humeurs*, du *sang*, du *liquide céphalo-rachidien*, etc., chez les aliénés.

A côté des troubles psychiques et physiques des psychoses proprement dites, on trouvera encore dans ce chapitre l'indication des principaux *stigmates physiques* ou *psychiques* des états de dégénérescence ou de déchéance organiques.

Cette première partie se termine par un exposé raisonné de la *classification* qui sert de base et de fondement à la *Psychiatrie spéciale*, objet de la seconde partie.

M. Régis distingue, dans l'ensemble des états psychopathiques, ceux qui sont *primitifs* et ceux qui sont *secondaires*. Il divise ensuite les états psychopathiques primitifs, qu'il considère comme les seules formes autonomes des maladie-

mentales, en *psychopathies-maladies* ou *psychoses*, et en *psychopathies-infirmités*.

Les PSYCHOPATHIES-MALADIES OU PSYCHOSES, qui « troublent le psychisme dans son fonctionnement », sont formées à leur tour de deux groupes : 1° les *psychoses généralisées* comprenant quatre espèces : la *manie*, la *mélancolie*, la *manie-mélancolie* ou *folie à double forme* et la *confusion mentale* ; 2° les *psychoses essentielles* ou *folies systématisées* ramenées toutes à une espèce unique, la *psychose systématisée progressive*, dont elles représentent simplement autant de variétés ou d'étapes.

Les PSYCHOPATHIES-INFIRMITÉS, qui « lèsent le psychisme dans sa constitution », sont également de deux ordres : 1° les *infirmités psychiques d'évolution*, qui arrêtent ou vicient le psychisme dans son développement (déséquilibrations, excentricités, originalités avec ou sans psychoses concomitantes, imbécillités, idioties, etc.) ; 2° les *infirmités psychiques d'involution* qui, « le psychisme une fois développé, le désagrègent et l'affaiblissent » (démence primitive simple ou avec psychose).

Les ÉTATS PSYCHOPATHIQUES SECONDAIRES, SYMPTOMATIQUES OU ASSOCIÉS comprennent « une infinité de formes morbides qui encombraient auparavant, disséminées sous des étiquettes diverses (folies sympathiques, viscérales, diathésiques, etc.) le cadre nosologique, et qui, actuellement, se trouvent réunies par leur communauté d'origine et de symptômes en une synthèse logique et naturelle. »

Cette synthèse est l'œuvre maîtresse de M. Régis. C'est lui, avec ses élèves, qui, depuis une quinzaine d'années, s'est attaché à montrer que les psychopathies dues à des auto-intoxications, pour si divers que soient les poisons qui les engendrent, comportent des altérations du système nerveux et des manifestations symptomatiques analogues à celles de toutes les autres intoxications. En ce qui concerne notamment la symptomatologie, il a établi qu'elle était semblable à la fois dans les psychoses d'exo et d'auto-intoxication et dans les psychoses d'infections. Cette symptomatologie tire ses caractères de la mélancolie, de la confusion mentale et du délire onirique. Ainsi se trouve constitué un véritable syndrome des psychoses toxi-infectieuses, des « délires des hôpitaux » pour employer l'heureuse expression de M. Régis, syndrome qui permet de relier et de grouper toutes ces psychopathies dans une seule famille nosologique.

Cette doctrine a été accueillie avec enthousiasme par toute la jeune école psychiatrique, et, réserve faite de quelques exagérations, de quelques généralisations un peu systématiques, on peut dire qu'elle constitue un des plus grands progrès réalisés en médecine mentale durant les vingt-cinq dernières années.

Il nous faut louer également sans réserves, sans avoir le temps d'y insister, toute la troisième et dernière partie de l'ouvrage consacrée aux *applications* de la psychiatrie à la *pratique médicale* et *médico-légale*. Médecins et étudiants, sans parler des spécialistes, y trouveront les indications les plus utiles relatives au *diagnostic* et au *traitement* des maladies mentales, aux différents modes d'*assistance* et de *placement* des aliénés, à la *législation* qui les concerne, etc., etc.

Au point de vue médico-légal, les nombreuses et épineuses questions de *droit criminel* et de *droit civil* que soulèvent à chaque instant, les *crimes*, les *délits* ou simplement les *actes de la vie ordinaire* commis par les aliénés, sont traitées avec la compétence et l'autorité que l'auteur a puisées dans l'exercice de ses délicates fonctions d'expert en matière de psychiatrie civile et militaire.

A elle seule, cette dernière partie suffirait à assurer le succès de ce « Précis », qui, abstraction faite de quelques idées doctrinales dont la critique ne saurait trouver place ici, est actuellement le résumé le plus judicieux et le plus substantiel de nos connaissances théoriques et pratiques en médecine mentale.

G. DENY.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS ET DE LA SEINE. — Bureau pour 1906 : Président, Dr L. Gonrichon ; vice-présidents : Dr Cayla, Doury, de Pradel ; secrétaire général : Dr Butte ; trésorier : Dr Georges Lévy ; secrétaires : Drs Biard, Meyer.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'emphysème par l'Hélénine.

Sous l'influence de l'Hélénine, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires cesse d'être gênée et la respiration se fait librement ; ce que le Dr de Korab a constaté maintes fois, non seulement par la percussion et l'auscultation, mais aussi au moyen du polygraphe, appareil enregistreur de M. le professeur Marey, que le professeur Constantin Paul a bien voulu mettre à sa disposition à Lariboisière. L'oppression cesse et le malade devient, si nous osons nous servir d'une expression comparative, comme l'arsenicophage de la Haute-Autriche plus apte à respirer dans la marche ascendante. Ainsi s'explique l'action bienfaisante de l'Hélénine dans l'emphysème.

Trois à quatre globules du Dr de Korab par jour.

VARIA

L'incinération en Allemagne.

L'état comparé de la France et de l'Allemagne, au point de vue de l'incinération, a déjà figuré ici même (1). C'est-à-dire qu'en pays libre, en France, où la loi consacre la liberté des funérailles, on ne compte que *trois crématoriums*, et *une* seule *Société* de propagande comprenant 700 membres environ. En Allemagne, au contraire, nation autocratique et « pieuse », où les principaux Etats (Prusse, Wurtemberg, Bavière) défendent de brûler les cadavres, on découvre *huit monuments crématoires* (2) et près de *cinquante sociétés* d'incinération, dont celle de Berlin, à elle seule, comptait, en mai 1903, *2523 membres* (3).

On me transmet les statuts et 3 comptes rendus annuels d'une nouvelle Société pour l'incinération, qui a surgi en 1901, à PLAUEN (4) dans la Saxe. On y voit que le nombre des sociétaires s'est accru chaque année d'une manière très sensible, soit respectivement : 126, 165, 229 membres. La Société se propose d'obtenir :

1° La pratique de l'incinération dans le royaume de Saxe ;

2° L'incinération obligatoire de tous cadavres de contagieux, etc. On peut y lire encore que, dans une conférence tenue à Dessau le 17 février 1904, le Pasteur principal, M. Stage, de Hamburg, a exprimé l'avis qu'il n'y a nulle contradiction entre l'inhumation et l'incinération, que ce dernier mode n'est pas en opposition avec le dogme de la Résurrection, et que l'Eglise devrait travailler à écarter les préjugés et à ne pas laisser amoindrir son autorité (5).

Le Crematorium le plus proche de la ville de Plauen est celui de *Iena*, puis celui de *Gotha*. C'est donc vers l'une ou l'autre de ces deux villes que les cadavres sont dirigés de Plauen, avec le minimum de frais de transport. L'incinération coûte au total 306 francs si elle a lieu à Iéna, et 332 francs, si elle est faite à Gotha ; la différence des sommes tient à celle des distances. Enfin les Membres de la Société d'incinération de Plauen, peuvent s'assurer comme d'autres sociétés d'Allemagne, pour parer, contre une faible prime annuelle, aux frais d'incinération.

P. C.

Projet de lutte contre la tuberculose à Paris par l'hospitalisation.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris vient d'adopter le rapport que M. Léon Bourgeois lui a adressé au nom de la Commission de la tuberculose ayant trait à l'hospitalisation des tuberculeux.

Voici comment M. Léon Bourgeois a indiqué les trois points importants qui doivent servir de direction au plan de lutte contre la tuberculose tels que les a reproduits le *Temps* :

(1) Paul CORNET « *L'Incinération en Allemagne* », in *Progrès Médical*, 7 et 13 février 1904.

(2) A Gotha, Heldelberg, Hambourg, Iéna, Offenbach, Mannheim, Eisenach, Mainz.

(3) Paul CORNET. — *Loc. cit.*, p. 6.

(4) *Verein für Feuerbestattung in Plauen, i.-V.*

(5) 3. *Jahresbericht des Vereins für Feuerbestattung zu Plauen*, i. V., p. 6.

1° L'Assistance publique accomplira son devoir étroit, son premier devoir envers les autres malades en isolant d'eux les tuberculeux ; mais elle n'accomplira pas encore son devoir envers ces derniers en leur ouvrant simplement des hôpitaux ou des quartiers spéciaux. Ce qu'elle doit leur assurer, c'est un ensemble de conditions de traitement particulières et variables comme les conditions du mal lui-même.

2° Il ne suffit ni de traiter temporairement à l'hôpital certains accidents aigus, ni de recueillir comme dans un quartier d'hospice des chroniques auxquels on se borne à donner quelque soulagement et à procurer une fin plus douce. Si l'Assistance publique veut remplir tout son devoir, — si même simplement elle veut parvenir à diminuer le nombre toujours croissant des chroniques qui encombrent ses services et dont les tuberculeux forment une si grande part, — c'est à tous les degrés et à toutes les conditions variables du mal qu'elle doit apporter des moyens d'action et c'est par une organisation de la lutte contre le mal qu'elle doit procéder en variant ses moyens d'action suivant les variétés et les degrés du mal.

Suivant le degré du mal, le traitement de la tuberculose doit être :

Ou assuré au dehors, chez le malade lui-même, et dans sa famille, — lorsqu'il n'en résultera aucun danger pour celle-ci ni pour lui-même, — grâce à un système de consultations externes, de secours en nature ou en argent, de conseils et de prescriptions d'hygiène, constituant en somme le type de la cure de dispensaire ;

Ou assuré dans un quartier d'hôpital, à Paris, lorsque des raisons d'ordre médical exigent l'hospitalisation, ou lorsque des raisons sociales interdisent la séparation de la famille et rendraient trop pénible un trop grand éloignement. Les hôpitaux ou les quartiers spéciaux destinés à cette catégorie de malades doivent être organisés non comme des établissements généraux, mais dans les conditions particulières d'aération, d'orientation et d'outillage hospitalier exigées pour un traitement véritable de la tuberculose ;

Ou, enfin, assuré dans des hôpitaux ou des quartiers spéciaux hors de Paris, toutes les fois que les conditions des deux cas précédents ne se présentent pas, toutes les fois notamment qu'il s'agira d'un séjour possible d'une assez longue durée, pour lequel les influences atmosphériques et climatériques ont naturellement le plus d'effet. Les hôpitaux ou quartiers spéciaux doivent être situés, outillés, bien entendu, en vue de la véritable cure.

3° Pour que chaque malade ou chaque groupe de malades trouve dans cette organisation hospitalière tripartite la place qui lui convient réellement, il faut que ces trois moyens d'action de l'Assistance publique soient reliés les uns aux autres par une pensée et une direction communes ; il faut que le tuberculeux puisse, selon les changements de son état, être soit observé et suivi par le service de la consultation et du dispensaire, soit placé immédiatement dans une salle de l'hôpital d'où dépendra ce dispensaire, soit désigné pour un transfert dans l'hôpital extra-urbain. Il est possible, il est probable que plus d'un de nos malades pourra passer successivement par chacun de ces trois sélections.

D'où la nécessité de donner son dispensaire à chacun des hôpitaux ou quartiers spéciaux parisiens affectés à la tuberculose, et d'établir des relations régulières avec un hôpital ou un quartier spécial suburbain.

Pour essayer de mettre ce vaste projet à exécution, le Conseil de surveillance a décidé les innovations suivantes :

1° Création, à l'hôpital Laënnec, sur les terrains en bordure de la rue Vanneau, d'un service de consultation et d'un dispensaire hospitalier pour tuberculeux ;

2° Affectation d'un quartier spécial de l'hôpital Laënnec (4 salles d'hommes, 4 salles de femmes, représentant 250 lits) au traitement des tuberculeux examinés par ce dispensaire et désignés pour l'hospitalisation immédiate à Paris ;

3° Aménagement de cette partie de Laënnec en vue du traitement véritable (galeries de cure, etc.) ;

4° Affectation de 500 lits disponibles de Brévannes aux tuberculeux désignés par la consultation de Laennec pour l'hospitalisation à la campagne.

Une fois ce premier essai tenté, on créerait à l'hôpital Tenon une organisation semblable ; à savoir : un dispensaire avec consultation, 400 lits d'hôpital affectés aux tuberculeux et le sanatorium d'Angicourt comme hôpital de campagne.

Enfin grâce à l'emprunt de 45 millions on pourrait créer à l'hôpital St-Antoine un quartier de 1.700 lits pour tuberculeux, complété par un hôpital de campagne projeté à Ivry ou à Vaucresson.

Le Conseil de surveillance ayant adopté les conclusions de M. Léon Bourgeois, des propositions détaillées, avec les chiffres précis des dépenses élevées qui devront être engagées seront soumises au Conseil municipal.

NÉCROLOGIE

Le médecin-inspecteur général Léon COLLIN.

M. le médecin-inspecteur général Léon Collin, ancien professeur d'épidémiologie au Val-de-Grâce ; ancien président de l'Académie de médecine, est décédé. Cette mort est une perte pour la Science, dont il fut un des maîtres les plus écoutés, et pour le Corps du service de santé militaire dont il resta toujours un chef respecté. Son nom s'ajoutera, dans le Livre d'Or de la médecine militaire, à ceux des Percy, Larrey, Sedillot, Michel-Levy, Laveran, Villemin et tant d'autres, dont nous conservons toujours un souvenir reconnaissant pour la gloire qu'ils nous ont donnée. Mais ce savant était aussi un homme essentiellement probe et modeste ; respectueux de la dignité et des opinions des autres, surtout quand ils étaient ses subordonnés, sachant admettre toutes les façons de croire et de penser : assez amoureux de la justice et de la vérité pour rechercher, dans les idées en contradiction avec les siennes, les parcelles de vérité qu'elles pouvaient contenir. — Et voilà peut-être, dans les temps où nous vivons, le fleuron le plus appréciable du patrimoine que notre Maître lègue à ceux qui le pleurent ! A. Demmler.

FORMULES

XVI. — Contre la carie des alvéoles.

En applications sur les gencives :

Teinture de Pyrèthre	5 gr.
Laudanum de Sydenham	2 gr.
Chloroforme	1 gr.

ou :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 30
Acide benzoïque	5 gr.
Eugénol	6 gr.
Alcool absolu	30 gr.

ou :

Chloroforme	àà 2 gr.
Créosote	àà 2 gr.
Laudanum de Sydenham	àà 2 gr.
Teinture de benjoin	10 gr.

(M. Péraire et G. Mahé, cités par le *Médecin praticien.*)

Commission de la vaccination

Par arrêté du 23 janvier 1906, le préfet de la Seine a constitué une commission chargée de fixer les conditions de l'obligation légale de la vaccination et de la revaccination.

Cette commission, placée sous la présidence de M. Menant, directeur des affaires municipales, comprend, outre les secrétaires chefs de bureau des mairies de Paris, MM. Galli, Bussat et Heppenheimer, conseillers municipaux ; M. Juillerat, chef du bureau de l'assainissement de l'habitation, et M. Filassier, secrétaire.

MÉDAILLONS MÉDICAUX

Les transfuges de la médecine.

Le Dr Abel DEVAL

Rue Caumartin, une grande cour ; au fond une porte vitrée, derrière, un nègre.

- Dr Deval s. v. p. ? — Montez... Une antichambre, meublés Louis XIII, un employé. plusieurs personnes, surtout du sexe différent de celui de votre serviteur... sans doute des clientes ? Non. des actrices... Oh ! oh ! ce médecin... ; non ce n'est pas cela. Le Dr Deval est directeur de l'Athénée, cette charmante petite salle dont les Parisiens ont réappris le chemin depuis que notre confrère en a la gestion.

C'est d'ailleurs justement parce que M. Deval dirige l'Athénée que le *Progrès médical* a été lui rendre visite. Nous avons cru, en effet, qu'il serait intéressant à connaître les raisons qui ont pu pousser des médecins à abandonner la médecine après avoir fait de sérieuses études. En effet si l'on consulte le Tout-Paris. l'on constate qu'il y a dans le monde politique, littéraire, théâtral, artistique, militaire, diplomatique et dans le *monde* proprement dit, un nombre considérable de médecins qui n'*exercent* pas. Pourquoi ? C'est ce que nous sommes allé demander à M. Deval et ce que nous demanderons à d'autres personnalités.

Pendant que vous apprenez pourquoi nous sommes chez M. Deval, nous, nous l'attendons.

Une porte claque, M. Deval paraît, et nous conduit lui-même dans son élégant cabinet. Meubles confortables, quelques livres en désordre, une bouteille d'eau de source donnent à ce bureau directorial une petite allure médicale.. Grand, maigre, d'une élégance sobre, M. Deval ressemble plutôt à un officier qu'à un médecin ou à un acteur. D'ailleurs très aimable, il nous accueille en souriant et se fait un plaisir de parler un instant avec nous de sa vie, de ses études médicales.



— Ce sont, nous dit-il, des raisons de famille qui m'ont poussé à faire mes études médicales. Il y a de nombreux médecins dans mes parents entre autres mon frère, sénateur du Tarn. En outre, l'on ne pouvait comprendre chez moi qu'un homme pût gagner sa vie dans une carrière artistique et surtout théâtrale.

. . . .

L'impression que j'ai retirée des études médicales ? Oh, une impression de grande force intellectuelle, je les considère comme une gymnastique des plus productrices ; grâce à elles j'ai pu acquérir une méthode d'observation et de déduction, qui m'a été très utile dans la vie et au théâtre.

— Que pensez-vous du monde médical ?

— Quant à la corporation médicale, j'estime que, quoiqu'on en dise, c'est une de celles où l'esprit de solidarité est encore le plus vif et le mieux compris. J'ai toujours conservé une grande admiration pour mes anciens maîtres, Panas, Pozzi, Letulle, Vidal, Delbet. Quant à mes anciens camarades, Griffon, Besançon, Cottru, je m'honore d'être devenu leur ami ; c'est d'ailleurs toujours avec satisfaction que je parle de la médecine et je suis avec intérêt les travaux et les ouvrages du jour.

Le Dr Deval n'a jamais exercé ; d'ailleurs il était au Conservatoire, classe de Got, pendant ses études et avait déjà fait d'importantes créations lors de la soutenance de sa thèse dont le sujet a été préparé au laboratoire du Dr Griffon en 1895 ; le titre en est : *L'impetigo au point de vue historique et bactériologique.* Parmi ses succès au théâtre, citons *Les Rois*, *Michel Strogoff*, *Magda*, *Gismonda*, *La Tosca*, *Le Spiritisme*, *Fédora*, *Perr*, *Gynth*, (il passa sa thèse de docteur quelques jours après sa création des *Mauvais Bergers*).

. . . .

— Ma véritable vocation était le théâtre, j'étais forcé de faire de la médecine, j'en ai fait, j'y ai pris goût, mais, je le répète, mon véritable but était le théâtre.

Si je donne la préférence au théâtre, pour l'heure actuelle, la médecine est cependant pour moi un passe-temps. un art

d'agrément, c'est d'ailleurs le plus grand bien que j'en puisse dire.

Nous demandons alors à M. Deval s'il a eu ou s'il a quelques fois l'occasion d'appliquer ses connaissances de médecin.

— Oui, quelquefois, étant aide-major de réserve, je profite de cette occasion pour pratiquer un peu, tandis que mes confrères considèrent en général leurs périodes d'instruction comme des vacances ; également en voyage, il m'est arrivé d'avoir besoin de recourir à mes connaissances dans des cas urgents.

....?

Non je ne regrette ni d'avoir fait ma médecine, ni d'avoir ensuite choisi le théâtre. Je referais la même chose si j'avais à recommencer ma vie. En effet, j'ai tiré des satisfactions des deux.

— Ne seriez-vous pas tenté d'exercer ?

— Non, car je sais ce qu'est le théâtre et j'ignore ce que pourrait être pour moi l'exercice de la médecine. Le théâtre m'a réussi tandis que l'exercice de la médecine ne me réussirait peut-être pas.

....?

— Oui je suis et j'admire les progrès croissants faits par la médecine et je crois fermement en son avenir. Selon moi la médecine ne fait que commencer ; mais elle restera comme un art auquel un alphabet de science est nécessaire, mais aujourd'hui, surtout un art.

L'idée qu'exprime M. Deval est fort juste, et d'autant plus curieuse dans sa bouche qu'il n'a jamais exercé. En effet le grand savant n'est pas toujours grand professeur, de même le docteur qui connait à fond les sciences médicales peut n'être qu'un piètre praticien aussi ignorant de l'*art* de soigner que le professeur est ignorant de la pédagogie. Ce ne sont pas les livres, mais la vie de tous les jours, qui apprend qu'à côté du traitement scientifique il y en a un moral qui est peut-être plus efficace que le premier. On étudie donc la vie puis on l'applique en la traduisant, qu'est-ce cela sinon la formule de l'art ?

....?

— Non, je ne crois pas que beaucoup de médecins fassent du théâtre, car il leur faudrait la vocation qu'ils peuvent avoir, mais qui n'a aucun rapport avec leurs études.

Nous n'avions plus qu'à remercier l'aimable directeur de l'Athénée et à le laisser continuer sa réception que nous avions interrompue peut-être trop longtemps.

Un médecin acteur ! comme les mœurs ont changé depuis Molière ! Ouais ! Monsieur Purgon, vous voilà donc monté sur les planches ? Marcel B.

PHARMACOLOGIE

« L'activité de deux substances combinées est supérieure à la somme de la puissance de chacune d'elles. » C'est ce qui explique et affirme l'activité de la Nervocithine Tissot, phospho arseniée organique et hématique, véritable reconstituant du plasma cellulaire, terrain primordial et essentiel de l'organisme ; les praticiens l'emploient soit en ampoules pour injections, soit en dragées ou sirop au moment des repas.

Notes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 7 mars.* — *M. Broquin-Lacombe* : Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le chlorure mercurique (sublimé corrosif) (MM. Gautier, Gaucher, Roger, Richaud). — *M. Kahan* : De l'alimentation par les décoctions végétales dans les gastro-entérites infantiles (MM. Gaucher, Gautier, Roger, Richaud). — *M. Chaumel* : Recherches sur la croissance des enfants des écoles de Paris et des crèches, dispensaires et consultations externes des hôpitaux.) (MM. Gaucher, Gautier, Roger, Richaud). — *M. Touze* : L'appendicectomie préventive, méthode de Longuet (MM. Roger, Gautier, Gaucher, Richaud.) — *M. G. de Saunais de Guermarquer* : L'appendicite parasitaire (MM. Blanchard, Kirmisson, Segond, Teissier). — *M. Isautier* : Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus (MM. Kirmisson, Blanchard, Segond, Teissier). — *M. Person* : Contribution à l'étude des fistules appendiculo-vésicales (MM. Segond, Blanchard, Kirmisson, Teissier). — *M. Merlot* : Contribution à l'étude de l'extension continue dans le traitement des fractures obliques de la jambe (MM. Segond, Blanch... Kirmisson, Teissier.

Jeudi, 8 mars. — *M. Ferre* : De certaines infections second... d'origine buccale (MM. Cornil, Raymond, Dupré, Bezançon.) — ... *Jolly* : Crises hépatiques et tabes (MM. Raymond, Cornil, Dupré, ... zançon) — *M. Gaudemet* : De l'intervention chirurgicale ... l'ulcère non perforé de l'estomac (MM. Le Dentu, Budin, De La... sonne, Brindeau.) — *M. Gasse* : L'école des mères (MM. Budin, ... Dentu, De Lapersonne, Brindeau.) — *M. Charelle* : De l'influe... du traumatisme sur la production et l'évolution des tumeurs ... l'œil et de ses annexes (MM. De Lapersonne, Le Dentu, Bud... Brindeau.

Examens de doctorat. — *Lundi, 5 mars.* — 2e (Salle Richet) : ... Ch. Richet, Broca (André), Macaigne. — 3e (1re partie, 1re série, ... Salle Béclard) : MM. Pinard, Mauclaire, Cunéo. — 3e (1re parti... série, Oral, Salle Broussais) : MM. Terrier, Lepage, Rieffel. — ... (1re partie, 3e série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Kirmisson, Sébil... Potocki. — 3e (1re partie, 4e série, oral, Salle Velpeau) : MM. ... gond, Wallich, Branca. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : ... Dejerine, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : ... Gaucher, Claude, Balthazard.

Mardi, 6 mars. — 3e (2e partie. Laboratoire des travaux prati... d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiard, Maillard. — 3e ... partie, 1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Le Dentu, Bonna... Launois. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Po... Maygrier, Rieffel. — 3e (1re partie, 3e série, Oral, Salle Broussai... MM. Poirier, Hartmann, Brindeau. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re ... rie, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (Chir... gie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Berger, Auvray, Mores... — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Gouget, Jeanselme.

Mercredi, 7 mars. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Paste... MM. Pinard, Gosset, Branca. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, ... Charcot) : MM. Terrier, Sébileau, Wallich. — 3e (1re partie, 3e s... Oral, Salle Corvisart) : MM. Reclus, Lepage, Cunéo — 3e (1re ... tie, 4e série, Oral, Salle Richet) : MM. Tuffier, Potocki, Rieffel.

Jeudi, 8 mars. — 1er (Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Laun... Auvray. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard : MM. Gu... Bar, Thiéry. — 3e (1re partie, 2e série, Oral. Salle Pasteur) : M... Berger, Retterer, Bonnaire. — 3e (1re partie, 5e série, Oral, ... Richet) : MM. Pozzi, Maygrier, Rieffel.

Vendredi, 9 mars. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux prati... d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Blanchard, Legry. — 3e ... partie, Oral, Salle Richet) : MM. Reclus, Lepage. Rieffel. — 3e ... partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Joffroy, Brissaud, Teissier ... 4e (Salle Corvisart) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard. — 5e (... rurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Terrier, Delens, Goss... 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauc... Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : ... Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 10 mars. — 3e (1re partie, Oral, Salle Charcot) : MM ... Lapersonne, Bar, Thiéry. — 4e (Salle Broussais) : MM. Ch... messe, G. Ballet, Vaquez. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : ... Raymond, Thiroloix, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beauj... Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clin... Tarnier) : MM. Maygrier, Ribemont-Dessaignes, Brindeau.

Cours de clinique thérapeutique. — M. le Pr Albert R... inaugurera ce cours le jeudi 8 mars, à 10 heures du matin, ... continuera les mardis, jeudis et samedis.

Cours de pathologie et thérapeutique générales ... M. le Pr Bouchard commencera ce cours le jeudi 8 mars 19... 5 heures dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté et le conti... les samedis, mardis et jeudis suivants. L'objet du cours sera, ... année, la *thérapeutique des maladies chroniques*.

Clinique sur les maladies du système nerveux. — M. ... Déjerine commencera le mardi le 6 mars 1906 à 5 heures, ses le... cliniques sur les affections du système nerveux, dans la salle ... consultations externes de l'hospice de la Salpêtrière. Le mercre... 9 h. 1/4, il procédera à sa consultation, à l'examen clinique des ... lades. Son cours se continuera tous les mardis et vendredis ... heures indiquées.

Conférences de pathologie interne. — M. le Dr Thiro... agrégé, commencera ses conférences le mercredi 7 mars, à 5 he... dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les ... dredis, lundis et mercredis suivants. Il traitera des *maladies ... voies respiratoires*.

Conférences d'histologie. — M. le Dr Branca, agrégé, ... mencera ses conférences sur *les tissus, les organes de la ... l'appareil uro-génital* au grand amphithéâtre de la Faculté, le sa... 3 mars, à 5 heures, et les continuera les mardis, jeudis et sam...

Conférences de physiologie. — M. le Dr Langlois, agr... commencera, le lundi 5 mars, à 4 heures, dans le grand amphit...

de l'école pratique, ses leçons sur la *circulation et la respiration* et les continuera les mercredis, vendredis et lundis.

Conférences de physique. — M. le Dr Broca, agrégé, commencera ses leçons de physique médicale, le lundi 5 mars, à 5 heures, à l'amphithéâtre de physique et chimie de la faculté et les continuera les mercredis et lundis suivants.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 février 1906 au samedi 17 février 1906, les naissances ont été au nombre de 1.027, se décomposant ainsi : légitimes 767, illégitimes 260.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 970, savoir : 475 hommes et 495 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 20. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 6. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 201. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 64. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 56. — Maladies organiques du cœur : 72. — Bronchite aiguë : 13. — Bronchite chronique : 26. — Pneumonie : 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 133. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 34. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 44. — Morts violentes : 16. — Suicides : 11. — Autres maladies : 99. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 19.

Corps de santé colonial. — Le médecin aide-major de 1re classe Cavasse, du 3e d'infanterie coloniale, est désigné pour servir en Afrique occidentale, par permutation avec le médecin aide-major de 1e classe Ouzilleau, précédemment affecté à la coloniej et qui a été mainteau aux batteries du 1er d'artillerie coloniale, à Rochefort.

Muséum d'histoire naturelle. — L'assemblée des professeurs administrateurs du Muséum d'histoire naturelle, réunie sous la présidence de M. Edmond Perrier, a désigné au choix du ministre deux candidats à la chaire de botanique : M. Henri Lecomte, professeur au lycée Saint-Louis, et M. Bois, assistant au Muséum.

Hopitaux d'Aix-en-Provence. — Un concours s'ouvrira le vendredi 16 mars, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour l'attribution de deux places d'internes en médecine. Les demandes d'inscriptions en vue de ce concours doivent être adressées au secrétariat de l'administration, avant le 9 mars. (*La Provence médicale*).

Société française d'hygiène. — Dans sa séance du 9 février, la Société Française d'Hygiène a procédé à l'élection de son bureau qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1906 : Président : M. Edmond Perrier, de l'Institut, directeur de Muséum. Vice-Présidents : M. Fichet, Dr Degoix, Dr Foveau de Courmelles, Dr Moreau de Tours, Dr F. Bremont, H. Goudal. Secrétaire-Général : M. A. Joltrain. Secrétaire-Général adjoint : M. F. Marié-Davy. Secrétaires : MM. le Dr Blazac, Rouxel, Dr Charlier, Dr O' Followell. Trésorier : M. J. Landau. Bibliothécaire : Mme M. Joltrain. Chef du Laboratoire : M. Ferdinand Jean. En outre, la Société a décidé à l'unanimité et par acclamation d'accorder le titre ds Président honoraire à M. Janssen, de l'Institut, président sortant.

Concours pour l'année 1906. — Fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, la Société Française d'Hygiène met au concours la question de l'Air : *Sa composition, Causes de viciation, Aération et Ventilation des Locaux habités, Portes et Fenêtres.* La Société affecte à ce concours une médaille de vermeil, offerte par son président honoraire, M. Janssen, de l'Institut ; une médaille d'argent et une médaille de bronze. Les mémoires devront être inédits, écrits en français et ne pas dépasser 36 pages in-8o. Ils seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1906, au siège de la Société Française d'Hygiène, Hôtel des So-

ciétés Savantes, 26 rue Serpente. Un second concours, spécialement réservé aux auteurs féminins, et institué par M. Janssen, qui y affecte une médaille de vermeil, portera sur les Vêtements et le Linge, *leur Entretien hygiénique*. — Mêmes conditions et même date que pour le concours de l'Air.

Médecin acquitté. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre confrère, Bours, de Coincy (Aisne), qui avait été condamné à des dommages-intérêts à la suite d'un accident de chlorofomisation dont on ne pouvait en toute équité le rendre responsable (Voir *Bulletin du Progrès médical*, n° du 6 janvier 1906) vient d'être acquitté en appel. Nos sincères félicitations à notre Confrère.

Reconnaissance d'une étudiante américaine. — Nous apprenons avec plaisir, lisons-nous dans la *Gazette méd.* de Nantes du 24 févr., que Mlle Louise Robinowitch, docteur en médecine, qui a passé plusieurs examens près de notre Ecole, vient de s'inscrire comme membre titulaire perpétuel de la Société de protection de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes et a versé à ce titre une somme de cinq cents francs.

Ecole de Médecine de Limoges. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes en date du 24 février 1906, un concours s'ouvrira, le 15 octobre 1906, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. P. M.

Poste médical important. — La Cie de caoutchouc de la Haute-Sangha, Congo français, demande un jeune médecin vigoureux, de 27 à 32 ans, pour soigner les employés de sa Factorerie. Traitement : 8.000 francs de fixe. Plus une gratification annuelle qui ne sera jamais inférieure à 4.000 francs, et qui pourra s'élever bien au-dessus. — S'adresser au Dr Helme, 10, rue de St-Pétersbourg, Paris.

Nécrologie. — Le *Lyon médical* du 25 février annonce la mort, à Vienne, du Dr Michalon.

Chronique des Hôpitaux.

Concours de l'internat. — Epreuve écrite supplémentaire pour 3 candidats dont les copies avaient été égarées. Question donnée : « *Artère sylvienne. Signes et diagnostic de l'hydronéphrose.* » Deux copies ont été remises, aucun des candidats n'a répondu à l'appel de son nom pour la lecture de sa copie.

Concours de médecin des hôpitaux. — Dans la séance du 26 février, le sujet de l'épreuve écrite a été : *Anatomie pathologique et bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. Diagnostic de l'asthme.* Le jury s'est divisé en deux sections. La section d'anatomie pathologique comprend MM. Moutard-Martin, Tapret, Dalché, Comby, Labadie-Lagrave. La section de symptomatologie comprend MM. Florand, Thoinot, Roger, de Beurmann et Brault.

Concours de dentiste des hôpitaux. — Le jury comprend MM. Ferrier, Richer, Brault, Delbet, Lannelongue.

Salpêtrière. — *Maladies du système nerveux.* — Le professeur Déjerine, médecin de la Salpêtrière, commencera ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, à la Salpêtrière, le mardi 6 mars à 5 h. et les continuera les mardis suivants à la même heure. Le mercredi matin à 9 h. 1/4, examen des malades à la consultation externe. Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. No 10 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 MARS 1906

Le Progrès Médical

MALADIES NERVEUSES

Accidents hystériques d'imitation

Par le Dr TERRIEN.
Médecin directeur de la maison de santé de Doulon-lès-Nantes.

Si l'on veut prendre la peine d'étudier avec soin la genèse des gros accidents de l'hystérie, tels que paralysies, contractures, tremblement, aphonie, cécité, etc.) on sera surpris de constater combien ils sont souvent le produit de l'imitation. Un hystérique voit à côté de lui, dans son village, un médullaire qui traîne la jambe, se raidit en marchant, un parkinsonnien dont les membres sont agités d'un tremblement caractéristique, un tuberculeux à qui le larynx touché refuse presque la voix, un coxalgique que la douleur fait boîter, etc., cet hystérique, si peu qu'il soit impressionnable — et ils le sont tous — pourra fort bien, suivant le cas dont il est l'attentif témoin, se créer une paralysie ou une contracture, un tremblement rythmé, ou une pseudocoxalgie, etc. La peur du malade suffit souvent pour créer le mal, mal psychique, bien entendu, chez tous ces prédisposés. L'hystérique copie fidèlement les manifestations du voisin, si fidèlement que le médecin parfois est susceptible de s'égarer sur la véritable nature de ces manifestations. Et cet hystérique copie tout. Ne copie-t-il pas, maintenant que l'appendicite est entrée dans le domaine des maladies bien connues du vulgaire, même du paysan le plus arriéré, ne copie-t-il pas l'appendicite avec tous les phénomènes bruyants qui la caractérisent et qu'il n'ignore pas, pour les avoir lus ou pour les avoir vus chez un voisin ? il fait de la pseudo appendicite hystérique, j'en signalerai un beau cas. Et ces pseudo-méningites, qui n'en a rencontré ? Et ces faux diabètes ? Et ces vomissements incoercibles de la grossesse d'origine hystérique ? Et ces pseudo-ataxies ? Cherchez bien, fouillez soigneusement la genèse de toutes les manifestations dont je viens de parler, vous trouverez assez fréquemment qu'à côté, dans le voisinage ou dans la famille du malade, un enfant est mort de méningite, un parent avait le diabète sucré, une voisine était enceinte et vomissait, un ami avait de l'incoordination des mouvements et marchait péniblement.

A l'appui de cette thèse, certes pas nouvelle, mais que j'ai tenu à bien mettre en lumière, j'apporterai une liste de cas, la plupart très probants ; cette liste serait longue, si je devais citer tous les faits dont j'ai été le témoin. Je chercherai, parmi ceux-là, les plus remarquables, dont quelques-uns d'ailleurs ont été consignés dans plusieurs de mes mémoires.

J'ai, en effet, publié, il y a quelques années, l'histoire si curieuse de cet astasique abasique de la Vendée. Ce paysan du Bocage, à 35 ans, s'est vu un jour dans l'impossibilité de marcher, de se tenir debout, tout en conservant une force dynamométrique normale. De plus, complication rare chez les astasiques, il se trouvait en même temps paralysé des deux mains. Après 4 années de cette vie de misères, où le malade, plutôt que de rester toute la journée étendu dans un lit, avait choisi le seul mode de locomotion dont il pouvait disposer, la marche en rampant sur les genoux et les avant-bras, les coudes, après ces 4 années cet homme qui avait couru tous les médecins de la région, épuisé sans succès les médications les plus variées, était apporté dans mon cabinet et en sortait quelques minutes après debout sur ses jambes, à sa grande stupéfaction. On l'avait considéré, et il se considérait comme incurable, et il était radicalement guéri. On l'avait descendu très péniblement de sa charrette, il y remontait seul, sans le secours de personne, au grand étonnement du voiturier, qui tremblait d'émotion et de sa femme, qui versait d'abondantes larmes. Le lendemain il travaillait à la terre. Voilà huit ans que le fait s'est passé, la santé s'est maintenue toujours excellente.

Or comment ce paysan avait-il fait son astasie-abasie? C'était, bien entendu, un prédisposé, un névropathe. Dans la ferme attenante à la sienne, vivait une infirme de 63 ans, qui depuis quelques années ne pouvait quitter son fauteuil pour une paralysie des deux jambes. C'était une paralysie spasmodique, organique celle-là, car j'ai eu occasion de voir cette malade à ma consultation, puisqu'après la guérison subite de notre astasique-abasique, arrivaient en foule dans mon cabinet tous les estropiés incurables de la région, véritable cour des miracles. C'eût été grotesque, si ça n'avait été profondément triste. C'est à cette vieille paraplégique que j'attribue l'affection de mon Vendéen. Je le laisse parler. « Un jour, raconte-t-il, « j'éprouvai de la faiblesse dans les deux jambes

« Est-ce fatigue ? Est-ce autre chose ? Je n'en savais « rien. Mais l'idée me vint aussitôt que je pouvais être « frappé de la même maladie que ma voisine, l'idée « prit corps dans mon cerveau, j'y pensai constamment, « j'eus peur ; plus j'étudiais mes jambes, plus il me « semblait que la faiblesse augmentait. Je n'en dormais « plus la nuit. Au bout de 15 jours ou 3 semaines, j'étais « si épuisé que je ne pouvais plus me tenir debout. « Bientôt il me fut impossible de me relever. C'est alors « que j'ai commencé à marcher sur les genoux et les « mains, rampant ainsi jusque dans la cour, dans les « écuries, surveillant mes domestiques et les travaux « de la ferme. J'étais même plus malheureux que ma « voisine, puisque mes mains devenues paralysées me « refusèrent bientôt tout service. Il fallait me porter les « aliments à la bouche ».

Ce cas est-il assez net au point de vue de l'étiologie ? On se représente assez bien notre hystérique observant sa voisine, se lamentant sur son sort, plein d'effroi à la pensée qu'une aussi terrible maladie pouvait le frapper. Puis un jour qu'il éprouve, suite de fatigue, de la faiblesse dans les jambes, notre homme l'esprit préoccupé, obsédé par la paralysie de la vieille femme, a vite fait de s'imaginer que cette faiblesse était le prélude, le début d'une affection grave, le commencement d'une paralysie similaire. Il s'autosuggestionne, il copie la maladie de la voisine, il la copie mal évidemment, il ne prend pour lui que ce qui est tangible, que les manifestations qui ont frappé sa vue : l'impuissance à la marche, à la station debout. Et notre homme ne peut plus se tenir sur ses jambes. L'astasie-abasie était créée. Nous avons dit plus haut comment la suggestion avait défait rapidement, en 5 minutes, ce qu'avaient fait l'imitation et l'auto-suggestion.

J'ai également raconté dans mon mémoire sur l'hystérie en Vendée (*Archives de Neurologie*) cette épidémie de pseudo-coxalgie survenue dans le petit bourg de Saint-Fulgent, qui est bien le centre de ce remarquable foyer d'hystérie que j'ai signalé en plein Bocage Vendéen. J'avais placé dans un appareil une jeune fille de 19 ans pour coxalgie à gauche. Quelques jours après, je voyais arriver dans mon cabinet une jeune fille du même village se traînant péniblement, boitant, souffrant de la hanche. « Elle a bien peur, dit-elle, d'être atteinte de « la même maladie que sa camarade et d'être fixée à son « tour dans un appareil. » Ce n'est pas tout.

Une deuxième, puis une troisième, six jeunes filles du même village ou des villages voisins, connaissant toutes ma première malade se présentèrent dans l'espace d'un mois, toujours pour les mêmes raisons, douleurs à la hanche, claudication, peur d'être placées dans une gouttière. Tant de coxalgies survenant à la fois chez des jeunes filles qui redoutent l'affection de leur camarade avec ses conséquences ne pouvaient être que de fausses coxalgies hystériques. C'était exact, la psychothérapie venant défaire en peu de jours ce que l'imitation avait créé. Pas plus que dans le premier cas, et moins encore que dans le premier cas, si possible, il existe de doute sur la genèse de ces phénomènes : douleurs, claudication, simulant le début d'une coxalgie vraie. Ce sont bien des accidents hystériques d'imitation. Ces jeunes filles ont copié assez fidèlement les manifestations les plus apparentes de la coxalgie de leur petite amie.

Voici un troisième exemple non moins typique — je l'avais relaté au Congrès de Toulouse.

Un enfant à la suite d'une diphtérie grave a présenté de la paralysie des deux jambes. Chaque jour je me rendais à la ferme pour l'électriser. Je profitais également de ces visites quotidiennes pour examiner avec soin la gorge de tous les autres enfants de la maison. Or un matin, je ne suis pas peu surpris de constater qu'un des petits frères, âgé de 11 ans, marchait péniblement traînant la jambe. Il est paralysé, lui aussi, me dit la mère. Or cet enfant, je le certifie, n'a jamais eu de fièvre, jamais eu de rougeur à la gorge, n'a jamais rien eu en en mot qui pût révéler la diphtérie. Il n'en a pas moins fait de la paralysie. C'était évidemment de la paralysie diphtéritique. Il avait imité, copié la paralysie de son frère. Je n'insisterai pas davantage sur l'étiologie de l'accident, elle est d'une clarté trop manifeste. La psychothérapie a eu rapidement raison de cette « pseudo-paralysie toxique ».

Autre observation intéressante, quoique cependant moins précise au sujet de l'étiologie de l'affection. Il s'agit, dans l'espèce, d'une polyurie très abondante, diabète hydrurique hystérique chez une jeune fille, le père ayant depuis longtemps un diabète sucré. Elle urinait 10 à 12 litres d'une urine claire, limpide, sans traces d'éléments anormaux et buvait 10 à 15 litres d'eau. N'est-on pas autorisé à penser que cette jeune malade, hystérique à crises, entendant constamment parler près d'elle du diabète et de ses manifestations, les a copiées ? Son esprit d'imitation n'a pu lui faire expulser du sucre mais lui a donné la soif, et l'urine exagérées, a créé le diabète hydrurique hystérique. Et cette autre malade pensionnaire dans mon établissement, qui a fait un superbe Cheyne-Stokes, après avoir entendu raconter à table l'histoire si curieuse d'un malade de la Vendée, un parkinsonnien cardiaque avec angine de poitrine, qui pendant 6 mois a présenté la respiration de Cheyne-Stokes, avec des pauses de 45 à 50 secondes alternant avec des phases dyspnéiques de même durée. J'ai publié dans le *Progrès médical* ce cas si curieux par la durée du Cheyne-Stokes. Quand le hasard de la conversation m'a amené un soir à reproduire l'histoire de ce malade, en essayant d'imiter, pour mieux me faire comprendre, le mode de respiration, je ne m'attendais certes pas aux conséquences que ce récit pourrait avoir. La jeune fille en question était une hystérique à crises et à crises d'une intensité telle, que je n'ai pu la maintenir dans mon établissement à cause du voisinage des autres pensionnaires. Et puis elle offrait ceci de particulier et de gênant, que, aussitôt la perte de connaissance et la chute à terre, elle arrachait avec une brusquerie, une rapidité qui surprenait parfois sa gardienne, les épingles posées dans ses cheveux ou dissimulées dans son corsage et les avalait.

Le lendemain du jour, où avait été tenue cette conversation dont j'ai parlé, notre jeune fille, tombée dans une crise de sommeil hystérique, nous montra un superbe Cheyne-Stokes. C'était la première fois que je constatais ce mode de respiration dans l'hystérie. Le fait doit donc être très rare. Les pauses respiratoires étaient parfois extrêmement longues, j'en ai noté plusieurs de 75 et 80 secondes, la moyenne des pauses était de 45 à 50 secondes et les phases dyspnéiques de 40 à 50 secondes. Ce mode respiratoire s'est prolongé pendant 3 heures le 1er jour, 1 heure le second, 4 heures 1/2 le 3e jour. Il n'a pas reparu ensuite.

A quoi attribuer ce phénomène chez notre jeune malade ? Ce serait vraiment une bien étrange coïncidence, si on ne devait attribuer qu'au hasard ce mode de respiration survenant précisément 15 heures après cette conversation où je rappelais et décrivais ce phénomène.

J'estime qu'on est en droit d'y voir plutôt une relation de cause à effet. La jeune fille a imité, a copié le Cheyne-stokes que j'avais essayé de reproduire devant elle. Ce serait donc encore là un accident hystérique d'imitation.

Encore un cas qu'il importe de noter. Il s'agit ici de vomissements incoercibles de la grossesse d'origine hystérique. Je dis : « d'origine hystérique » malgré l'affirmation du professeur Pinard qui veut que tous les vomissements incoercibles de la grossesse soient dus à des toxines, à une auto-intoxication. Nous verrons par cette observation que cette opinion est trop exclusive. On doit admettre, selon moi, que l'auto intoxication est la cause ordinaire, mais non la cause nécessaire de ce vomissement, que l'hystérie est capable à elle seule de les faire naître, et que, si l'on n'intervient pas énergiquement dans certaines circonstances, la malade peut fort bien en mourir. Voici comment le petit drame, où le tragique se mêlait au comique, s'est déroulé chez notre jeune femme. Un mot d'abord pour éclairer la genèse de ces vomissements. Dans la petite ville des Essarts, une dame, une amie de notre malade, enceinte de 3 mois, avait depuis 4 semaines des vomissements que toutes les médications étaient impuissantes à arrêter. L'état de cachexie était très prononcé. En présence du danger qui semblait imminent, je conseillai l'avortement qui fut refusé. La malade mourut. Son amie fut prise à son tour, mais après elle, des mêmes vomissements incoercibles. Et la situation chaque jour s'aggravait. Le pouls était petit, filiforme presque incomptable ; pas de fièvre cependant, le visage était émacié, d'une pâleur cadavérique. Je redoutais comme chez sa camarade une issue fatale. Avec deux de mes confrères, les D[rs] Blé et Guibert de la Roche-sur-Yon nous décidions l'avortement. Le danger pressant, nous eûmes recours aux seuls moyens dont nous disposions : la sonde à demeure. Au bout de 3 jours pas de changement, ni coliques, ni écoulements sanguins. Et la malade s'affaiblissait toujours, allait mourir d'inanition. Songeant que cette femme était extrêmement nerveuse, peut être hystérique, j'ai eu l'heureuse idée d'essayer la psychothérapie, bien que je fusse convaincu de l'inutilité de cette tentative. Et voici comment je l'appliquai. Après avoir retiré la sonde, nous déclarons très sérieusement à la malade que l'avortement était fait, nous lui montrons tout triomphants les mucosités épaisses fixées aux parois de la sonde, comme étant de minces débris de l'embryon. Eh bien ! le résultat fut parfait. La jeune femme sachant bien, que la grossesse était la cause de ses vomissements, que n'étant plus enceinte, elle n'avait plus le droit de vomir, a vu cesser aussitôt ses vomissements. Elle qui depuis un mois ne pouvait garder une seule cuillerée d'eau, a pris d'un bon appétit, et gardé un quart d'heure après cette peu banale séance un grand bol de lait, puis un second. Le lendemain et les jours suivants elle continua de s'alimenter d'une façon parfaite. Plus jamais un seul vomissement. Elle était guérie. 10 jours après elle se levait et 6 mois après elle accouchait d'un bel enfant bien constitué. Je me suis attardé un peu dans les détails de cette observation. Le cas était trop curieux, pour qu'on ne s'y arrêtât pas : curieux à cause de la nature des vomissements et surtout à cause du procédé singulier de guérison. Ainsi ces vomissements étaient manifestement d'origine hystérique, puisque la psychothérapie a pu les supprimer. L'auto-intoxication n'était donc pas en cause. — Et ces vomissements se produisirent, nous l'avons vu, au moment même où la malade allait rendre de quotidiennes visites à son amie. Serait-il osé de prétendre que les vomissements de cette amie ont joué un rôle important dans l'éclosion des manifestations hystériques de Mme X... ? Je ne le pense pas. Son amie intoxiquée vomissait et est morte de ses vomissements. Notre malade a imité ces vomissements, elle a vomi, comme sa camarade, non par intoxication, mais à cause de son hystérie. Vomissements incoercibles hystériques d'imitation.

J'aurais bien d'autres faits à signaler, ainsi un tremblement rythmé, une chorée hystérique chez un enfant de 12 ans habitant le même village qu'un parkinsonien, la même ferme, tremblement qu'il fut aisé de faire cesser, un simple commandement très impératif, avec application forte des mains sur ses bras maintenus en extension pendant quelques minutes, suffit pour arrêter les mouvements choréiformes et les empêcher de se reproduire.

On remarquera avec étonnement — moi-même ai éprouvé le premier cette surprise — on remarquera, dis-je, la facilité vraiment extraordinaire avec laquelle je suis arrivé à supprimer les accidents hystériques chez mes malades. La plupart de ces névrosés dont je raconte ici l'histoire pathologique sont des paysans du Bocage. Et j'ai dit dans divers mémoires : « Hystérie en Vendée » (*Archives de Neurologie*) « Hystérie infantile en Vendée » (congrès des aliénistes, Toulouse, 1897), combien la Vendée, surtout le Bocage, et, dans le Bocage, un foyer très étendu, mais nettement limité, nettement circonscrit, combien ce pays était peuplé de nerveux, hystériques et neurasthéniques, hystériques surtout ; j'ai dit combien tous ces dégénérés hystériques étaient faciles à la suggestion avec ou sans hypnose. Aussi la psychothérapie fut-elle pour moi une ressource précieuse pour la cure de tous ces névropathes. Nulle part je n'ai trouvé une pareille suggestibilité. Et nulle part je n'ai trouvé des succès thérapeutiques aussi faciles. Dans le pays qu'actuellement j'habite et qui est pourtant limitrophe de la Vendée, dans mon sanatorium où je reçois des hystériques un peu de tous les départements de l'Ouest, mes malades sont plus réfractaires au traitement psychique, quoique se trouvant dans des conditions beaucoup plus favorables, puisque isolés de leurs familles, et du milieu qui a vu éclore leur affection. Le Bocage vendéen offre donc certainement quelque chose de particulier au point de vue des psychopathies tant à cause de leur nombre (on trouve des villages entiers d'hystériques) qu'à cause de la soudaineté, de la brusquerie avec laquelle un médecin peut supprimer les plus gros accidents de l'hystérie. C'est un pays où les miracles scientifiques sont aisés. Mais je m'aperçois que je m'éloigne un peu de mon sujet. On me pardonnera cependant cette digression, parce qu'elle a son intérêt.

Je reviens à mes accidents hystériques d'imitation pour conclure. Auparavant, je voudrais dire un mot d'un accident hystérique, assez fréquent aujourd'hui, peut-être parce qu'assez nouveau, du moins pour le gros public, et de la lésion organique à laquelle cet accident hystérique correspond. Je veux parler des pseudo-appendicites, des appendicites hystériques. Cette affection, l'appendicite vraie, le monde extra médical la connaît maintenant, presque tout le monde en connaît les principales manifestations, fièvre, douleurs violentes dans un côté du ventre, ballonnement, vomissements, constipation opiniâtre, et même le paysan le

plus arriéré a entendu parler de l'appendicite, de ses symptômes, de sa gravité. Eh bien ! il y a beaucoup d'appendicites aujourd'hui ; j'estime qu'il y en a trop, pour qu'elles soient toutes réelles : dans ce nombre, il y en a de fausses. Si j'avance cette proposition, c'est qu'il m'a été donné de constater de ces pseudo-appendicites, imitant si bien l'appendicite vraie, qu'il fallait y regarder de bien près pour ne pas s'y tromper. Il m'est même arrivé et je n'ai aucune fausse honte à l'avouer d'avoir commis à ce sujet une grossière erreur sur une de mes malades.

Un très grand chirurgien de mes amis s'est, comme moi, laissé égarer. Notre malade a été opérée, on a réséqué son appendice. Qu'a-t-on trouvé ? rien. L'appendice était très sain et sous le champ du microscope ne présentait aucune altération. Mais je plaide pour nous deux les circonstances atténuantes. Notre erreur était excusable. La malade avait une douleur violente dans la fosse iliaque gauche, du ballonnement, des vomissements incoercibles, une constipation que rien ne pouvait combattre et, avec tout ce cortège de symptômes, une fièvre variant entre 39 et 40. En fallait-il davantage pour justifier notre diagnostic ? Eh bien, c'était pourtant de l'appendicite hystérique. J'ai pu d'ailleurs constater après, que ma malade avait des stigmates d'hystérie, un rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel, de l'anesthésie de l'arrière-gorge de l'anesthésie des fosses nasales, elle avait eu également dans sa jeunesse des crises convulsives.

J'ai rencontré d'autres cas de pseudo-appendicites mais j'ai insisté sur celui-ci, à cause des conséquences qu'a entraînées mon erreur de diagnostic et aussi à cause d'une particularité que je vais signaler et qui, pour le sujet qui nous occupe, a une certaine importance. Dans ce même bourg de St-A... on avait opéré 2 mois auparavant un malade d'une appendicite. L'opération avait fait beaucoup de bruit dans le pays. Or je me rappelle que le jour où je fus appelé près de ma malade elle me fit part de sa crainte au sujet de son affection qui prenait, disait-elle, les mêmes allures que celle du voisin. Est-ce à dire que c'est la maladie du voisin, tout le bruit fait par l'opération qui fut la cause déterminante de l'accident hystérique. On ne peut évidemment le certifier. Mais la probabilité peut être admise.

Quoi qu'il en soit, j'en ai dit assez pour montrer que les accidents hystériques sont souvent des accidents d'imitation.

L'hystérie, a-t-on dit avec justesse, est essentiellement protéiforme, elle peut imiter, elle peut copier, presque toutes les maladies. Et si l'on cherche bien dans les antécédents de la famille, dans les antécédents des voisins, on trouvera fréquemment le lésion dont l'hystérique a su prendre pour elle, a su copier les manifestations extérieures, les manifestations les plus apparentes. Une hystérique à crises, personne ne l'ignore, peut provoquer des crises dans l'entourage chez les prédisposés, aussi est-il bon de l'isoler. Mais ces prédisposés sont également susceptibles de copier d'imiter autre chose que les accidents vulgaires de l'hystérie, ils peuvent imiter, jusqu'à égarer parfois le médecin, les affections non psychiques, les affections organiques. Fouillons la genèse des accidents de l'hystérie, on trouvera assez fréquemment, c'est là ce que j'ai essayé d'établir, que ce sont des accidents d'imitation.

Et la conclusion pratique est qu'il faudrait autant que possible éviter de parler maladies, de décrire une maladie en face d'hystériques. On l'a bien vu pour cette jeune fille, chez qui mon récit avait suffi à créer le Cheyne-Stokes. Et je ne serais pas surpris, s'il existe une hystérique dans une salle d'hopital, qu'elle rapportât chez elle en rentrant, avec le souvenir de ce qu'elle a vu, les éléments suffisants pour créer la pseudo-affection d'une voisine de lit.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture des Cours.

Conférences d'histoire naturelle médicale : M. le Dr Jules GUIART, agrégé.

Considérations générales sur le parasitisme.

C'est devant un amphithéâtre rempli par un public attentif que le Dr Guiart a fait son premier cours, le 3 mars 1906. Après avoir donné des indications précises sur le programme qu'il compte suivre, le professeur annonce qu'il consacrera cette première séance aux généralités sur le parasitisme.

Il montre que *la lutte pour l'existence* est une des principales lois qui régissent les rapports des animaux entre eux. Il en résulte une hostilité flagrante, d'où le besoin de s'associer pour la lutte. Ces *associations animales* varient nécessairement suivant qu'elles sont constituées par des individus appartenant à une même espèce ou à des espèces différentes. Quand plusieurs individus appartenant à une même espèce sont en relations intimes les uns avec les autres et ont un ou plusieurs organes communs, ils constituent une *colonie*. Exemple : le corail, le ténia. Quand plusieurs individus, appartenant à une même espèce, vivent en commun tout en restant libres et indépendants, ils constituent une *société*. Exemples : les abeilles, les fourmis, les hommes. Mais quand les individus qui vivent en commun, appartiennent à des espèces diverses, ils peuvent vivre à l'état de commensalisme, de mutualisme, de symbiose ou de parasitisme.

Le *commensal* ne demande à son hôte que le partage de sa nourriture et souvent même un simple gîte. Exemple : la Rémora. Quand le service rendu se trouve payé, la commensal devient un *mutualiste* ; il y a une véritable association. Exemple : Adamsia et Bernard-l'Hermite. La *symbiose* résulte de l'union tellement intime de deux êtres qu'ils ne constituent plus qu'un seul être physiologique : Exemple : Lichen formé par la symbiose d'une algue et d'un champignon.

Le *parasite* se nourrit aux dépens de son hôte, mais au lieu de tuer sa proie pour s'en repaître, il se contente de l'attaquer lorsqu'il est poussé par la faim ou bien s'y installe à demeure et va même jusqu'à y développer sa progéniture. On peut le définir : un être vivant, animal ou végétal, passant une partie ou la totalité de son existence à la surface ou dans l'intérieur d'un autre être vivant plus puissant que lui aux dépens duquel il se nourrit. Les *parasites accidentels* sont ceux qui peuvent indifféremment mener une existence libre ou vivre en parasites. Tel est le cas des Myriapodes et des larves de mouches. Les *parasites proprement dits* sont tous les êtres dont le cycle vital comporte toujours, ne fût-ce que pendant très

peu de temps, la condition de parasites. Les *parasites errants* sont ceux qui peuvent passer facilement d'un hôte à un autre. Ils comprennent les parasites *intermittents* qui ne viennent sur l'hôte que pour se nourrir (moustique, puce), et les parasites *continus* qui restent en permanence à la surface de l'hôte (poux, sarcopte). Les *parasites fixes* ont, au contraire, un habitat très limité et ne peuvent passer spontanément d'un hôte à un autre ; tel est le cas, par exemple, des vers intestinaux. Ils se divisent en parasites temporaires et en parasites permanents. Les *parasites temporaires* vivent sur leur hôte durant une période plus ou moins longue de leur existence : les uns seulement pendant le jeune âge, comme les larves de mouches ; les autres seulement à l'âge adulte, comme l'ankylostome ou la chique. Les *parasites permanents* sont parasites toute leur vie ; le meilleur exemple est la trichine.

Il existe, on le voit, tous les intermédiaires entre la vie libre et la vie parasitaire. Ceci amène le conférencier à parler de l'influence du parasitisme sur l'organisme animal, et par de nombreux exemples choisis dans les différents groupes du règne animal, il montre qu'au fur et à mesure que le parasitisme s'accuse, l'organisation se simplifie.

Les *parasites monoxènes* (μονος, un seul ; ξενος, hôte) sont ceux dont l'évolution s'accomplit chez un seul hôte. Les *parasites hétéroxènes* (ετερος différent) sont ceux dont l'évolution exige le passage dans plusieurs hôtes successifs ; on dit alors qu'il y a *génération alternante*. L'hôte qui traverse le parasite durant sa période larvaire est *hôte provisoire* ; celui où il arrive à l'état adulte est l'*hôte définitif*. L'hôte provisoire est généralement un animal aquatique ou herbivore et la larve est logée dans les tissus profonds ou les cavités closes. L'hôte définitif est au contraire le plus souvent un carnivore et le parasite se rencontre dans les organes en communication avec l'extérieur, de manière à permettre l'expulsion des œufs en dehors et la diffusion de la progéniture. Les parasites les plus intéressants ne sont pas toujours ceux dont l'homme constitue l'hôte définitif. Exemples : le kyste hydatique et l'hématozoaire du paludisme.

Passant ensuite en revue l'influence des parasites sur la santé, il montre que de tous temps elle a été l'objet d'appréciations contradictoires. La nocuité tend en grande partie à l'habitat ; elle peut tenir encore à la virulence des toxines secrétées et enfin aux inoculations possibles du sang par les parasites hématophages. Mais les chapitres les plus importants de la pathologie parasitaire sont ceux du diagnostic et de la prophylaxie.

Le diagnostic des maladies parasitaires peut se faire accidentellement par le rejet des parasites, mais il se fera scientifiquement par l'examen microscopique du sang, des crachats, des excréments, de l'urine, etc., où à défaut du parasite, on pourra trouver du moins ses œufs ou ses embryons.

Quant à la prophylaxie, elle est basée sur l'étude du développement et sur l'étiologie. Ce chapitre a pris une importance considérable en hygiène sociale depuis qu'on sait qu'il suffit de s'attaquer à certains parasites errants, de détruire par exemple les moustiques qui infestent une région, pour faire disparaître certains fléaux de l'humanité, tels que la fièvre jaune ou le paludisme.

Dans les leçons suivantes, le professeur se propose de commencer l'étude des maladies parasitaires par celles qui sont produites par les protozoaires. Il aura donc à étudier tout d'abord la dysenterie, le paludisme et les trypanosomoses. Tous les samedis, durant la seconde demi-heure, des interrogations seront faites sur les matières traitées dans le semestre d'hiver (bactéries et champignons pathogènes) et M. Guiart se tiendra à la disposition des auditeurs pour les renseignements complémentaires qui pourraient lui être demandés. A. F.

Conférences d'anatomie topographique élémentaire : M. le Dr CUNÉO, agrégé.

M. le Dr Cunéo fera une série de leçons d'anatomie topographique élémentaire, les lundis, mercredis et vendredis, de 3 à 4 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique. La première conférence avait pour sujet la région occipito-frontale. Le jeune professeur a exposé simplement et clairement les limites de cette région, ses parties constituantes, en insistant surtout sur la vascularisation et l'innervation, point important en somme, pour le futur praticien. M. Cunéo a touché d'un mot la réforme des études médicales, qui est en l'air, et a assuré que son cours sera fait de manière à venir au-devant des revendications du corps médical, c'est-à-dire qu'au lieu de parler pour les quelques étudiants, qui concourent, il s'adressera aux futurs praticiens.

Conférences de Pathologie externe : M. le Dr GOSSET, prof. agrégé.

Le Dr Gosset fera quarante leçons sur les fractures et luxations des membres inférieurs et supérieurs les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté. Ce programme, a dit le conférencier au début de sa première leçon, ne l'amuse pas, lui étant imposé par le règlement. Il juge en plus ce cours inutile, parce que théorique et par conséquent incomplet. Il voudrait que cet enseignement se fît à l'hôpital avec l'aide de moniteurs, de tableaux, de préparations, de radiographies, et surtout de malades.

Pour tous ces points nous sommes d'accord avec le professeur. Nous ne voyons cependant pas bien, comment les 150 ou 200 auditeurs examineraient à tour de rôle un pauvre accidenté, une fracture et une luxation étant surtout très douloureuse. Evidemment il faudra réformer, mais pour faire cela la hardiesse ne suffit pas. Il faudra de la réflexion, beaucoup de réflexion. M. le Dr Gosset n'a certainement pas réfléchi lorsqu'il a proposé d'imiter l'enseignement allemand. Toute personne compétente, qui a voyagé en Allemagne pour étudier l'enseignement médical et qui a su regarder lui donnera tort. Il faut juger la valeur d'un enseignement par le résultat qu'il donne et, sous ce rapport, nous affirmons, que la majorité des jeunes praticiens français sont meilleurs cliniciens que leurs collègues allemands. Pourquoi a-t-on ajouté la sixième année purement pratique, au curriculum allemand ? Probablement parce qu'on a reconnu que les connaissances cliniques étaient par trop insuffisantes. Ce que demande M. Gosset, c'est-à-dire un stage obligatoire après quelques années (?) de travail théorique, existe du moins sur le papier, et si les règlements de la Faculté sont restés lettre morte, à qui la faute ? Aux élèves ou aux professeurs ? Voilà ce qu'il convient d'élucider avant de réformer. On verra bien vite qu'à part les paresseux, qui ne vont pas à l'hôpital, ce sont justement les futurs maîtres, qui y travaillent le moins. Ils font acte de présence, débitent une amabilité au chef, puis s'éclipsent pour apprendre par cœur les questions de concours. Ils arrivent premiers et nous en avons connu qui exposaient

*

brillamment en question de cinq minutes ce qu'était un hygroma du genou et qui n'avaient pas reconnu cette affection au lit du malade, dix minutes auparavant. Pour conclure, nous admettons la nécessité des réformes, nous exigeons leur exécution, mais pas dans le sens indiqué par le Dr Gosset. Encore un mot sur les cliniques d'accouchements. La clinique Baudelocque mérite certes d'être vantée comme exemple d'une bonne école, mais à notre humble avis la clinique Tarnier donne un enseignement au moins aussi bon, sinon meilleur.

Ceci dit, revenons à la leçon de vendredi. M. Gosset a parlé de la fracture bimalléolaire la plus fréquente du membre inférieur. Il a résumé ce que Maisonneuve, Sédillot et Blain, Dupuytren, ont longuement écrit sur la question. Grand Dupuytren, vous avez évidemment *très bien* — dixit orator — décrit la fracture qui porte votre nom, mais vous n'aviez pas de radiographies de ces fractures, vous n'osiez pas enlever un ovaire ou un estomac, et vos moignons suppuraient souvent. Ne soyez donc pas trop chagrin, si le jeune et brillant agrégé de la faculté vous a traité quelque peu avec dédain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars.

Sérothérapie dans la fièvre typhoïde.

M. Josias, en employant depuis 4 ans chez ses typhiques de l'hôpital Bretonneau, le sérum de Chantemesse combiné avec la balnéation froide a obtenu une diminution de la mortalité à 3.8 au lieu de la mortalité antérieure à 10 et 12 pour cent. Il donne en outre la statistique des hôpitaux d'enfants où la sérothérapie n'est pas employée. Voici, dit-il, les principaux chiffres :

Nombre d'enfants soignés pour la fièvre typhoïde entrés et sortis du 1er mars 1902 au 1er mars 1905.		Décès
Enfants-Malades	380	39
Trousseau	410	55
Hérold	91	18
Bretonneau (service du Dr Sevestre).	150	16
Soit	1031	130

Mortalité moyenne : 12.6 %.

Comme ma statistique de décès indique un chiffre véritablement minime et des deux tiers inférieur, d'une part, au chiffre de la mortalité typhoïque des autres hôpitaux de Paris et, d'autre part, au chiffre de la mortalité que j'avais dans mon propre service, à l'époque où je traitais mes malades exclusivement par la méthode de Brand, je me permets de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Le sérum antityphoïde de Chantemesse, employé comme il convient, est inoffensif.

2° Les enfants atteints de fièvre typhoïde qui sont traités de bonne heure par le sérum et par les bains ont des chances de guérir très supérieures à celles que leur procure la balnéothérapie seule.

La mortalité tuberculeuse (suite).

M. A. Robin montre que trop souvent déjà les tuberculeux sont traités en suspects ou en parias. Les domestiques sont renvoyés des familles au moindre soupçon de tuberculose. Les employés ayant passé par un sanatorium sont refusés partout.

A deux reprises différentes les malades sortant d'Angicourt ont adressé des pétitions à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, pour qu'on s'occupe d'eux, car ils ne trouvaient aucun travail.

Dans ces conditions, M. Robin estime qu'on ne saurait songer à rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose, avant d'avoir fait le nécessaire pour protéger les malheureux tuberculeux.

M. Benjamin insiste sur la nécessité de la désinfection. Il montre qu'actuellement, en France, les animaux sont beaucoup mieux protégés contre la tuberculose que les hommes.

M. Landouzy rappelle que la vaccine à ses débuts, la lutte récente entreprise par les Américains à Cuba, contre la fièvre jaune, ont soulevé bien des protestations. Sans doute la déclaration obligatoire et la désinfection rencontreront aussi, dans la tuberculose, des difficultés. Mais elles sont le seul moyen de lutter efficacement contre le fléau.

M. Henri Monod montre l'absence totale de résultats donnés par la déclaration facultative. Les moyens matériels d'assurer partout la désinfection vont être prochainement établis. Mais ce grand effort resterait stérile au moins pour la tuberculose sans la déclaration obligatoire.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février

Sur la scopolamine.

M. Walther rapporte 347 cas d'anesthésie obtenue à l'aide d'injections sous-cutanées de scopolamine. L'emploi de la scopolamine *seule*, sans chloroforme, suffit dans les réductions des luxations, l'application d'appareils plâtrés, etc. Pour les interventions où l'anesthésie doit être absolue, il faut administrer le chloroforme une heure après avoir fait une injection sous-cutanée d'une solution de 1 mgr. de scopolamine et d'un ctgr. de morphine dans 1 c.c. d'eau ; souvent même on peut se contenter d'injecter un demi-milligramme de scopolamine et un demi-centigr. de morphine. M. Walther n'emploie pas la scopolamine *chez les enfants* ; de même chez l'adulte, il évite l'emploi de cet alcaloïde dans les interventions *sur la bouche* ; après ces opérations les malades doivent pouvoir cracher facilement et la scopolamine par le sommeil prolongé dans lequel il plonge les malades empêche de le faire. Les affections cardiaques, loin de constituer une contre-indication, doivent au contraire inciter, à l'emploi de la scopolamine ; dans plusieurs cas de ce genre, M. Walther a eu à se louer de l'emploi de cette substance qui permet de donner de très petites doses de chloroforme et aussi d'éviter aux malades l'appréhension du chloroforme qui n'est administré que lorsque le malade est déjà dans le sommeil scopolaminique.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Picqué fait un rapport sur un cas de plaies de l'abdomen avec *quinze* perforations de l'intestin. Toutes ces perforations ont été suturées *en bourse* ce qui a permis d'aller vite.

M. Chaput est intervenu dans un cas semblable et n'a eu qu'à se louer de la suture *en bourse* qui lui permit de terminer l'intervention en trois quarts d'heure.

Hydronéphrose partielle.

M. Bazy est intervenu dans un cas d'hydronéphrose intermittente d'abord par la néphrotomie, puis, six mois après, par la néphrectomie. Seul, le pôle inférieur du rein était distendu.

M. Le Dentu cite un cas du même genre où l'hydronéphrose s'était constituée exclusivement au dépens du pôle supérieur du rein, le pôle inférieur étant absolument sain. Aussi se contenta-t-il de faire une ablation partielle et la guérison fut parfaite.

Gangrène de l'utérus avec perforation.

M. Lapointe présente un utérus provenant d'une femme qui

a été hystérectomisée pour accidents infectieux post-abortum. Mort le 15e jour de l'opération par septicémie lente. Il existe au niveau de la face postérieure de l'utérus une large perforation ; comme il n'y eut pas, de l'aveu de la malade, de manœuvres intra-utérines, M. Lapointe pense qu'il s'agit d'un cas de gangrène de l'utérus avec eschare.

Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars.

Pouls lent permanent. Importance des lésions du cœur au point de vue pathogénique.

MM. G. Brouardel et M. Villaret.— Une femme de 53 ans, sans antécédents toxiques ou infectieux, présente un pouls lent permanent, 24 à 30 pulsations par minute, avec crises syncopales. Albuminurie, mais pas de crises urémiques. Régime lacté et achlorurique sans influence sur la maladie. Les tracés cardiographiques et sphygmographiques, pris simultanément avec l'examen radioscopique, ont montré, outre les systoles complètes et rares correspondant au soulèvement de la radiale, des contractions ventriculaires ondulatoires qui ne se produisaient pas par le passage de l'ondée sanguine jusqu'à la radiale. Les oreillettes se contractaient normalement et on peut admettre par conséquent l'autonomie de la contraction du ventricule et de l'oreillette. L'autopsie révéla une myocardite scléreuse très intense, les artères du cerveau sclérosées, sans oblitération et d'une façon généralisée.

Les auteurs tendent donc à attribuer un rôle pathogénique très important, dans la production du pouls lent permanent, aux lésions myo-cardiaques et artérielles qui agiraient secondairement sur l'irrigation bulbaire.

M. Galliard cite le cas d'un homme de 51 ans, qui présentait des crises de contractions cloniques et de convulsions toniques sans morsures de la langue, sans émissions d'urine, après aura sensitive. Cet homme avait 30 à 32 pulsations par minute et 12, 14 et 16 pendant les crises. Jamais on n'a observé d'arrêt du cœur. Après emploi sans succès de K Br et IK, on soumit le malade aux inhalations de nitrite d'amyle et à l'usage de la trinitrine (X à XV gouttes de la solution à 1 0 0) et on arriva à calmer les crises.

M. Hirtz rappelle son travail, dans lequel il attribua un rôle important, dans la production du pouls lent permanent, au surmenage et au travail musculaire exagéré.

M. Vaquez fait jouer le rôle principal aux modifications de l'excitabilité et de la contractilité de la fibre cardiaque. Les modifications d'excitabilité entraînent le pouls lent *paroxystique*, les modifications de la contractilité entraînent le pouls lent *alternant*, de pronostic souvent grave. En résumé, il semble que ce soient surtout les modifications de conductibilité qui provoquent le pouls lent *permanent*.

Pour différencier ces variétés, il faut étudier les tracés comparatifs du pouls, du cœur et des jugulaires, il faut examiner attentivement les lésions myocardiques à l'autopsie.

M. de Massary rappelle le cas publié par Rendu, où le pouls lent permanent était dû uniquement à une gomme du cœur.

Cardioptose.

M. Barié. — La cardioptose est fréquemment associée aux viscéroptoses surtout l'hépatoptose. La ptose rénale coexiste moins fréquemment. La cardioptose est plus fréquente chez l'homme (18 hommes sur 4 femmes).

Le corset paraît jouer un rôle dans cette différence. La ptose du diaphragme paraît nécessaire à la production de la cardioptose.

Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

M. Linossier expose le traitement de la cholélithiase, qui sera médicale dans la lithiase latente et dans la colique hépatique (morphine et désinfection des voies biliaires), et chirurgicale si les phénomènes douloureux sont permanents et si l'infection est rebelle au traitement médical (cholécystite suppurée prolongé (8 et 10 mois). Les symptômes hépatiques et digestifs dirigent l'intervention.

M. Le Gendre n'attendrait pour décider une intervention chirurgicale que deux ou trois mois. Il ne se laisserait pas influencer par des accalmies, excepté à un âge plus avancé. En présence des progrès qu'a faits dans ces dernières années la chirurgie des voies biliaires, il n'hésitera pas à provoquer une intervention rapide.

M. Siredey fait remarquer que d'après les statistiques allemandes, la mortalité par cholélithiase a augmenté du double depuis 20 ans, ce que quelques membres de la Société interprètent en défaveur de l'intervention chirurgicale.

M. Linossier explique cette augmentation plutôt par le fait que les interventions permettent de poser plus souvent le diagnostic des complications biliaires.

MM. Sevestre et Aubertin communiquent l'observation d'une péritonite pneumococcique.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 28 février 1906.

Présidence de M. Bonnier.

M. le Président annonce le décès de M. Collin, membre de la Société.

M. Calmette lit une longue réfutation des critiques formulées par M. Bézot sur *l'épuration des eaux d'égout*, et termine en vantant l'excellence de ce procédé d'épuration.

M. Vincey lit une *étude comparative* entre le *procédé d'épuration biologique des eaux d'égout* et le *procédé d'épuration par l'épandage*. Il résulte de cette étude que le *procédé biologique* n'enlève aux eaux d'égout que la moitié environ des matières organiques, tandis que l'épandage en enlève 96 %. Le nombre des bactéries restant dans les eaux effluentes est également moindre dans ce dernier procédé que dans le premier. De sorte que ces eaux, provenant de l'épandage, peuvent être, sans danger pour les riverains, rendues à la rivière ; on n'en saurait dire autant de celles de l'épuration biologique.

On a dit que la surface des terrains d'épandage, pour un même volume d'eaux d'égout, était 50 fois plus considérable que la surface nécessaire aux lits bactériens. Cette proportion est extrêmement exagérée : il résulte de la comparaison faite entre les terrains de la Madeleine et ceux d'épandage de la ville de Paris, que la surface de ceux-ci est seulement 8 fois plus grande. Cette dernière proportion est, certes, considérable ; mais si l'on tient compte de la manipulation nécessaire des boues produites en grande quantité par l'épuration biologique, ce qui entraîne beaucoup de main-d'œuvre ; si l'on songe qu'il faut se débarrasser des eaux effluentes qu'on ne peut pas sans danger rejeter à la rivière ; si l'on se rappelle enfin que les eaux provenant de l'épandage sont rendues directement sans danger à la rivière, après que cet épandage a servi pour une bonne part à l'utilisation agricole, on peut sans témérité penser que, même au point de vue économique, le procédé par l'épandage est supérieur au procédé par lits bactériens. Il est regrettable que la comparaison entre les deux procédés, à ce dernier point de vue, n'ait pas encore été faite.

M. Calmette demande à la Société de lui laisser le temps d'étudier le travail de M. Vincey pour y répondre, ne pouvant le faire *ex abrupto* aujourd'hui même. Mais dès maintenant il tient à déclarer qu'il ne condamne nullement le procédé d'épuration par l'épandage, mais que ce procédé ne peut pas s'appliquer sur tous les terrains, et qu'alors le procédé biologique est tout indiqué.

M. Martin lit un travail sur *l'hospitalisation des maladies contagieuses*, et demande à la Société d'en discuter les conclusions à l'une des prochaines séances.

A. Pujol.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 février 1906.

Présidence de M. Comby.

Observations sur la rubéole.

MM. Appert et Aviragnet ont observé, l'un en ville, l'autre à l'hôpital Saint-Louis, deux épidémies de rubéole sur des

enfants de la même famille, et ils communiquent à la Société les particularités qui les ont frappés dans l'évolution de la maladie chez ces enfants.

La durée de la période d'incubation a été régulièrement de 15 jours chez les petits malades de la ville suivis par M. Avi-ragnet : elle a été moins régulière à l'hôpital, chez ceux de M Appert. La maladie est contagieuse quelques jours avant l'éruption.

L'éruption, qui débute par la face, se généralise très rapidement à tout le corps, et affecte souvent le type scarlatiniforme Elle est précédée d'une légère poussée fébrile, avec un peu d'embarras gastrique pendant 12 heures environ, sans catarrhe nasal concomitant, avec très léger catarrhe oculaire, les taches rubéoliques sont arrondies et non groupées en demi cercle comme dans la rougeole. La température monte le 1er jour, atteint son maximum le 2e, et tombe le 3e donnant un *tracé en forme de clocher*. Chez les nourrissons et les enfants cachectiques, la marche de la fièvre est moins rapide, et le *tracé est « en forme de palissade »*. Le plus souvent, absence d'engorgements ganglionnaires. Comme complications, on a observé un abcès rétro-pharyngien dans un cas et une broncho-pneumonie dans un autre.

La rubéole se distingue facilement de la rougeole par l'absence de prodromes, le faible degré de fièvre, l'absence de catarrhe oculaire et nasal, et, en outre, par les caractères différents de l'éruption. Parfois, la rubéole pourra être confondue avec la scarlatine, les éruptions sudorales, ou encore avec certains érythèmes polymorphes.

M. Sevestre confirme ce qui a été dit par M. Appert sur la marche de la maladie et la durée de l'incubation ; mais il dit que les engorgements ganglionnaires s'observent dans la moitié des cas.

M. Netter appuie l'opinion de M. Sevestre relativement à la fréquence des engorgements ganglionnaires ; il dit que le diagnostic avec la scarlatine est particulièrement difficile à faire.

Néphrite guérie après une scarlatine.

M. Gillet rapporte l'observation d'une petite fille qui, à la suite d'une poussée de néphrite, resta six mois alitée sans que l'on retrouvât pendant tout ce temps de l'albumine dans l'urine, et chez qui l'albumine reparut dès que l'enfant commença à se lever. Survint alors une scarlatine, à la suite de laquelle l'albumine disparut définitivement.

MM. Variot et Chaumet présentent à la Société des *tables de croissance des enfants parisiens de 1 à 16 ans*, qu'ils ont établies d'après les mensurations de 4.400 enfants des deux sexes.

Pleurésie purulente enkystée bilatérale. Empyème double. Guérison.

M. A. Eschbach présente à la Société un enfant de 7 ans guéri d'une pleurésie purulente bilatérale ayant nécessité un double empyème. L'enfant encore en parfaite santé le 26 décembre dernier, fut pris brusquement dans la nuit suivante, d'une oppression extrême avec fièvre assez intense, et fut amené le 18 à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. Variot. On constata d'abord des phénomènes qui firent admettre l'existence d'une pneumonie à droite et d'une poussée congestive à gauche.

Le 5 janvier, ces signes se sont modifiés, en même temps que la température, après s'être élevée jusqu'à 40°, oscille autour de 39°, et l'on pose et vérifie aussitôt par une ponction exploratrice le diagnostic de pleurésie purulente. Malgré l'évacuation de 300 grammes de pus, la dyspnée persistant et l'état général restant fort inquiétant, l'empyème fut pratiqué le soir même. L'amélioration de l'état du malade à la suite de l'opération fut moins accentuée que l'on était en droit de l'espérer, et bientôt des phénomènes congestifs que l'on constatait du côté opposé de la poitrine firent place à des signes nets de pleurésie de ce côté, donnant l'explication de la persistance de la dyspnée et de l'état fébrile. On fit d'abord une ponction exploratrice qui donna issue à du liquide purulent, et le lendemain en raison de la dyspnée toujours intense, de la fièvre toujours vive et de l'état général inquiétant, on se décida à pratiquer, de ce côté aussi, un nouvel empyème (12 janvier). Les symptômes s'atténuèrent lentement, ce ne fut qu'au bout de 3 semaines que la fièvre tomba définitivement mais, en fin de compte, vers la fin de février, le petit malade était complètement guéri.

Sur un cas de laryngo-typhus.

M. Weil-Hallé. — Il s'agit d'un enfant, qui, à la suite d'une rougeole, fut pris d'une conjonctivite pseudo-membraneuse et traité par une injection de sérum. On constata ensuite quelques phénomènes imputables à de l'adénopathie trachéo-bronchique. Enfin, des symptômes de fièvre de typhoïde se manifestèrent, et au bout de quelques jours une dyspnée intense avec tirage très accentué motivaient le tubage et une injection de sérum. Un peu plus tard, les symptômes typhiques et la dyspnée persistant, on changea le tube, que l'on trouva noirci vers sa partie supérieure. Ce nouveau tubage ayant cette fois été insuffisant pour calmer la dyspnée, on eut recours à la trachéotomie ; mais l'enfant succomba pendant l'opération.

A l'autopsie, lésion de fièvre typhoïde et d'adénopathie trachéo-bronchique. En outre, ulcération profonde à la hauteur de l'anneau thyroïdien, avec infiltration du larynx et bacilles d'Eberth au niveau de l'ulcération.

Le présentateur fait remarquer que, dans des cas semblables d'ulcération post-typhique, toujours longues à réparer, on doit préférer la trachéotomie à un tubage qui devra être toujours prolongé et par conséquent sera toujours plus dangereux pour le larynx malade.

MM. Weil-Hallé et Lemaire présentent les pièces et l'observation d'un cas de *thrombose cardiaque et embolie pulmonaire au 11e jour d'une diphtérie.*

REVUE CHIRURGICALE

A propos de l'amputation interscapulo-thoracique (1);

Par **L.-E. MOREL**

L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (amputation interscapulo-thoracique) a été élaborée vers 1887 par M. le Pr P. Berger avec la collaboration du Pr Farabeuf. Successivement exécutée par M. Berger dès 1882, réglée en 1887 ; exécutée avec succès depuis par l'auteur un certain nombre de fois, elle a vu ses indications se préciser Les mémoires successifs de V. Riche (thèse, 1904), Jeanbrau (*Revue de chirurgie* 1905), Jeanbrau et Riche (*Revue de chirurgie* 1905), les communications récentes à la *Société de chirurgie*, en font une question à l'ordre du jour. Le Pr Berger la résume, y ajoute les documents de sa pratique personnelle, et en modifie légèrement le manuel opératoire. Telle est la substance du travail que nous allons analyser.

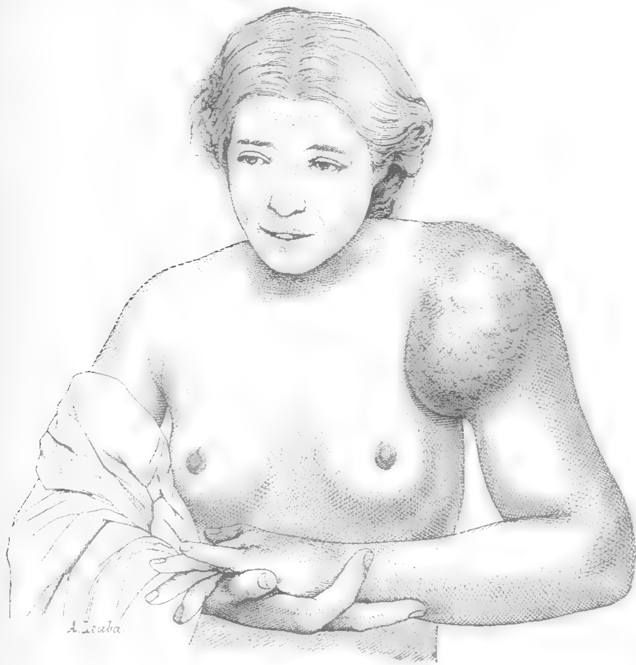
Aux observations antérieurement publiées et dont on trouvera le résumé dans les travaux sus-indiqués, M Berger ajoute un certain nombre de faits nouveaux d'un grand intérêt ; témoin cette observation :

Une jeune femme de 24 ans, récemment accouchée, voit un mois après son accouchement son épaule gauche, traumatisée pendant la grossesse, devenir douloureuse.

Bientôt les douleurs s'accrurent et il s'ensuivit une gêne croissante des mouvements. Les douleurs étaient apparues au mois de mai ; en septembre, à la suite de séances de massage, les douleurs redoublent et la tuméfaction augmente. En octobre, tout travail devient impos-

(1) D'après le travail du Pr Berger, *Revue de Chirurgie*, 10 août 1905.

sible. En décembre, on constate une impotence fonctionnelle absolue, des douleurs très vives, un œdème de tout le membre supérieur gauche, un gonflement énorme de l'épaule, et une fièvre continue à 38°. L'appétit, le sommeil, les forces, ont disparu. La malade entre, cachectique, le 9 janvier 1905 dans le service du Pr Berger. A cette époque, comme on le voit sur la figure 10, la tumeur hémisphérique,



FIF. 10.

misphérique, du volume d'une tête d'adulte, couvre le moignon de l'épaule, déborde en haut vers l'acromion, en bas, vers le deltoïde, en avant vers le grand pectoral qui commence à être envahi, en arrière vers les muscles sus et sous-épineux qui sont infiltrés. Elle remplit l'aisselle, on ne sent pas de ganglions. La peau non adhérente, mobile, est amincie, violacée, et sillonnée de nombreuses arborisations vasculaires. La tumeur est chaude au toucher, irrégulièrement ferme ou fluctuante, non pulsative, non crépitante. Le bras, œdématié, engourdi, est le siège de vives douleurs spontanées, que la palpation redouble. La température oscille entre 38° et 39°. L'état cachectique s'accentue.

Le 11 janvier 1905, on pratique la désarticulation interscapulo-thoracique, suivant le procédé réglé par M. Berger, et qui comprend les temps suivants :

1° Résection de la partie moyenne de la clavicule.
2° Ligature et section des vaisseaux axillaires.
3° Dissection du lambeau antéro-inférieur (pectoro-axillaire).
4° Dissection du lambeau postéro-supérieur (cervico-scapulaire).
5° Section des attaches musculaires de l'omoplate.
6° Réunion des lèvres de la plaie en T. (fig. 11).

La seule modification qu'apporta M. Berger fut la résection de la partie interne de la clavicule, substituée à la résection de la partie moyenne.

L'intervention, absolument correcte, n'eut aucune suite fâcheuse. La douleur cessa complètement, la malade reprit de l'embonpoint : mais 5 semaines après la malade mourut d'une pleurésie.

L'examen de la pièce enlevée chirurgicalement montra l'existence d'une fracture spontanée de l'humérus, au niveau du col chirurgical : le néoplasme engainait étroitement les deux fragments jusqu'au tiers supérieur de l'humérus. Tissus sains et tissus néoplasiques sont réunis par une zone imprécise au niveau du moignon de l'épaule. Entre la peau et les muscles, à la partie antérieure du moignon de l'épaule, un vaste décollement est rempli de caillots sanguins. L'articulation scapulo-humérale paraît saine, les surfaces cartilagineuses sont normales ;

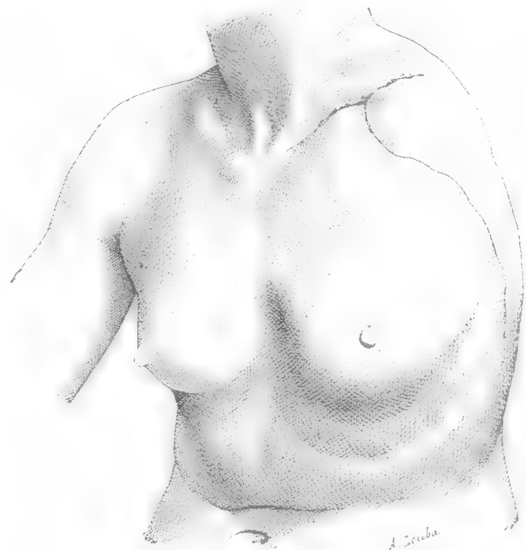


FIG. 11.

un certain degré de mobilité conservée. Les muscles de l'omoplate ont conservé leur couleur et leur consistance naturelles : ils sont peu ou pas atteints (fig. 12).

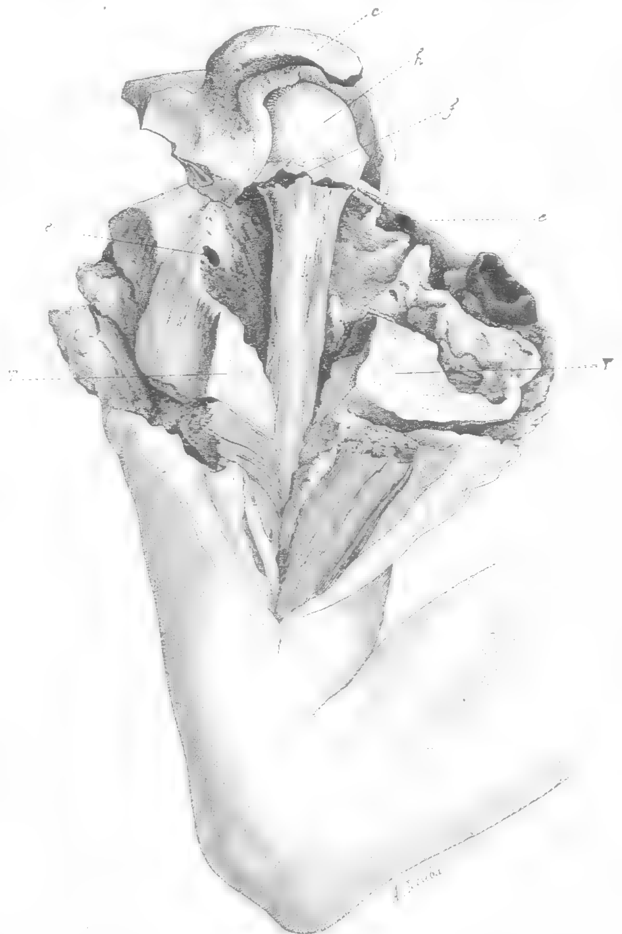


FIG. 12.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit « d'un sarcome central de l'humérus, ayant débuté par la zone jux-

ta-épiphysaire, l'ayant détruite, et ayant de la sorte déterminé une sorte de décollement épiphysaire. La large intervention qui avait été faite pouvait faire espérer une longue survie ; on a vu qu'il n'en fut rien, et que la malade succomba à une pleurésie hémorrhagique évidemment due à la généralisation sarcomateuse.

M. Berger retint de ce cas la facilité extrême que lui donna la réaction de la partie interne de la clavicule (modification de son procédé antérieur) dans la ligature des vaisseaux.

Un second cas récent de M. Berger porta sur un chondrome plusieurs fois récidivé de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche (fig. 13). Instruit par le cas précé-



Fig. 13.

dent, M. Berger sectionna « la clavicule vers sa partie moyenne, au point où elle est le plus facilement accessible, et après avoir dénudé rapidement tout le fragment interne en le soulevant avec un davier, il l'extirpa... puis reséqua le fragment au ras des insertions du deltoide. » (fig. 14 et 15). C'est encore ce qu'il fit dans un cas de sarcome ganglionnaire de l'aisselle (fig. 16 et 17). Au total, M. Berger a pratiqué 6 fois l'amputation interscapulo-thoracique : 4 fois il a obtenu la guérison opératoire rapide : il a même obtenu mieux, puis qu'entre autres, son opéré de 1896 (myxome de l'extrémité supérieure de l'humérus) est encore, au bout de 9 ans, en bonne santé. Joignant son expérience personnelle aux matériaux rassemblés par MM. Jeanbrau et Riche, le Pr Berger étudie les résultats fournis par 128 observations d'amputation interscapulo-thoracique.

I. Mortalité opératoire.

1° *Tumeurs de l'humérus*, 73 amputations interscapulo-thoraciques pour tumeurs de l'humérus donnent 2 cas de morts, soit 2 75 % de mortalité. Elles se décomposent en : *a*) 64 pour tumeurs malignes, donnant 2 morts, soit 3.12 % ; et *b*) 9 cas pour chondromes, sans décès, soit 0 pour cent.

2° *Tumeurs de l'omoplate.* — 21 amputations interscapulo-thoraciques pour tumeurs de l'omoplate donnent 5 morts, soit 23.80 % de mortalité. Elles se décomposent en :

a). 20 cas pour sarcome de l'omoplate, donnant 5 morts soit 25 % ; *b*) 1 cas pour chondrome, pas de décès, soit 0 %

3° *Tumeurs scapulo-humérales, et des parties molles*, 35 cas donnant 4 morts, soit 11.24 % de mortalité.

En somme l'interscapulo-thoracique prend un caractère de gravité certain quand elle s'attaque à des des tumeurs de l'omoplate et des parties molles de l'aisselle. Cela tient : 1° aux difficultés de ligature des vaisseaux dont les rapports sont modifiés par ces tumeurs : 2° aux



Fig. 14.

délabrements étendus nécessités par l'ablation de ces tumeurs envahissantes. Au contraire « quand elle est mo-



Fig. 15.

tivée par des tumeurs malignes de l'humérus, l'amputation interscapulo-thoracique est peu grave, très sûre, et le souvent facile. »

II. Guérisons définitives, récidives, généralisations. — Il faut distinguer les tumeurs malignes et les chondromes.

1° *Sarcomes de l'humérus.* — 62 cas de guérisons opératoires qui se répartissent comme suit : 30 morts de récidive ou généralisation, plus ou moins longtemps après

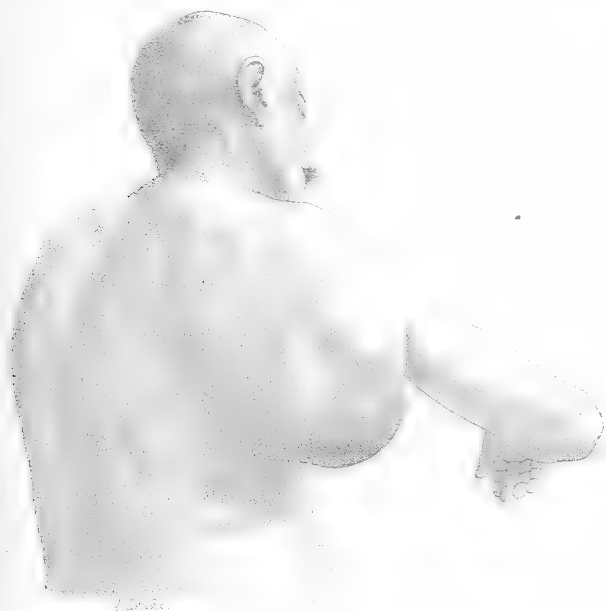


Fig. 16.

l'opération : 3 morts d'affections indépendantes ; 24 survivants ou récemment perdus de vue ; 5 insuffisamment suivis. D'où la proportion : Généralisations et récidives constatées. 48.38 % ; Survivants ou perdus de vue en bonne santé, 38.70 %.



Fig. 17.

2° *Sarcomes de l'omoplate.* — 15 cas de guérisons opératoires, donnant la proportion : Généralisation et récidives constatées, 66.66 % : survivants ou perdus de vue en bonne santé : 33.33 %.

3° *Sarcomes scapulo-huméraux et des parties molles.* — 31 cas de guérison opératoire, donnant la proportion : Généralisations et récidives constatées : 68.96 % : survivants ou perdus de vue en bonne santé 20.68 %. On voit qu'ici encore, c'est-à-dire au point de vue des résultats éloignés, l'interscapulo-thoracique donne de meilleurs résultats quand elle s'attaque aux tumeurs de l'humérus que lorsqu'elle s'attaque aux autres tumeurs de l'épaule (omoplate et parties molles). Comme le dit M. Berger: « cela n'a rien qui doive surprendre : pour les tumeurs de l'humérus, l'amputation du membre dans la contiguïté du tronc est l'amputation éloignée, l'opération large qui se fait dans les parties saines ;... pratiquée pour les tumeurs de l'omoplate, cette opération est l'amputation de nécessité .. insuffisante, ou tout au moins précaire. »

II. Durée de la survie après amputation pour sarcomes.

M. Berger estime que les chiffres indiqués par Jeanbreau et Riche au point de vue de la survie après amputation interscapulo-thoracique (5 ans et moins) deviennent beaucoup trop optimistes si on ne considère que la survie dans les cas d'intervention pour sarcomes.

1° *Sarcomes de l'humérus.*— Survie moyenne de 19 à 20 mois chez ceux qui ont succombé à récidive ou généralisation ; près de 4 ans chez les malades perdus de vue. Comme chiffres extrêmes, citons un mois et demi (Berger) et 13 ans (Ochsner).

2° *Sarcomes de l'omoplate.* — Survie moyenne de 13 à 14 mois, chez ceux des opérés qui ont été finalement enlevés par récidive ou généralisation ; de 2 ans et demi chez ceux qui ont été perdus de vue.

3° *Sarcomes de diverses provenances.*—Survie moyenne, 19 à 20 mois pour ceux des opérés qui ont succombé à récidive ou généralisation ; près de 4 ans chez ceux qu'on a fini par perdre de vue.

4° *Chondromes de l'humérus.* — Survie beaucoup plus longue. Certains cas datent de 15 ans et n'ont pas encore récidivé.

M. Berger pose d'après ces chiffres les conclusions suivantes : « L'amputation interscapulo-thoracique doit être proposée dès le début dans tous les cas de tumeurs malignes de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il ne peut y avoir de réserve que pour les tumeurs de petit volume, présentant un moindre degré de malignité, telles que les tumeurs à myéloplaxes, les myxomes, et surtout les chondromes, pour lesquels l'extirpation limitée ou la résection de la tête de l'humérus peuvent être adoptées, mais seulement lorsqu'on s'est assuré, par une constatation directe, de la nature relativement bénigne de la néoplasie à laquelle on a affaire.

Les chondromes de l'extrémité supérieure de l'humérus nécessitent parfois l'amputation interscapulo-thoracique, à cause de leur énorme développement ; l'opération dans ces cas, quel que soit le volume de la tumeur, est une opération des meilleures et des plus sûres.

Les tumeurs malignes de l'omoplate, les tumeurs malignes de l'aisselle et du moignon de l'épaule ne justifient l'amputation interscapulo-thoracique que lorsque la conservation du membre supérieur n'est pas compatible avec l'extirpation totale de la tumeur.

Il y a lieu de substituer à la résection de la partie moyenne de la clavicule — comme temps préliminaire de la ligature de vaisseaux — la résection de son extrémité sternale pratiquée après section de la clavicule à sa partie moyenne.

Le drainage le plus large et le plus minutieux du point déclive des zones décollées, sauvegarde la vie de l'opéré, et, en tous cas, hâte notablement sa guérison.

L.-E. Morel.

Expressions curieuses. — Les malades ou leurs parents ont quelquefois des expressions originales pour caractériser leur maladie ou ses symptômes. Parlant des crises de sa fillette hystérique, la mère nous dit : « *Elle tombe toujours à dents* », en d'autres termes, elle tombe en avant, sur la face.

BIBLIOGRAPHIE

Promenade d'un médecin à travers l'histoire ; par le Dr J. Barraud, Rudeval, éditeur.

Ce livre dédié au Dr Cabanès est digne de lui : même précision, même allure mordante et gaie que chez le maître.

L'ouvrage que nous offre le Dr Barraud vient, en apportant une nouvelle pierre à l'édifice de la médecine historique, confirmer ce que nous disions précédemment, à savoir que si les médecins voulaient s'occuper d'être des historiens, ils parviendraient à éclairer d'une lumière vraiment inattendue des passages de l'histoire demeurés obscurs jusqu'alors. Le Dr Barraud nous confirme par des exemples. Son livre est composé de plusieurs études, « plusieurs promenades ». Une promenade, pour être bonne, doit être courte et faite sous un ciel éclatant de lumière. Les études de cet ouvrage sont toujours très brèves, une impression, un détail qui caractérise et c'est tout ce qu'il faut pour les faire briller comme une peinture italienne.

Tous ces petits tableaux sont des exemples de ce qui a été avancé. Un pris entre tous : *De quoi est mort Mozart* ? telle est le titre d'une étude du livre écrit par le Dr Barraud pendant ses promenades. L'on sait quel bruit, provoqua à la fin de 1791 et au commencement de 1792 dans l'Autriche (le reste de l'Europe était trop occupé par la France révoltée) la mort de Wolfrang-Amédée Mozart.

Empoisonné, Mozart était empoisonné par Saliéri, son rival ! Tout semblait confirmer le crime : la jeunesse, les paroles du grand musicien, la jalousie de Saliéri, dont les cabales avaient réduits l'auteur de *Don Juan* à la misère. L'état civil lui-même semblait, par sa pseudo-ignorance, vouloir jeter un voile sur cette affaire : « Mort d'une fièvre cérébrale », nous disent les registres officiels. C'est bien là, semble-t-il, l'étiquette prise au hasard et collée sur un flacon dont on veut cacher le vrai contenu.

La question se pose donc alors : Mozart a-t-il été empoisonné ? Nous le verrons tout à l'heure.

Cependant aujourd'hui tous les biographes de Mozart ayant plus ou moins écarté l'idee d'empoisonnement, ont adopté presque généralement une version que M. Barraud nous montrera fausse ou du moins invraisemblable : la phtisie.

Mozart est-il mort de tuberculose ?

Le Dr Barraud étudie les antécédents du compositeur. Le grand-père a laissé une nombreuse famille qui s'est maintenue jusqu'à nos jours. Le père grand, vigoureux, meurt à 70 ans, sans aucune maladie, après une vie fort agitée, cependant. La mère de Mozart est malade souvent, sur 7 enfants, 5 meurent, cependant la sœur de Mozart qui fut avec lui le seul enfant qui vécut et, malgré des maladies et des ennuis, ne mourut qu'à 80 ans. Mozart, lui-même, n'est pas le petit garçon souffreteux qu'on veut bien en faire. Il est cependant très nerveux : la sonnerie d'un clairon le fait évanouir ; il n'est cependant pas « faible » ; en effet, il eut successivement : scarlatine, petite vérole, typhoïde, autre maladie (?), catarrhe ; au moment de son mariage (1781), le grand compositeur est maigre et pâle, la tête forte, l'œil grand, proéminent et vague. Il s'évanouit facilement. Pourquoi cet état ? Trois causes : 1° maladies successives ; 2° voyages ; 3° travail. Nous connaissons les maladies, voyons les voyages, ils sont nombreux, faits dans de mauvaises conditions physiques par manque d'argent, très fréquents et souvent accompagnés de travail. Mozart a travaillé d'une « façon colossale » dans sa vie, ses improvisations elles-mêmes n'étaient que la solution instantanée d'un problème longtemps médité.

Voilà dans quel état Mozart se présente devant le notaire avec cette santé chancelante ; quelle garantie matérielle ? Aucune. La misère ne tarde pas à se glisser dans le ménage qui s'augmente bientôt de trois enfants. Dans cette situation désespérée une hallucination épouvantable surgit soudain : le comte de Walseg lui a commandé un *Requiem*, Mozart croit que c'est le sien ; sa femme qu'il aime n'est pas là pour l'écarter de ces idées ; elle accourt, cache le *Requiem*, mais les pieds et les mains du musicien enflent, il s'alite, l'agonie commence ; elle va durer un mois ! Enfin, le 5 décembre, l'auteur de *Figaro* s'éteint. Le lendemain matin, par un temps de neige, éclairé d'un jour blafard le corbillard des pauvres emportait vers la fosse commune du cimetière Saint-Marc le précurseur de toute la musique moderne. Et tout ça pour 11 florins....

Mozart est donc mort d'*usure*, d'excès de travail physique et moral ; mais la maladie qui, en se greffant là-dessus a emporté Mozart, semble être une néphrite (amaigrissement, étouffements, syncopes, pieds, mains enflés, parésie). Rien d'étonnant à ce qu'une néphrite emporte si vite un organisme usé comme l'était celui de Mozart, c'était la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Ce n'est donc ni la tuberculose, ni le poison qui ont emporté Mozart comme on l'avait cru jusqu'alors.

L'on voit combien l'histoire pourait tirer des médecins par ce résumé de l'étude de M. Barraud.

Un autre petit tableau est brossé très aimablement et avec des détails nouveaux ; son sujet : « *Un apothicaire au temps du grand roi* ». Cependant comme nous avons déjà donné ici le résumé d'une étude sur les apothicaires du temps passé (1), et que la place nous manque, nous nous permettrons de passer, et pour cette même et dernière raison, nous ne pourrons que citer les études sur *Saint-Hilaire, évêque de Poitiers, la Prostitution au temps d'Isabeau de Bavière, la Cour des Miracles, Christine de Suède et Bourdelot* comme particulièrement intéressantes.

Cependant un dernier mot encore, une question : M. Barraud dans la préface de ce livre dont on a pu juger l'intérêt, dit : « Un médecin qui contemple le monde extérieur s'en fait une idée différente...., nous avons, nous médecins, des lunettes qui nous changent, redressent les objets, les montrent sous leur véritable aspect ! » Sous leur véritable aspect, croyez-vous M. Barraud, croyez-vous ?

La population de Vitry-le-François, 1773-1901, par le Dr Langlet, Reims, Matot-Braine éditeur.

M. Langlet, qui a déjà publié un certain nombre de travaux statistiques et historiques sur Reims et les environs nous en donne un nouveau.

Après avoir rappelé la bibliographie statistique de l'arrondissement de Vitry, il en étudie la population. Son travail s'ouvre par une étude de la ville avec des détails fort intéressants au point de vue des ménages, professions, etc., puis le relevé des paroisses avec deux états, l'un pour les communes de l'ancienne élection, l'autre pour les communes avec l'évolution de la population jusqu'en 1901. Des graphiques précisent ces données. Enfin le Dr Langlet termine par une étude générale de l'arrondissement considéré dans son ensemble. Ce travail fait consciemment aura sûrement beaucoup d'intérêt pour les historiens de Vitry-le-François.

(1) V. Compte-rendu des *Médecins de Guéret*, juin 1905.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne (Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Bearn, etc. (Tarif spécial F. V. n° 106 (Orléans).

Des billets de famille de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 20 à 40 0/0, suivant le nombre des personnes, sont délivrés toute l'année, à toutes les gares du réseau d'Orléans, pour les stations termales et hivernales du Midi, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris) et notamment pour : *Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary* (halte), *Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn*, etc.

Durée de validité : 33 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptées sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalaisons créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

VARIA

Traitement des maladies du cuir chevelu dénommées teignes tondantes ;

On lit dans le *Bulletin municipal* du 3 mars :

Avis à MM. les directeurs, à Mmes les directrices des écoles publiques et privées et à MM. les médecins inspecteurs des écoles.

Depuis deux ans, à l'hôpital Saint-Louis (école Lailler), la radiothérapie est appliquée aux maladies du cuir chevelu dénommées « teignes tondantes ». Cette méthode a produit de bons résultats en réduisant dans la proportion des cinq sixièmes environ la durée du traitement.

Il est rappelé à ce propos que, les lundis et mercredis, à neuf heures du matin, fonctionne à l'hôpital Saint-Louis, rue Bichat, 42, une consultation publique des affections du cuir chevelu. Cette consultation est spécialement destinée aux élèves des écoles publiques et libres.

Si l'affection constatée n'est pas contagieuse, l'enfant reçoit, avec l'indication du traitement approprié, un certificat constatant qu'il peut être admis en classe sans danger pour ses condisciples. Si, au contraire, il s'agit d'une maladie contagieuse, le malade est admis à l'école Lailler, soit comme externe, soit comme interne. En quelques semaines la guérison peut être obtenue.

MM. les directeurs et Mmes les directrices sont priés de communiquer ce renseignement aux parents intéressés.

LES CONGRÈS

XVme Congrès International de Médecine

(Lisbonne, 19-26 Avril 1906).

Le Comité exécutif du XVe Congrès International de Médecine s'est assuré un nombre considérable d'appartements (chambres à 1 lit, ou, pour la plupart, à plusieurs lits), au prix de 6, 8 et 10 francs par lit, suivant la catégorie, Il y a aussi quelques logements avec pension, à 15 francs par personne. On payera les tickets à la gare du Rocio (entrée à Lisbonne en arrivant par chemin de fer) et pour la durée du Congrès, soit huit jours. Il y a toute facilité pour les repas dans les restaurants et hôtels de Lisbonne, ainsi que dans le restaurant du Congrès.

Tous les logements seront distribués au fur et à mesure qu'arriveront les demandes : celles-ci sont à adresser, avant le 31 mars à M. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praça dos Restauradores, Lisbonne, qui est chargé de ce service. L'affaire des voyages est définitivement réglée avec les chemins de fer français espagnols et portugais qui permettent aux congressistes d'effectuer le voyage de retour par un itinéraire différent de celui de l'aller, toujours en bénéficiant de la réduction de 50 %, à condition que l'aller et le retour se fassent par voie ferrée. Le Comité du Congrès commencera ces jours-ci avec l'envoi des cartes spéciales uniformes pour les compagnies des trois pays. Nous apprenons en ce moment qu'aussi les chemins de fer italiens accordent la réduction de 50 %.

Faculté de médecine et de Pharmacie de Bordeaux

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1905-1906.

Décembre 1905. — Fauré. La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux. — Potel. Genèse et descendance. Etude critique d'un conflit moderne (Contribution à l'histoire de la Biologie). — Gaillaud. Essai sur la cérébralité féminine. — Pochoy. Indications et contre-indications de la bronchoscopie supérieure et inférieure dans le cas de corps étrangers des voies aériennes. — Roton. Les kystes hydatiques du pancréas. — Bézos. Les tumeurs du grand pectoral. — Bouthillier. De l'iridectomie et de la sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome. — Hervé. Signes, diagnostic et traitement des accès amygdaliens. Valeur des signes anciens. — Nicaudie. De la valeur diagnostique et pronostique de la diazoréaction dans la tuberculose. — Rouxel Les teignes à l'hôpital civil de Brest depuis 8 ans. — Gachet. Mouvements involontaires et stéréotypies des doigts s'organisant en tic dans le tabes.

Janvier 1906. — Védy. L'eau de mer en thérapeutique et principalement chez les tuberculeux. — Dupin. Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? Résultats comparés des diverses méthodes. — Bardet. Du traitement chirurgical de l'éclampsie puerpérale. — Rioms. La torsion du pédicule des kystes para-ovariens. — Lefebvre. Contribution à l'étude de l'urétrotomie interne à sections multiples.

Delahet. Le tempérament bilieux. Etude historique, clinique, thérapeutique. — Bouissière. Traitement du cancer des paupières par les rayons X. — Guiselin. Du cancer de l'ombilic. — Cheynel. De l'ovarite ourlienne. — Bouchaud. Contribution à l'étude de la médication formique. — Duhourcau. Sur le saprophytisme du bacille du Koch.

Espinasse. De la valeur de la funiculopexie et de l'extension élastique dans le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — Popp. De l'évolution clinique et bactériologique des salpingites. — Vidal. De l'aménorrhée (Etude du sang chez les aménorrhéiques). — Ducellier. Lumière et galvanocaustie. Installations sur canalisations életriques urbaines. — Audhuy. Radiothérapie coloniale. — Marque. De la coexistence de l'appendicite inguinale droite (Traitement opératoire). — Besse. Grenouillette de la glande de Nuhn-Blandin. — Geoffroy. Modifications de la respiration dans l'hyperthermie expérimentale. Etude physiologique de pneumographie et de pneumochimie. — Badin. Recherche du spirochète pallida dans les lésions superficielles de la syphilis. — Beinet. La tuberculose de la prostate.

Millon. L'empalement. — Laporte. L'ostéomyélite du pubis. - Lutaud. Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs par la méthode sanglante. — Villeneuve. La femme et la médecine. — Dufresne. Notes sur la vie et les œuvres de Vicq d'Azyr. (1748-1794). Histoire de la Fondation de l'Académie de médecine. — Duliscouët. Les lépreux au moyen-âge en France. — Salonne. Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral. Avantages du traitement par la suture. — Vouters. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Challier. Du choix d'un traitement dans l'épididymite tuberculeuse (Etat actuel de la question). — Blain. L'altruisme morbide dans la paralysie générale.

Renault. Sur un nouveau mode de traitement du coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée par les injections interstitielles de paraffine. — Bourrut-Lacouture. Contribution à l'étude anatomique des vestiges du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant. Leur rôle dans la production des kystes du cordon. — Sauvet. Importance du terrain dans l'évolution de la tuberculose. — Lepage. Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant. Technique et valeur diagnostique. — Guennoc. Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. — De Schacken. Etude de la bilharziose. Sa localisation au point de vue anatomo-pathologique. — Cunaud. Le classement des voix. — Récamier. Action des rayons X sur le développement de l'os. — François. Le chancre induré de la main. — St-Harty. De la gymnastique respiratoire.

Huet. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du signe d'Argyll-Robertson. — Sibenaler. L'âge du discernement. Considérations juridiques et médico-légales sur la responsabilité de l'enfance coupable. — Mauvoisin, De l'otite moyenne et de la mastoïdite d'origine puerpérale. — Gaubil. Calculs et tumeurs du rein. — Armstrong. Critiques des théories émises sur le bruit de rappel. — Benjamin. La colonisation pénale à la Guyane française. Considerations médicales, biologiques, économiques et sociales.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 14 mars.* — *M. Lagrange* : Nouvelle méthode de dosages de l'acide salicylique et application de ce procédé à la recherche de quelques dérivés salicylés (MM. Gautier, Landouzy, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Poissonnier* : Le cœur dans les déviations du rachis et les déformations thoraciques (MM. Landouzy, Gautier, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Chevassu* : Tumeurs du testicule (MM. Reclus, Segond, Pierre Duval, Proust). — *M. Noé* : Des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin (MM. Segond, Reclus, Pierre Duval, Proust.)

Jeudi, 15 mars. — *M. Detoc* : Etude générale sur les champignons (MM. Cornil, Raymond, Dupré, Guiart). — *M. Uhry* : De la valeur comparée des médicaments toni-cardiaques (résultats cliniques). (MM. Raymond, Cornil, Dupré, Guiart). — *M. Giordani* : Sur le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse par la radiographie (MM. Raymond, Cornil, Dupré, Guiart). — *M. Picot* : Le massage de la prostate (MM. Le Dentu, De Lapersonne, Auvray, Morestin). — *M. Parazols* : De quelques aspects ophtalmoscopiques des sérosités optiques. (MM. De Lapersonne, Le Dentu, Auvray, Morestin). — *M. Sauton* : Contribution à l'étude du traitement de l'iritis rhumatimale par les injections intra-veineuses du salicylate de soude (MM. De Lapersonne, Le Dentu, Auvray, Morestin).

Examens de doctorat. — *Lundi, 12 mars.* — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Mauclaire, Cunéo. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Kirmisson, Lepage, Branca. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Broussais) : MM. Segond, Wallich, Rieffel. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Déjerine, Teissier, Labbé (Marcel).

Mardi, 13 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Thiéry, Rieffel. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Berger, Ribemont-Dessaignes, Launois. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Hartmann, Brindeau. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Morestin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Marion, Auvray.

Mercredi, 14 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Cunéo, Rieffel. — 1er (Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Legueu, Branca. — 4e (Salle Broussais) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard.

Jeudi, 15 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Marion, Rieffel. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Joffroy, Bezançon, Maillard. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Hutinel, Thiroloix, Jeanselme.

Vendredi, 16 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Legueu, Cunéo. — 1er (Oral, Salle Corvisart) : MM. Blanchard, Gosset, Rieffel.

Samedi, 17 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. De Lapersonne, Thiéry, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 4e (Salle Béclard) : MM. Raymond, Chantemesse, Vaquez. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Hutinel, Méry, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Maygrier, Bonnaire, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 février 1906 au samedi 17 février 1906, les naissances ont été au nombre de 1.027, se décomposant ainsi : légitimes 767, illégitimes 260.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 970, savoir : 475 hommes et 495 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 20. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 6. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 201. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 64. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 56. — Maladies organiques du cœur : 72. — Bronchite aiguë : 13. — Bronchite chronique : 26. — Pneumonie : 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 133. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 34. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : — Morts violentes : 16. — Suicides : 11. — Autres maladies : — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 19.

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Audollent, F.-R. Belin, Dubar, Dubrue, H. Gourichon, Laskine, M.-J. Legros, Letellier, Mugnier, Parzot, J.-P. Tessier, Zibelin, de Paris ; Barthès, d'Ivry-sur-Seine ; Bierry, de Lons-le-Saunier ; Bouteloup, d'Orléansville ; Coutant, de Montferrand ; Delahaye, de Toulon ; Hubert, de Cherbourg ; Langlebert, de Neuilly-sur-Seine ; Lelièvre, de la Loupe ; Peyr.., de Bordeaux ; Prengreber, de Palestro ; Rigabert, de Marly-le-Roi ; Benech, médecin militaire.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Barrault, F.-P. Bernar.., Blandamour, Blondin, Cattier, Courtillier, Faucillon, Forestie.., Jahan, Julhiet, C.-E. Kieffer, Landais, Moïse Lehmann, Lev.., Bing, Pauly, Puech, Sanz de Santamaria, Silva, Soulé, E.., Tison, Vignat, Vilenski, G. E. Vimont, J.-A. Weil, J.-F. Wur.., de Paris ; Aubin, de Marans ; Aulès, de Saillans ; Azalbert, .. Caunes ; Castaneda de Campos, de Pontoise ; Chesnais, de M..dréac ; Clause, de Clermont-en-Argonne ; Colandre, d'Eglisene..ve-d'Entraigues ; Daniel, de Mila ; Daumy, de Saint-Eloy-les-Mines ; Denoy, de Narbonne ; Dubarry, de Tarbes ; Fraikin, d'Argelès-Gazost ; Fusier, de Thoiry ; Galangau, de Cerbère ; Gérin, de Bordj-Bou-Arréridj ; Gouez, de Plougastel-Daoulas ; Griffault, de La Mothe-Saint-Hérayc ; Guiol, d'Hyères ; Hazemann, de Combles ; Hugues, des Arcs ; Jourdan, de Thônes ; H. Lamand, de Haspres ; Laugier, de Bar-sur-le-Loup ; Laurent, de Vitrey ; Léoncini, de Nice ; Levrat, de Lyon ; Louis Malausséna, de Nice ; Mallet, de Tournan ; Marion, de Digne ; Martial, de Paulhaguet ; Maugart, de la Roche-sur-Yon ; Petit, de Montereau ; Picarel, de Villeneuve-lès Corbières ; Pitti-Ferrandi, de Pietra-di-Verde ; Pothet, du Perreux ; Raullet, d'Aumale ; Reymondon, de Chambéry ; Roger, de Laurens ; Rousseau, de Brest ; Rouvier, de Voiran ; Roux, de Marseille ; Roux, de Nice ; Saramito, de Sospel ; Springer, d'Alençon ; Truffet, de Seyssel ; Chaudoye, Dommartin, Meyer, Moinet, Rabuson, H.-L. Robert, médecins militaires ; Mme le Dr Ragu née Iscovesco, Mlle le Dr Roussel, de Paris. Parmi les pharmaciens décorés signalons M. Pennès, maire-adjoint du Ve arrondissement de Paris et M. Midy, les spécialistes bien connus.

Chevaliers du Mérite agricole. — MM. les Drs Hugues, d'Alger et H.-L. Robert, médecin militaire.

Eaux minérales de la France. — *Médaille d'or.* — M. le .. Meillière, de Paris. — *Médaille de vermeil.* — M. le Dr Piatot, de Bourbon-Lancy. — *Rappel de médaille de vermeil.* — M. le Dr Chiais, d'Evian. — *Médailles d'argent.* — MM. les Drs Constant, de Vittel ; Verdalle, de La Bourboule. — *Rappel de médaille d'argent.* — M. le Dr Poulain, de Bagnoles-de-l'Orne. — *Médailles de bronze.* — MM. les Drs P. Bergouignan, d'Evian ; Mougeot, de Royat ; Valby, de Mustapha ; Zuccarelli, de Bastia ; Carrey, médecin militaire.

Médaille de bronze des épidémies. — M. Francière, médecin auxiliaire au 126e d'infanterie.

Médaille de bronze de la mutualité. — M. le Dr H. Paris, médecin militaire.

Hopitaux de Toulouse. — M. le Dr Mériel est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — I. *Cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale* sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques, avec l'assistance de MM. les Drs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux.

II. *Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin et le rectum* par MM. E. Quénu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Pierre Duval, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Ce cours commencera le vendredi 16 mars. — Il a lieu à 4 heures un quart. — I. Chirurgie générale du foie ; voies d'accès (abdominale, transpleurale) ; résection et suture du foie ; hépatopexie ; exploration générale des voies biliaires. Vendredi 16 mars. — II. Cholécystotomie et cholécystostomie ; cholécystectomie, cholécysto-entérostomie. Les cholédocotomies. Lundi 19

mars. — III. — Gastrotomie ; exploration intra-stomachale ; suture des plaies bi-pariétales ; gastrostomies ; gastro-enterostomies (antérieure, postérieure, en Y). Vendredi 23 mars. — IV. Gastrectomie ; jejunostomie. Lundi 26 mars. — V. Intervention pour plaies d'intestin par armes à feu : sutures de l'intestin ; entérectomies et entéro-anastomoses. Vendredi 30 mars. — VI. Colostomie (temporaire et définitive) ; fistulisation temporaire du cœcum ; appendicectomie. Lundi 2 avril. — VII. Résection du segment ileo-cœcal ; résection du colon pelvien ; résection des segments fixes du gros intestin. Mercredi 4 avril. — VIII. Les anastomoses colo-coliques ; iléo-sygmoïdostomies. Vendredi 6 avril. — IX. Incision des abcès de l'anus ; traitement des fistules simples et complexes de l'anus ; cure radicale des hémorrhoïdes : traitement du prolapsus rectal. Lundi 9 avril. — X. Les amputations du rectum ; résection partielle par voie para sacrée ; extirpation périnéale extrasphinctérienne et intrasphinctérienne. Extirpation abdomino-périnéale. Mercredi 11 avril.

Les Elèves répèteront les opérations sous la direction des Prosecteurs et de plusieurs Moniteurs. Le nombre des Elèves est limité. Le droit à verser est de 60 francs. Le Cours est gratuit pour les Internes des hôpitaux. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

Chirurgie d'urgence, chirurgie courante et chirurgie du thorax, par MM. C. Walther, professeur agrégé, chirurgien de la Pitié, et J. Arrou, chirurgien de l'Hôpital Herold. — Ce cours commencera le vendredi 16 mars. — Il aura lieu à 4 heures un quart. — I. Suture des plaies ; Hémostase ; Anesthésie locale : Greffes. (lundi 2 avril). — II. Suture des tendons et des nerfs ; Traitement de l'hémarthrose ; Arthrotomies : Trépanations osseuses. (mercredi 4 avril) — III. Chirurgie des traumatismes de la main ; Amputations de l'avant-bras et du bras, et leurs indications (vendredi 6 avril). — IV. Chirurgie des traumatismes du membre inférieur (écrasements et fractures compliquées). Lundi 9 avril. — V. Tumeurs blanches ; Hygromas ; Hallux valgus ; Ongle incarné (mercredi 11 avril). — VI. Chirurgie du thorax ; Plaies de poitrine ; Pleurésies purulentes ; Fistules pleurales ; Abcès froid costal (vendredi 16 mars). — VII. Chirurgie du sein ; Abcès ; Tumeurs bénignes ; Tumeurs malignes (lundi 19 mars). — VIII. Chirurgie de l'abdomen ; Contusions et plaies de l'abdomen ; péritonites; Appendicite (vendredi 23 mars). — IX. Hernies ; Hernie étranglée ; Cure radicale des Hernies (lundi 26 mars). — Occlusion intestinale, Anus artificiciels ; Hémorrhoïdes ; Abcès et Fistules de l'anus (vendredi 30 mars).

Les Elèves répèteront les opérations sous la direction des Prosecteurs et de plusieurs moniteurs. Le nombre des Elèves est limité. Le droit à verser est de 60 francs. Le Cours est gratuit pour les Internes des Hôpitaux. — Se faire inscrire : 17. rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

Programme des cours. — Premier cours : Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin, le rectum, par E. Quénu, Professeur agrégé, Chirurgien de l''hôpital Cochin, et Pierre Duval, Chirurgien des hôpitaux. Ce Cours commencera le 16 Mars. — Deuxième Cours : Opérations courantes et chirurgie d'urgence, par C. Walther, Professeur agrégé, Chirurgien de la Pitié et J. Arrou, Chirurgien de l'hôpital Herold. Ce Cours commencera le 16 mars. — Troisième Cours : Opérations de Gynécologie, par A. Ricard, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis et A. Gosset, Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux. Ce Cours commencera le 1er Mai. — Quatrième cours : Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, par J. Albarran, Professeur agrégé, Chirurgien de la Maison Municipale de Santé et R. Proust, Professeur agrégé. Ce cours commencera le 2 Mai. — Cinquième cours : Opérations sur la tête, le cou, l'oreille, le nez et le larynx, par Pierre Sebileau, Professeur agrégé, Chirurgien de Lariboisère et E. Lombard, Oto-Rhno-Laryngologiste des hôpitaux. Ce Cours commencera le 6 juin. — Sixième cours : Opérations sur l'œil et son appareil annexiel, par V. Morax, Ophtalmologiste de l'hopital Lariboisière. Ce cours commencera le 6 Juin. — Le nombre des Elèves est limité. Sont admis à suivre ces Cours les Docteurs français et étrangers et les Etudiants immatriculés qui auront à acquitter, pour chaque Cours, un droit de 80 francs. — Les Cours sont ouverts gratuitement à tous les internes des hôpitaux, sans autre limite de nombre que celle imposée aux exercices techniques par les ressources du laboratoire.

Suicide d'un médecin militaire. — Pour échapper aux atroces douleurs que lui causait une maladie incurable dont il souffrait depuis longtemps, le docteur Emile Spire, médecin-major en retraite, domicilié, 233, boulevard Péreire, s'est tué l'avant-dernière nuit, au cours d'une crise, en se tirant deux balles de revolver dans la tête. (*Aurore*, jeudi, 8 mars 1906.)

Nouveau journal. — L'*Education moderne* : Hygiène scolaire éducation physique, biologie et pédagogie, enfants anormaux. Directeurs : Dr Jean Philippe et Dr Paul Boncour.— Programme de la revue par les directeurs. — Hygiène du livre à l'école, par A. Marie. — Les enfants menteurs, par Pierreson. — Education physique au Japon, par J. Tillier. — Les illettrés dans l'armée, par G. Paul-Boncour. Editeur. Paulin, 21, rue Hautefeuille. Prix de l'abonnement : Paris et départements, 10 fr. ; Etranger : 12 fr. Prix du numéro 1 fr. — Nous félicitons les fondateurs de ce journal de leur heureuse idée et faisons les vœux les plus sincères pour leur succès.

Mot de la fin. — *Une jolie définition de la virginité.* — Madame Vertuchoux adresse une semonce à sa fille : — « Oui, Mademoiselle, l'innocence est un trésor. Dieu vous en avait confié la garde. Qu'en avez-vous fait ? La jeune fille baisse la tête et rougit. — Ah ! je comprends : vous ne l'avez déjà plus. — Hélas ! Mais aussi, comment garder un trésor dont tous les hommes ont la clef sur eux ? » Et voilà comment. (*Journal de Médecine.*)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations de Paris avec la Côte d'Azur.

Rapide quotidien entre Paris, Nice et Menton composé de voitures de 1re classe, de lits-salons et de wagons-lits.

Londres-Nice en 27 heures. Paris Nice en 17 heures. Correspondances directes de et pour Londres.

Aller : Paris, départ : 9 h. 20 soir ; Marseille, arrivée : 9 h. 35 matin ; Nice, arrivée : 2 h. 12 soir ; Menton, arrivée : 3 h. 24 soir.

Retour : Menton, départ : 1 h. 40 soir ; Nice, départ : 2 h. 50 soir ; Marseille départ : 8 h. soir ; Paris arrivée : 8 h. 30 matin.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 MARS 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

—

(COURS. IVme LEÇON.)

De la stérilisation du matériel instrumental ;

Par le Pr **L. LONGUET** (de Rouen).

SOMMAIRE : § I. *Généralités* sur l'instrumentation. — Aperçu historique. — Classification biologique. — Réduction numérique possible. — Intérêt de la métallisation exclusive pour toute l'instrumentation, récipients compris. — Soins préliminaires d'entretien et de propreté.
§ II. *Stérilisation germicide* : Lister. A : méthode antiseptique de Lister. — B : méthode du flambage. — C : méthode de l'air surchauffé de Durante. — D : méthode de l'ébullition de Terrillon. Ces méthodes sont partiellement ou totalement germicides, mais nullement sporicides. Elles ont en outre l'inconvénient d'altérer le matériel instrumental par oxydation. En cas d'urgence, ou d'imprévu, ou de petite chirurgie courante, elles constituent toutefois une précieuse série de ressources.
§ III. *Stérilisation sporicide* : Longuet. A : méthode de la *vapeur anhydre deshydratante* à 185-190°, à 1 Ath. de pression. Elle est applicable en l'espèce, confère une sécurité absolue, n'altère pas le matériel instrumental. Elle trouve son indication dans toutes les grandes interventions.

Messieurs,

Il en est des instruments comme des compresses-tampons : les uns et les autres prennent avec les éléments cellulaires des plaies un contact toujours immédiat, direct, inévitable, mais temporaire. Vous entendez parfois parler de pincement à demeure. Mais cette technique, érigée en méthode par les hystérectomistes défenseurs de la voie vaginale, n'est qu'un expédient, un pis-aller, dont le double inconvénient biologique est de compromettre d'emblée la réunion par première intention et d'agréer une cicatrisation sphacélique nécrogène, qu'il n'est pas en notre pouvoir de limiter, graduer ni enrayer dans son évolution.

De la rencontre prévue des instruments avec les cellules vivantes, une déduction pratique découle évidente : c'est la nécessité primordiale de stériliser ce matériel. D'autant que chacun de ces objets sert à toute une longue suite d'interventions et transmet de ce fait — si vous n'y prenez garde — des germes morbides d'un sujet infecté à un autre qui ne l'est pas, voire même à toute une série d'opérés, avec renforcement progressif des effets virulents d'individu à individu, conformément à ce que nous enseigne l'inoculation streptococcique expérimentale répétée par passage de lapin à lapin.

§ I GÉNÉRALITÉS SUR L'INSTRUMENTATION

A. Avant Pasteur, la contagiosité par le mode instrumental était ignorée, méconnue, à peine admise obscurément par quelques clairvoyants. Aux chirurgiens des époques cadavériques, revient le mérite d'avoir imaginé, vulgarisé, perfectionné, tout un arsenal dont plusieurs échantillons sont encore aujourd'hui d'usage courant.

B. Avec les doctrines pastoriennes, la question d'instrumentation apparut sous un jour nouveau. Lister, le premier en 1867 comprit, exposa le danger de transmission par ces objets, en même temps qu'il donna un moyen de les « germicider ». Bientôt, pour satisfaire aux exigences de purification, les opérateurs esquissèrent un travail de transformation du matériel. Alors nous vîmes disparaître en 1888 les anciens manches de bois, de buis, d'ébène, de corne, d'os, de caoutchouc durci, empruntés aux scalpels, cependant que le bi-métal, sous forme d'acier ou de fer recouvert de nickel, mieux apte à supporter l'attaque des agents désinfectants prit une extension prédominante.

C. Aujourd'hui, guidés par des notions biologiques plus précises, non plus seulement microbiennes, mais aussi cellulaires, faut-il envisager encore l'instrumentation sous le même jour que les prébiologistes Listériens ? Tout porte à croire qu'elle peut, qu'elle doit encore progresser à la lumière des données actuelles. A la germicidation, je substitue la sporicidation ; à la bimétallisation partielle, la monométallisation totale absolue, quasi-exclusive ; à l'usage facultatif indifférent de telles ou telles espèces instrumentales, à leur « pléthore », le rejet ou l'emploi raisonné, limité, guidé par la notion vitale du tissu sur lequel porte notre action.

Donner ici la *liste* complète de l'arsenal serait une tâche longue, fastidieuse, sans intérêt immédiat autre que celui de l'histoire. Il faudrait faire un relevé pour la chirurgie générale, et pour les spécialités, par exemple pour la chirurgie osseuse (ostéotomes, trépans, perforateurs, rugines, scies), pour la chirurgie gynécologique (curettes, tire-bouchons.) etc Plaçons-nous à un point de vue plus élevé, celui de l'action biologique des ins-

truments. Sous le rapport de leurs effets cellulaires, les instruments se groupent en quatre catégories : les coupants ou de diérèse ; les piquants ou de ligature-suture ; les contondants ou d'hémostasie ; les mousses ou d'exploration.

Parmi les *coupants*, prennent place : les lancettes, les scalpels, les bistouris, le bistouri boutonné, les couteaux d'amputation, les ciseaux droits et courbes.

Dans les *piquants*, rangeons les pinces à griffes, les pinces-érignes dérivées des tire-balles, les broches, les trocarts et toutes les aiguilles, innombrables en leurs modalités.

Les *contondants* ont comme type habituel les pinces à forcipressure, variables de forme et de dimension, depuis la petite pince hémostatique jusqu'aux clamps et aux volumineux écraseurs, renouvelés des anciens.

Les *mousses* enfin sont représentés par les écarteurs, les sondes ou cathéters, les explorateurs, dont le stylet-aiguille, la sonde cannelée, sont des modèles aussi vieux que classiques.

Tous ces instruments font honneur à leurs inventeurs et par moments suscitent en nous un réel sentiment d'admiration. Mais mon habituelle tendance simpliste me conduit encore ici à la réduction numérique ; la richesse infinie de l'arsenal, malgré son puissant intérêt historique, ou mécanique, devenant en pratique un obstacle, une inutile complication ; expliquons-nous :

Et d'abord les *coupants* sauf cas spécial, exceptionnel, sont réductibles à un simple couteau et aux ciseaux. Un couteau de taille petite ou moyenne, suffit en biochirurgie — j'en ai commencé l'expérience — pour toutes les interventions depuis l'ablation d'une phalangette nécrosée, jusqu'aux grandes désarticulations de la ceinture scapulaire ou pelvienne en cas de tumeur maligne.

S'agit-il d'une cœliotomie abdominale, une fois incisés la peau et le tissu cellulaire, j'ai coutume d'abandonner le couteau, préférant pour toute la suite les ciseaux mousses qui taillent « comme dans une étoffe », donnent une tranche peu saignante et une sécurité grande par l'intromission préalable d'une de leurs branches au travers d'une boutonnière, faisant office de protecteur-décollateur à l'égard des plans sous-jacents. Que signifie aujourd'hui le bistouri boutonné, si non l'intention, de la part de celui qui l'emploie, de couper aveuglément, d'opérer à ciel fermé, au travers d'une minime incision, par respect scrupuleux d'une tradition séculaire ! Donc, messieurs, à chacun son bien. Laissons aux nécropsistes leurs scalpels, aux herniologues de la renaissance le bistouri boutonné, et toute la gamme des couteaux d'amputation à ceux qui envisagent la chirurgie purement manuelle, moins comme l'art de tailler et de coudre en étoffe, que comme celui de dépecer.

Les instruments *piquants* suggèrent des réflexions similaires. En plus de quelques pinces à griffes et du trocart? les aiguilles courbes sont réductibles à 3 ou 4, variables de forme, de dimensions, de courbure. Et si ma prodigalité va jusqu'à 4, c'est par crainte de rester en échec lorsque l'une d'elles cesse inopportunément toute fonction. Quant aux longues aiguilles mousses, dites à pédicule, si estimées des gynécologistes du siècle dernier, par terreur des artères abdominales, et pour le passage d'énormes câbles de soie destinés à l'étreinte massive, globale, d'une région entière, vous seriez fixés sur leur valeur, si vous compariez leur résultat : qui est l'énorme moignon « antibiologique » source de nécrose, de névrite, d'adhérences viscérales ultérieures, au fin nodule actuel, enfouissable sous le péritoine, résultant du travail de couture-ligature à l'aiguille piquante. Donc l'abandon des aiguilles mousses, comme celui des broches ne doit laisser aucun regret.

Parmi les instruments *contondants*, les pinces hémostatiques ont donné lieu à de singuliers abus. Pour ma part, j'exécute nombre d'interventions sans aucune forci-pressure : transposition testiculaire, phlébectomie, herniotomie, appendicectomie, hystérectomie, etc. D'autre part, la biologie nous interdit les énormes écraseurs et avec eux les clamps, qui, par contusion maxima, tuent d'emblée de vastes champs cellulaires, dont les cadavres constituent un terrain organo-nécrobiotique infiniment propice à l'infection, éminemment défavorable à la réunion par première intention, toujours suspect de sphacèle, d'adhérence, d'hémorragies secondaires. Un même respect de la vitalité leucocytaire m'a conduit à exclure presque radicalement tous les instruments de forcimorsure et de pincement. C'est la méthode générale *d'hémostase première*, c'est-à-dire exécutée avant l'exérèse de l'acte opératoire principal qui a donné naissance, à la fin du siècle dernier, à l'abus progressif de ces instruments. On en vint à pincer tout, toujours, partout. Non seulement les zones vasculaires, mais les plans fibreux, la muqueuse, la peau, le péritoine, voire même fils et compresses furent pincés de la sorte, afin d'éviter les minuscules suintements sanguins d'origine capillaire. J'ai vu ainsi des champs opératoires encombrés de forêts de pinces à anneaux disposées en couronne. Au moment de l'exérèse ou de la pose des ligatures définitives, des obstacles surgissaient nombreux. Quand vint la réaction sous forme d'*hémostase consécutive*, c'est-à-dire réalisée seulement après l'acte opératoire principal, la forcimorsure fut moins en vogue. Mais les pertes sanguines trop abondantes, d'autant moins négligeables qu'il s'agit souvent de malades déjà anémiés, expliquent la persistance de l'habitude du pincement. Pour ma part, je pratique une *hémostasie progressive*, chemin faisant, par ligature immédiate à l'aiguille avant ou après section, sans aucune application préalable de pince. Les avantages de cette « filipressure » sur la « morsure » sont d'empêcher tout encombrement de l'aire opératoire superficielle ou profonde, d'éviter une double manœuvre de pincement et de ligature, de ne point exposer à l'oubli d'un instrument dans l'abdomen, de faciliter le temps d'exérèse, enfin de moins compromettre la vitalité des cellules, et par conséquent d'assurer, pour une certaine part, la réunion par première intention des tissus non contusionnés, non froissés, non ischémiés.

Les instruments *mousses* échappent à toute critique biologique. A leur sujet, j'ai simplement à dire que le stylet et la sonde cannelée sont, au point de vue opératoire, sinon à celui du diagnostic clinique, généralement inutiles dans les grandes interventions. Un gros fil, ou une bougie filiforme métallique flexible et malléable, remplace avantageusement le stylet. D'autre part, les ciseaux mousses fermés jouent très bien l'office d'une sonde cannelée pour la décollation. La cannelure de cette sonde est éminemment défavorable au point de vue de la stérilisation, vu son emploi habituel pour l'élimination du pus qui s'y concrète échappant ainsi à la germicidation. En sorte que, je verrai avec plaisir la disparition de cet antique et très respectable explorateur-protecteur-évacuateur.

La cannelure m'amène à vous parler de toutes les rai-

nures, fissures, râpures, aspérités, irrégularités de l'instrumentation actuelle. D'une manière générale, les stries et les crans ont pour but d'éviter le « dérapage », le glissement des pinces. Avec la « fili pressure » à l'aiguille la question se simplifie ; les pinces à crans sont d'usage fort restreint. J'ai insisté il y a quelques années sur la nécessité d'avoir des instruments aussi unis, aussi lisses que possible (1). Je poursuis depuis lors le même but avec une certaine ténacité, en vue d'une plus grande facilité d'entretien et de stérilisabilité.

La matière du métal offre elle-même une réelle importance. Le fer ou l'acier doublés d'une pellicule de nickel sont aujourd'hui d'un usage généralisé. Et de fait ils offrent de réels avantages. Voici, par exemple des écarteurs bien brillants ; ils éclairent (?) par réflexion les cavités profondes. Cependant, l'impossibilité de garder longtemps intacte, l'instrumentation bimétallique dont la nappe superficielle de recouvrement disparaît vite et fatalement par « oxydation, » par décapage mécanique au frottement, nous conduit à préconiser l'instrumentation à métal unique. C'est la raison de ma prédilection actuelle, mais non de mon exclusivisme, pour l'aluminium, métal léger, peu coûteux, de belle couleur blanc-bleuâtre, inaltérable par le brossage et inoxydable en milieu anhydre. Vous connaissez mes récipients à recouvrement, composés chacun de deux cellules plates en aluminium, opposables par leurs bords, subintrantes, perforées d'une double ou triple rangée de trous au voisinage du rebord de la cellule recouverte pour la pénétration de la vapeur sporicidante. La forme est la même pour les boîtes à objets de pansement et pour les boîtes à instruments. Seulement, la hauteur peut être moindre dans cette dernière destination. Vous y remarquez l'absence de toute glissière, de tout ornement, de toute strie, soudure, angulation, autant de conditions favorables à la sporicidation, qui est ici simultanément exécutable pour l'instrumentation et les récipients. J'expérimenterai aussi l'aluminium pour les tables d'opération, etc. Nous voici loin déjà du classique plat émaillé ou de la cuvette rectangulaire photographique de vogue universelle en ce moment. Toutefois, l'acier conserve ses droits ; ainsi pour les pointes, les lames tranchantes, les instruments de force, etc.

Quelle qu'en soit la composition, le matériel instrumental exige des soins particuliers, une propreté extrême. Car le sang, le pus, la rouille, agglomérés sous les pitons, dans les rainures, cannelures, glissières, fissures, mortaises, offrent aux microorganismes des cryptes, des retraites où, sous leur coque protectrice de coagulation, ils demeurent inaccessibles à nos moyens destructeurs. Afin de remédier à cet état de choses, les Listériens ont adopté le « *nettoyage hydrique* » par dissolution, consistant en : 1° grand lavage diluant à l'eau ; 2° brossage à l'eau savonneuse froide, car la chaude coagulerait les albumines ; 3° assèchement par un lavage à l'alcool à 90° ; 4° essuyage au linge propre.

Pour ma part je procède : 1° à un brossage dans une solution très diluée de *lessive de soude* ou de carbonate de potasse, à titre hémo-séro-pyolysant ;

2° Puis à une immersion dans le *toluène*, ou une autre solution anhydre (2), avec essuyage après chacune de ces deux séances.

La potasse agit sur les graisses ; le toluène, dessèche.

(1) Longuet (L.) : Pince à griffes d'un nouveau modèle : *Progrès Médical*, 23 septembre 1899.

(2) Exemple, l'essence minérale, le pétrole du commerce.

Ceci fait, vous pouvez procéder à la stérilisation de deux manières, ou par germicidation, ou par sporicidation. Toutes les variantes d'exécution sont contenues dans le relevé que voici :

Stérilisation germicide.

A : Méthode *antiseptique* (Lister, 1867).
B : Méthode du *flambage*.
C : Méthode de *l'air surchauffé* (Durante, 1885).
D : Méthode de *l'ébullition* (Terrillon, 1888).

Stérilisation sporicide.

A : Méthode de la *vapeur anhydre*, à 185°-190° *sous-pression* ; de 1-2 athm. (Longuet, 1900).

Chacune de ces méthodes stigmatise une époque, caractérise un effort, marque un échelon sur la route de la stérilisation absolue des instruments. Voyons d'abord la germicidation.

§ II. STÉRILISATION GERMICIDE.

(Lister, 1867.)

A. **Méthode antiseptique** (Lister, 1867). — La méthode est ici ce qu'elle est pour le matériel de pansement ou de ligature-suture, c'est-à-dire l'immersion avant, pendant et après, en solution antiseptique.

Ce que vous savez déjà me dispense d'une nouvelle description. Parmi les bains antiseptiques pour instruments, je relève plus particulièrement, la solution phéniquée à 1 p. 20 ou 1 p. 40 (Lister) ; le bichlorure de mercure à 1 p. 1000, ; le cyanure de zinc et de mercure (Lister) ; l'oxycyanure de mercure (Chibret) ; le lusoforme (Guérard) ; le naphtol camphré (Périer) ; les solutions potassiques (Polak) ; le formol : etc.

Le matériel métallique, au dire des antisepsistes, n'est pas altéré ; la stérilisation est sûre d'après de nombreuses constatations cliniques et expérimentales. Ainsi Kummel de Hambourg, puis Gartner ont démontré la stérilité parfaite des instruments préalablement contaminés au sortir du bain phéniqué à 5 p. 100. Toutefois, dit Kummel, un séjour de 6 minutes peut être mieux insuffisant : il faut au moins 10 minutes.

B.) **Méthode de flambage**. — Flamber c'est passer dans la flamme les instruments et les récipients. De date très ancienne, ce mode de « purification par le feu » fut appliqué au cas en question ici vers 1875 ; il se généralisa en 1890 ; et aujourd'hui son emploi est adopté partout, mais généralement réservé aux récipients. Les instruments sont stérilisés par ébullition, puis transportés en cuvettes, plats émaillés, ou plateaux photographiques préalablement flambés.

Il y a deux manières de procéder : a) Dans le flambage *individuel*, chaque objet, soit par exemple une pince hémostatique, est présenté séparément, mors ouverts, à la flamme d'une lampe à alcool, de préférence à celle d'un bec de gaz, car cette dernière « dépose du charbon sur les parties soumises à son action » (Terrier). Puis on refroidit cet objet soit par agitation dans l'air, soit mieux par dépôt dans une solution d'eau bouillie froide (Terrier). Quant au récipient, il est également flambé à l'alcool avant de recevoir les instruments.

b) Le flambage *collectif*, encore dit « punch aux instruments » (1), est d'exécution beaucoup plus rapide,

(1) Expression attribuée au professeur Tédenat de Montpellier. Voir Marius Cornet : « Pratique de chirurgie courante », p. 15. Alcan. *Paris* 1900.

Placez tous les instruments dans un récipient solide : arrosez-les d'alcool à 90° très pur ; allumez ce dernier ; et laissez brûler jusqu'à consomption totale, sans souffler, « sous peine de contamination par particules septiques projetées en expiration forcée » (Quénu.) Vous refroidissez ensuite en versant de l'eau germicidée à 100° ou 120°.

La méthode du flambage est considérée comme d'une sécurité absolue. Elle eût, sans doute, détrôné ses rivales si le matériel ainsi traité ne s'altérait profondément en une seule séance.

C.) **Méthode de l'air surchauffé** (Durante, 1886). — Ici l'on répartit l'action microbicide du feu à la surface des instruments par l'intermédiaire de l'air porté à 150° en étuve sèche.

Le professeur Durante, en 1886, a préconisé cette méthode en Italie pour la stérilisation des instruments et des objets de pansement. Poupinel, en 1888, l'a perfectionnée et vulgarisée en France. Bantock, en 1889, l'a adoptée en Angleterre, et Mundé, en 1890, aux Etats-Unis. Plusieurs constructeurs spécialistes l'ont depuis modifiée. Et l'enquête internationale (1) de 1902, démontre qu'elle partage en ce jour toutes les faveurs avec l'ébullition pour la stérilisation des instruments.

Voici la technique : Placez les instruments préalablement disposés en caisse métallique, dans une étuve dite « sèche ». Les instruments tranchants et piquants doivent reposer séparément dans des tubes de verre bouchés par de l'ouate. Les pinces gisent en bloc, mors ouverts (Terrier) . Les couvercles sont déposés non pas sur les boîtes, mais à côté d'elles. Ils renferment une couche d'ouate destinée à assurer l'occlusion parfaite de la boîte après stérilisation (Poupinel). On chauffe alors l'étuve jusqu'à 150° pendant 45 minutes, en prenant soin de fermer la porte seulement quelques minutes après l'allumage, afin d'évacuer la vapeur d'eau néfaste par ses oxydations. Il convient de surveiller la température, à l'aide du thermomètre dont la graduation paraît à l'extérieur et de régler la chaufferie, pour éviter les ascensions brusques, sortes de coups de feu qui détrempent les instruments, et altèrent les tranchants. Les 45 minutes écoulées, vous éteignez, vous laissez refroidir, vous ouvrez et placez immédiatement les couvercles sur leurs boîtes respectives. Ainsi conservés en vase clos, les instruments demeurent stériles jusqu'au moment de l'opération (Poupinel).

Les étuves « sèches » pour instruments sont de modèle fort variable (2), mais dans leurs grandes lignes diffèrent peu du four à flamber dont elles dérivent.

La méthode passe pour donner une sécurité absolue sans altération de matériel.

D. **Méthode de l'ébullition**. (Terrillon 1888). — Ici la chaleur est répartie à la surface des instruments et récipients par l'intermédiaire d'un liquide bouillant à 100° ou au-dessus 120, 130°.

La méthode sous l'impulsion de Terrillon se vulgarisa vite en France, à partir de 1888, puis en Allemagne sous l'influence de Bergmann 1889 ; puis en Belgique sous celle de Hertoghe. Aujourd'hui, l'ébullition des instruments jouit en tous pays d'une très haute considération.

Les *bouilleurs* (1) sont les uns à ciel ouvert : exemple la classique « poissonnière » ; les autres à fermeture lâche ; d'autres à fermeture serrée : exemple l'auge à boulon de Hertoghe. Ces derniers sont préférables en cas de liquides inflammables ou producteurs de vapeurs irritantes.

Le *liquide* est soit de l'eau simple (Terrillon), bouillant à 100° ; — soit de l'eau salée physiologique (Fritsch) bouillant à 101° ; — soit une solution aqueuse de carbonate ou d'azotate de soude à 2 p. 100 (Bergmann), bouillant à 104° ; — soit l'alcool (Hertoghe), bouillant à 74°, mais porté à 100° et au-dessus par un bain-marie périphérique — soit la glycérine (Poncet), portée à 120° — soit la vaseline liquide, pétro-vaseline (Poncet), portée à 120, 130° — soit l'huile (Tripier), portée à 130°.

A la séance de 10 minutes recommandée par Terrillon, on préfère celle de 20 minutes à partir de l'ébullition franche sur le conseil de Poncet. Il convient de n'immerger les instruments qu'au moment de l'ébullition bruyante en cas de solution aqueuse. Le temps de stérilisation une fois écoulé, vous transportez individuellement, à l'aide d'une « *pince spéciale* », chaque instrument dans les plateaux préalablement flambés.

La méthode serait d'une sécurité absolue. Elle a été vérifiée après 5 minutes d'action, par Davidsohn pour l'ébullition des instruments dans l'eau, par Tavel pour l'ébullition dans l'eau salée, par Behring pour l'ébullition dans l'eau carbonatée. Et ce matériel ainsi traité ne subirait aucune altération, ni détérioration.

Messieurs, avant d'établir la *valeur* exacte de chacune des méthodes germicides appliquées à l'instrumentation, c'est pour moi un devoir de rendre hommage aux principaux chefs de file, en particulier au promoteur le professeur Lister d'Edimbourg. Ses successeurs ont perfectionné la germicidation, qui entre leurs mains a donné tout ce qu'elle pouvait. J'entendais récemment médire systématiquement de l'antisepsie, du flambage, de l'échauffement, de l'ébullition pour le matériel instrumental, parce qu'aujourd'hui nous pouvons plus et mieux. N'est-il pas injuste de lancer l'anathème sur telle ou telle pratique un peu vieillie, démodée, surprise dans ses défauts ? Demain, sans doute, le même reproche sera retourné contre nous. Et puis, en cas de nécessité, d'urgence, d'imprévu, de petite chirurgie courante, vous serez peut-être heureux de vous souvenir des anciennes techniques pour les utiliser. Toutefois, je considère aussi comme un devoir d'exposer avec quelque franchise la vérité et ma manière de voir. Procédant dans mon appréciation par « morcellement » voici ce que je puis dire :

A : La méthode *antiseptique* de Lister, appliquée aux instruments, est passible d'une série d'objections trop nettement formulées dans mes précédentes leçons pour que j'y revienne longuement. Si elle a pour elle la simplicité dans l'exécution, elle a contre elle : 1° l'insuffisance de sécurité. Aux expériences de vérification apportées plus haut, j'oppose d'autres expériences de Kummel lui même constatant la colonisation après l'immersion d'instruments préalablement contaminés, dans une solution d'acide carbolique à 5 p. 100, pendant 6

(1) Voir le rapport de Valvarens, *Société internationale de chirurgie*, Bruxelles 1902.

(2) Je dois mentionner ici : 1° l'étuve de Poupinel (régulateur de pression à gaz Moitessier) ; 2° l'étuve de Sorel contenant entre les deux parois du xylène bouillant à 130° ; 3° l'étuve de Backer qui utilise la paraffine ; 4° l'étuve de Mariaud . 5° l'étuve d'Adnet-Péan ; 6° l'étuve de Lequeux (chauffage électrique) ; 7° la boite-étuve de Wiart (chauffage électrique).

(1) Je dois mentionner : 1° les bouilleurs de Poncet ; 2° le bouilleur de Tripier ; 3° le bouilleur de Schimmelbusch ; le bouilleur de Collin ; le bouilleur d'Adnet ; l'auge d'Hertoghe, fermeture à boulons sur rondelle d'amiante.

minutes, dans une solution de sublimé à 1 p. 1000, ou dans l'essence de térébenthine, ou dans une solution de potasse 5 p. 100, ou dans un bain d'huile de moutarde ou dans une solution de peroxyde d'hydrogène à 10 p. 100, pendant 15 minutes. J'oppose les expériences de Redard plus démonstratives par ce fait qu'elles procèdent à la fois par cultures et inoculations. Redard soumet, pendant 2 heures à l'action des germicides, des lames de bistouri, des instruments à rainure, des aiguilles perforées préalablement contaminées. Il les place ensuite dans des flacons de bouillon, de gélatine, de lichen stériles, et 5 fois sur 7 des cultures se développent abondamment. Dans une autre expérience, il obtient le même résultat, malgré 24 heures de désinfection chimique. Il inocule avec résultat positif des animaux par des fragments d'instruments d'abord contaminés, puis antiseptisés. Enfin dans les expériences de Gaertner, comme dans les précédentes d'ailleurs, la contamination instrumentale ne concerne que des bactéries non sporulées, de vitalité relativement fragile, comme le staphylocoque, le streptocoque, le bacille diphtérique.

2° D'autre part le matériel ainsi germicidé est nuisible pour les cellules des plaies avec lesquelles il prend contact. Or cette action globulicide est biologiquement mauvaise au point de vue de la réunion. Vous en avez un exemple journalier dans l'action irritante des sondes germicidées au sublimé, au nitrate d'argent, au formol (1). En résumé, tout confirme aujourd'hui ce que le professeur Terrier a écrit dès 1890 sur la méthode en général. « Elle n'est jamais parfaite et ne peut guère être absolue ; on n'a pas la certitude dans le sens absolu, mathématique du mot. » Et de fait elle est asporicide ; partiellement et très inconstamment germicide; ici comme en d'autres circonstances d'ailleurs. Les constatations cliniques concordent avec les preuves expérimentales. Sans chercher beaucoup vous pourrez lire ceci dans Guyon (2) : « L'acide borique même concentré ne stérilise pas les sondes ».

B. La méthode du *flambage*, malgré son prestige universel, est absolument infidèle, exception faite pour les aiguilles en platine iridié, stérilisables à 200° au même titre que les fils de platine utilisés en bactériologie pour les ensemencements. A l'appui de ma manière de voir, j'ai apporté des constatations cliniques de Quenu, Longuet, qui dès 1895 signalèrent l'inefficacité du flambage des plateaux photographiques. L'inégalité de répartition du calorique nous inquiétait. Certaines zones brûlantes contrastent avec d'autres à peine chaudes, malgré le soin d'une bonne répartition du « punch » par quelques mouvements imprimés aux récipients enflammés. Aussi pour plus de prudence, nous avions l'habitude de renouveler le flambage trois fois consécutivement, puis d'interposer, sur le conseil de Terrier, une compresse stérile entre les instruments et le fond du plateau.

A propos des instruments et récipients, les récentes et multiples vérifications expérimentales de Godin, de Claudot et Niclot (3), de Bérard et Lumière (4), de Depage et Gotignies (1), démontrent que le passage à la flamme d'une pince, d'une aiguille de Pravaz (si souvent incrustée de concrétions salines ou organiques), d'une cuvette émaillée, d'un plateau de faïence, assure une stérilisation absolument insuffisante. Sans doute, en insistant sur la durée, sur l'intensité du flambage, j'admets qu'on puisse obtenir une destruction radicale de tous les micro-organismes sporulés ou non. Mais une erreur se glisse bien facilement. La pratique est aléatoire ; elle pèche à la fois par manque d'unité de temps, d'unité d'intensité, d'unité de répartition dans l'action du calorique. Je dis donc hardiment que le flambage des instruments-récipients ne peut, bien qu'aseptique, rester désormais au rang des bonnes méthodes de stérilisation usuelles. Sans en conclure toutefois qu'il convient de retourner à l'antisepsie (2) comme quelques-uns ont cru bon de le faire.

C. Au sujet de la méthode de *l'air surchauffé* à 150°, je n'ai rien à modifier à mon appréciation générale d'insécurité par inégale répartition du calorique, par insuffisance de la puissance calorifique de l'air, déjà nettement exprimée à propos des généralités, des objets de pansement et du matériel de suture ligature. Il semble d'ailleurs que les défenseurs de la méthode aient douté d'elle, puisqu'ils recommandent de placer les instruments dans les étages élevés des étuves sèches parce que là la température est plus élevée que dans les zones déclives. J'ai dit que Quénu avait dû renoncer à ce mode de stérilisation pour instruments. Il le tenait pour suspect après expérimentations réitéréees. Enfin un grave inconvénient résulte de la très grande lenteur de la méthode. Si je prends, par exemple, le modèle le plus perfectionné au point de vue du réglage, celui de Wiart, on voit que pour une petite boîte d'instruments (de 25 sur 10, sur 5) — remarquez bien pour une boîte seulement — il faut 1 heure 1/2 pour stériliser à 170°, dont 45 minutes pour gagner 150°. En cas de boîte plus grande (30 cm. sur 15 sur 17) ; il faut 2 heures dont 1 heure 1/4 pour atteindre 150° !

D. La méthode de *l'ébullition* a été elle aussi trop longuement discutée pour nous arrêter longuement. Je n'ai ici qu'à ajouter un mot. Le reproche d'insuffisance, d'insécurité ne s'adresse pas seulement aux liquides bouillants à 100°, mais aussi à ceux que l'on porte à 120°, à 130°. En effet, Redard a démontré que des sondes, des trocarts, des pinces à griffes ne sont que très difficilement stérilisés en milieu humide, à 120° même après 3/4 d'heure d'action. Faut-il rappeler maintenant mes résultats avec la vapeur d'eau à 130, 140°, 150° sur les spores de subtilis ? D'autre part, la méthode pèche comme la précédente par son trop de lenteur, puisque Terrier, Morax et Repin ont fait remarquer que 5 litres d'eau nécessitent 45 minutes pour être partout en ébullition. Enfin l'on ne peut négliger complètement l'odeur nauséeuse de l'huile ou de la glycérine portées à 120-130°, ni la viscosité qu'elles entretiennent sur les instruments.

(1) Janet. — *Annales gén. urin.*, p. 146, 1896.

(2) Guyon. — Leçons cliniques. T. III. p. 17. 3e édition.

(3) Claudot et Niclot. — Dans une cuvette émaillée, on dépose une culture virulente de staphylocoque, de charbon, de tétanos. On flambe, puis on ensemence. Il y a des cultures. Résultats plus démonstratifs encore si les instruments sont enduits de sang, de pus, formant par leur coagulation une coque protectrice.

(4) Bérard et Lumière. — Même résultat si on fait lécher directement les cultures par la flamme d'un bec Bunzen.

(1) Depage et Gotignies. — Sur plus de 50 expériences relatives à des plateaux émaillés contaminés par des cultures de staphylocoque, streptocoque, bacille d'Eberth, bacilles du charbon, ces chirurgiens obtinrent des cultures dans tous les cas.

(2) Anedot et Perroy. — Pour être rigoureusement stériles, les cuvettes doivent être d'abord lavées avec une solution carbonatée; puis badigeonnées au sublimé à 5 p. 100 ; puis lavées à l'eau bouillie, afin d'enlever toute trace de sublimé capable d'altérer les instruments ; badigeonnées au formol ou aux acides forts, acide chlorhydrique s'il y a contamination très virulente ; enfin asséchées « au punch ».

*

Pour terminer ce long réquisitoire, je réserve deux reproches collectifs visant à la fois toutes les modalités de la stérilisation germicide. Le premier c'est l'*altération du matériel instrumental* par ces pratiques, la rouille certaine à bref délai, l'émoussage des pointes et des tranchants. Aucune des espérances de la première heure qu'on nous laissait entrevoir sur la bonne conservation des instruments par l'eau phéniquée (1), par l'eau salée, par l'eau carbonatée (2), par la glycérine ne s'est réalisée. Avec la chaleur sèche les instruments se détrempent, reçoivent des coups de feu. Avec le flambage, c'est pis encore !

Le deuxième reproche collectif, c'est que chacune de ces techniques expose à une *contamination secondaire* des instruments au cours de leur transport individuel du milieu stérilisant dans le récipient. Or, ce transport n'est plus acceptable aujourd'hui. Récipients et instruments ne doivent pas être stérilisés séparément par deux méthodes distinctes. Pourquoi s'adresser à deux, à trois pratiques différentes ? Il faut simplifier, supprimer les manœuvres inutiles, longues, qui multiplient sans profit les causes possibles de contamination. Stérilisons simultanément instruments et récipients, le tout en bloc, par une seule, par une même méthode. Les instruments seront disposés, ordonnés dans leurs plateaux respectifs, avant la stérilisation.

Ce long débat nous amène à des conclusions quelque peu déconcertantes. Elles portent un coup de hache dans quelques dogmes, dans certains rites très respectables qui nous assuraient jusqu'ici toute quiétude d'esprit. Comment ! Voici maintenant que trois méthodes de bonne renommée — puisqu'elles sont aseptiques — peuvent être parfois surprises en défaut, et fausser nos résultats ! Tout cependant paraissait acquis, définitivement classé sur ce point, et je dis à propos de la chaleur elle-même, ce qu'on disait il y a 10 ans de la méthode antiseptique : elle confère une sécurité relative, nullement absolue, non mathématique : elle suit le « calcul des probabilités ». Oui, la chaleur est un excellent moyen de détruire les microorganismes ; mais seule, sous la forme superficielle du flambage, d'air chaud, ou de liquide bouillant, elle peut être insuffisante : elle est partiellement ou totalement germicide, mais pas sporicide ou du moins pas constamment sporicide ? (*A suivre*).

(1) Le chloroforme à froid a été recommandé, en place d'eau phéniquée par Lucas Championnière, pour les bistouris, puis les ciseaux. D'autres antisepsistes ont élargi cette pratique aux trocarts, aux aiguilles.

(2) Pour cette raison, Quénu dut abandonner la solution carbonatée pour germicidation des instruments dès 1894.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture des Cours

Clinique thérapeutique : M. le Pr Albert ROBIN.

C'est en termes très aimables que M. Debove, doyen de la Faculté de médecine, a ouvert le cours de clinique thérapeutique récemment créé et a présenté le nouveau professeur. Cette petite formalité remplie, M. Albert Robin a commencé son cours.

La matière médicale et la pharmacologie sont indispensables, c'est là un fond sans lequel le futur praticien se trouve voué à l'empirisme le plus absolu. Mais ce fond est absolument insuffisant. En face de ses premiers malades, le jeune médecin est très embarrassé. Il ne connaît le plus souvent que des schémas de médications. L'individualité du malade échappe à toute formule dogmatique et le traitement doit s'appliquer non à telle maladie donnée, mais à tel cas particulier devant lequel on se trouve. C'est alors que le débutant reste hésitant devant la responsabilité qui lui incombe, devant le traitement qui est confié à ses mains incertaines. C'est pourquoi la chaire nouvelle répond à un véritable besoin. Elle rompra l'étudiant à ces difficultés. Elle sera à la thérapeutique ce que la clinique est à la pathologie. La clinique thérapeutique est à la fois l'*art* et la *science* du traitement, non des maladies, mais des malades.

M. Robin s'est élevé contre le scepticisme qui tend à envahir les générations modernes. Beaucoup ont perdu la foi dans l'art de guérir et se bornent souvent, après un examen très détaillé des malades, à ne prescrire qu'une médication symptomatique ou se contentent du « vain cérémonial », suivant l'expression du professeur Bouchard.

La thérapeutique n'est-elle pas bannie des concours? Il serait désirable qu'il lui fût réservé une part importante dans ces derniers, en lui donnant un caractère pratique. Dans toute épreuve les candidats devraient développer les conclusions thérapeutiques que comporte un diagnostic. Le médecin doit s'attacher aux faits, les reconnaître, décomposer pièce à pièce les phénomènes qui forment la maladie et déterminer leur importance particulière. Il faut s'abstraire de toute théorie, de toute entrave doctrinale. Les travaux récents faits d'après cette méthode ont donné les résultats les plus heureux. Ne doit-on pas à M. Armand Gautier les procédés pour annihiler les toxines microbiennes et à M. Huchard, l'étude de l'hypertension artérielle. Grâce à eux on peut prolonger davantage l'existence de certains malades et soulager leurs souffrances.

Nous sommes à une époque de transition. Les médications traditionnelles doivent former le fond de la thérapeutique.

A côté d'elles, se placent certaines médications étiologiques et pathogéniques homologuées par une approbation universelle et qui seront la tradition de demain. Viennent ensuite les indications fonctionnelles, dont les progrès de la physiologie augmentent peu à peu le nombre et qui s'adressent aussi bien aux lésions matérielles qu'aux troubles dont elles sont la conséquence ou le résidu. Enfin, les médications des vices de la nutrition, visant des symptômes profonds que la chimie pathologique exprime, tandis que les médications symptomatiques ordinaires répondent aux symptômes extériorisés.

La tactique thérapeutique est l'art d'exploiter ces médications. Elle fixe leurs indications, apprécie la portée et la place qu'elles occupent, vient en aide à la nature dans les maladies aiguës et nombre de maladies chroniques, on attaque directement le mal quand l'organisme n'a pas qualité pour se défendre.

Il ne faut pas avoir de système préconçu : les regards doivent rester en éveil vers toutes les fenêtres d'où quelque clarté peut jaillir tout en sachant ne pas prendre les mirages pour des réalités.

Cette leçon, d'une haute tenue littéraire, d'un charme profond, a obtenu le plus vif succès. Regrettons seulement que l'amphithéâtre de Beaujon n'ait pu contenir qu'une petite partie des auditeurs du maître, dont la plupart durent écouter cette conférence par les fenêtres grandes ouvertes sur la cour... Nous n'avons pu reproduire les citations innombrables qui émaillèrent la leçon inaugurale de M. Robin. Depuis longtemps, la chaire de la Faculté n'avait entendu une éloquence pareille.

Citons seulement cette admirable péroraison qui fut chaleureusement applaudie par un auditoire enthousiaste : « Quand le mal semble défier toutes nos ressources et l'organisme lui-même, nous avons la sublime mission de relever le lambeau d'espérance qui surnage au-dessus de toutes ces choses pleines de misère où s'effondre la vie. Cette suprême consolation de l'espérance, il nous appartient plus que de l'entretenir mais de la pratiquer, afin qu'aux mornes extrémités de tout, l'être qui nous a confié son existence n'ait pas le droit de crier : « Vous ne m'avez pas guéri, vous ne m'avez pas soulagé, vous ne m'avez pas consolé ! » Dans le dernier combat, si fatale qu'on en juge l'issue, conservez sans faiblir cette furtive espérance ; ne cessez pas de lutter et mettez en œuvre tout ce que votre conscience autorise, puisque la science est vaine. L'énergie et la ténacité nous ménageront de victorieuses revanches. Le Sénat et le Peuple Romains décernaient les honneurs du triomphe aux soldats vaincus qui n'avaient pas désespéré de vaincre ! »

Cours d'Hygiène: M. le Pr CHANTEMESSE

M. le Professeur Chantemesse, a repris le jeudi 8 mars, son cours d'hygiène à la Faculté à 6 heures du soir

Dans la première leçon, le maître a étudié la désinfection.

La désinfection est le procédé par lequel on détruit les causes de l'infection. La stérilisation est tout autre chose. C'est ainsi que lorsqu'un enfant a eu la diphtérie, il est inutile de causer des dégâts regrettables, de détruire les matelas et d'abimer son linge. La désinfection n'est pas l'asepsie. Elle n'est pas davantage l'antisepsie. Jetez du sucre dans un aliment et vous obtenez de la confiture. Elle se conserve. Donc le sucre est véritablement un antiseptique. Il en est de même du sel, mais ce n'est pas là de la désinfection.

Un désinfectant idéal devrait détruire les germes de la maladie, coûter très bon marché, n'attaquer que les microbes et non le linge ou les matelas, ne pas avoir d'odeur mauvaise, agir rapidement.

Il n'y a pas à l'heure actuelle de désinfectant réalisant toutes ces qualités.

Il existe d'ailleurs une sorte de désinfection naturelle. Toutes les épidémies ne s'arrêtent-elles pas d'elles-même parce que les germes ont été détruits naturellement?

Plusieurs faits permettent d'expliquer cet arrêt des épidémies. C'est d'abord la *dilution* des microbes dont le nombre est diminué dans un endroit donné par le vent qui balaye la région et les disperse. On sait que l'organisme peut lutter contre des microbes, s'ils sont en petit nombre.

La *dessiccation*, joue aussi un rôle important. Les microbes sont des êtres vivants et l'eau leur est nécessaire comme à tout ce qui vit.

Le *soleil* et la *lumière* ont une action très nette. Chacune des régions du prisme a des propriétés particulières. C'est ainsi qu'un milieu ensemencé est stérilisé presque immédiatement par les rayons chimiques. On sait combien certains cours d'eau présentent d'impuretés. La Seine est toute différente avant et après Paris. Mais déjà à Mantes l'eau est assez pure. Comment se fait cette désinfection ?

Par des phénomènes de *symbioses des microbes*.

La désinfection, pour être efficace, devrait être faite par des hommes instruits. Il faut aller droit sur le germe. Il est évident que la désinfection doit être différente suivant les maladies auxquelles on a affaire. Les procédés actuels rappellent la mousqueterie des anciennes armées qui faisait beaucoup de bruit, mais peu de chose.

Avant de désinfecter, il faudrait donc que le diagnostic de la maladie fût posé par un homme instruit, connaissant la *cause* de celle-ci, ses moyens de propagation et les degrés de résistance des germes. C'est alors que les désinfecteurs pourraient faire œuvre utile.

Cette première leçon a eu lieu devant un public extrêmement attentif, qui a suivi avec le plus grand intérêt les idées si justes qui étaient exprimées par M. le professeur Chantemesse, à qui il n'a pas ménagé ses sentiments d'approbation et de respectueuse sympathie.

Sept ou huit leçons seront consacrées à la désinfection et, suivant l'usage inauguré d'une facon si heureuse par M. Chantemesse, plusieurs visites faites sur place sous la direction du professeur illustreront d'une façon pratique les leçons faites à la Faculté de médecine.

Cours de chimie médicale : M. le Pr Armand GAUTIER

L'utilité de l'enseignement des sciences accessoires a été longuement discutée ces dernières années et certes, la réforme des études médicales doit être examinée par les pouvoirs publics dans un avenir prochain. Il y a cependant un fait qui prouve immédiatement l'utilité d'un cours donné : c'est l'empressement plus ou moins vif des élèves à le suivre. Or l'amphithéâtre de chimie était absolument comble à la leçon d'ouverture la semaine dernière. Etait-ce la chimie qui attirait les étudiants ou la personnalité même de M. Armand Gautier qui, on le sait, possède un art particulier pour exposer les données les plus abstraites d'une façon simple et compréhensible ? Aussi explique-t-on que de nombreux auditeurs tiennent à suivre ses leçons où ils sont sûrs d'entendre des idées neuves et d'apprendre des faits qu'ils ignorent.

Aussi bien une leçon d'ouverture présente-t-elle toujours un attrait particulier. M. Armand Gautier nous a parlé des fondateurs de la chimie moderne, Priestley, Scheele et Lavoisier et sa parole éloquente a su nous faire revivre les expériences fameuses de ces précurseurs. De vifs applaudissements lui ont montré tout l'intérêt que son auditoire avait pris à ses très intéressantes explications.

Conférences de thérapeutique : M. le Dr VAQUEZ, agrégé.

M. Vaquez a insisté, dans sa leçon inaugurale, sur ce fait que les étudiants en médecine ne reçoivent plus aujourd'hui, dans les hôpitaux, un enseignement suffisant pour les rompre à la pratique des ordonnances. Jadis les consultations étaient faites à tour de rôle par les médecins de chaque service. On sait qu'il y a maintenant des médecins spéciaux pour les consultations dans chaque hôpital. Il en résulte que seuls les élèves qui ont fréquenté ces dernières sont en état de formuler des ordonnances. Il n'est pas suffisant, en effet, de connaître les préceptes théoriques et d'avoir appris la pharmacologie et la matière médicale. Il faut étudier les malades et leur prescrire une ordonnance contenant à la fois les préceptes d'hygiène indispensables et les médicaments nécessaires.

Puis M. Vaquez a passé en revue les divers genres de médication dermique, hypodermique, gastro-intestinale (cette voie étant la plus simple et la plus naturelle d'introduction des médicaments). Dans les médications hypodermiques, l'on doit prescrire des doses moins élevées car l'absorption des médicaments est plus rapide que dans la voie gastro-intestinale où, en outre ceux-ci, passant par la circulation porte et le foie, il y a une diminution de leur toxicité. Comme d'habitude l'amphithéâtre était archi-comble et les étudiants ont fait une ovation à M. Vaquez qui souffrant jeudi dernier était venu samedi, mal remis encore.

Félicitons-le bien sincèrement d'avoir voulu faire un cours pour les étudiants et non pour lui-même et d'avoir commencé celui-ci par trois leçons consacrées à l'art de formuler, montrant ainsi son désir de former des thérapeutes et non de leur faire entendre de belles dissertations sur des médicaments quelconques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mars 1906.

Chlorure de calcium, son influence sur l'hémolyse

MM. Vincent, Dopffer et Billet (du Val-de-Grâce). Le chlorure de calcium est anti-hémolysant vis-à-vis du mélange de sensibilisation spécifique et d'alexine, aussi bien qu'à l'égard des poisons chimiques et des médicaments (quinine, antipyrine, pyrogallol, silicate). Il favorise au contraire les hémolysines bactériennes, tétanolysine, staphylolysine, typholysine, etc, et réveille l'action des hémolysines bactériennes affaiblies par la dilution, le vieillissement, la lumière, l'air.

Il réveille les microbes qui ne sécrètent normalement que peu d'hémolysine : bacilles diphthérique, charbonneux, dysentérique et les saprophytes vulgaires et inoffensifs qui sans chlorure de calcium sont sans effet sur les globules rouges.

Le chlorure de calcium, très recommandable dans certaines intoxications chimiques et médicamenteuses (quinine et antipyrine), ainsi que dans les accidents sériques, est contre-indiqué dans les hémoglobinémies bactériennes.

Décomposition du peroxyde de magnésium dans l'intestin.

M. Frenkel, par des expériences, démontre qu'à la température du corps, le carbonate et le bicarbonate de soude décomposent le peroxyde de magnésium et mettent en liberté l'oxygène actif, même sans ferment. L'action oxydante du peroxyde dans l'intestin se trouve ainsi expliquée.

Régénération des fibres des racines postérieures dans le tabès.

M. Nagrotte a étudié histologiquement la régénération des fibres des racines postérieures au cours du tabès. Cette régénération est bien mise en évidence par la méthode de Cajal, et montre les renflements cylindraxiles qui caractérisent cette régénération.

Constituants du suc gastrique.

M. Iscovesco a étudié le suc gastrique pur provenant d'une fistule d'un estomac de chien isolé par la méthode de Paulow après un repos semifictif. Le suc gastrique ne contient que des colloïdes électro-positifs. La pepsine, contrairement aux autres albuminoïdes est positive et se rapproche du seul colloïde positif connu actuellement, l'hémoglobine.

Le sulfure d'arsenic colloïdal arrête ou diminue l'action du suc gastrique, tandis que le fer colloïdal est sans action.

Séance du 10 mars.

Dosage de l'acide urique.

M. Bouchèse dose l'acide urique avec une solution titrée d'iode. La solution est alcalinisée par du borax et la solution décinormale d'iode y tombe goutte à goutte.

Phénomènes protoplasmiques de l'anesthésie chez le glaucoma.

M. Fauré Frémiet a suivi chez le glaucoma, physiologiquement et biologiquement, les phénomènes de l'anesthésie.

Action agglutinatrice des sérums typhiques et paratyphiques sur les bacilles d'intoxication carnée.

MM. Rieux et Sacquépée étudient les bacilles d'intoxication carnée, qui comprennent deux groupes : les bacilles du type Gartner et ceux du type Aertryck. La plupart des sérums typhiques agglutinent les deux groupes de bacilles carnés, mais cette agglutination est inférieure à l'agglutination spécifique. Les sérums paratyphiques A sont sans action utile. Les sérums du type B, peu actifs sur le bacille de Gartner, agglutinent fortement les bacilles type Aertryck.

A saturation, les agglutinations des deux types paraissent égales.

Devant l'agglutination, les bacilles A et ceux du type Aertryck se comportent comme deux espèces voisines, sinon identiques. Les bacilles type Gartner se différencient.

Action des sérosités humaines et de leurs cellules dissociées sur les globules rouges du lapin.

M. Froin étudie les propriétés dissolvantes des sérosités à l'égard des globules rouges et de leur hémoglobinurie.

Les cellules contenues dans ces sérosités, dissociées dans de l'eau physiologique, empêchent la diffusion hémoglobinurique obtenue par le sérum seul.

Le sérum sanguin, liquides ascitiques ou pleuraux, perdent leur pouvoir hémolysant en présence d'un extrait cellulaire obtenu soit avec des lymphocytes, soit avec des polynucléaires neutrophiles.

Un extrait abandonné au contact des hématies, puis décanté, ne les immunise pas contre une sérosite hémolysante. Un extrait chauffé à 56° conserve le pouvoir antihémolysant. Si l'extrait est dilué, l'hémolyse apparaît et s'accentue à mesure que la dilution de l'extrait augmente.

L'extrait cellulaire concentré, ajouté à un liquide séreux figure un état anatomique comparable à une sérosité purulente dans laquelle sont concentrés un grand nombre de débris protaplasmiques. Les liquides purulents centrifugés (pleurésie purulente, abcès froid) n'ont présenté aucune action sur les globules du lapin, que des liquides non purulents hémolysaient en quelques minutes. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars.

Le rhumatisme tuberculeux.

MM. Poncet et Leriche montrent le rôle de la tuberculose, non seulement dans les rhumatismes mono, oligo, polyarticulaire, mais dans les maladies ostéoarticulaires de la croissance, les déviations des adolescents (scoliose, pied plat, valgus douloureux) la tarsalgie et même l'ostéomalacie.

Les conclusions qui découlent des faits, disent-ils, montrent que le rhumatisme tuberculeux n'est rien autre que la forme ostéo-articulaire de la tuberculose inflammatoire.

Dès lors, celle-ci nous apparait susceptible de prendre, sur le squelette, trois modes évolutifs, capables de se combiner diversement. *Elle peut produire : de la raréfaction osseuse, de l'hyperostose, du ramollissement osseux* (ostéomalacie partielle, diffuse).

Si l'on songe que les malades porteurs de telles tuberculoses, peu virulentes, frustes, abortives, sont aussi peu tuberculeux que possible, tout au moins, pendant un temps plus ou long ; que leur foyer infectieux, le plus souvent latent, doit être cherché, on pensera volontiers que bien des lésions inflammatoires indéterminées, dans lesquelles ces différents processus sont diversement combinés, ont très vraisemblablement la tuberculose comme premier agent.

C'est qu'en effet, les ostéomalacies partielles permettant des déformations localisées, guérissant finalement par ostéite condensante, sont légion, et leur nature est jusqu'ici restée mystérieuse.

Pour nous, le rachitisme tardif n'existe pas. Ce n'est qu'un processus inflammatoire quelconque, qui passe par deux étapes : ostéomalacie, puis, ostéite condensante. La première de ces étapes permet de comprendre le rôle des causes mécaniques et commence la théorie de la surcharge. La seconde explique la fixation définitive des lésions, leur guérison définitive, avec des formations spontanément incurables, quand le processus infectieux est éteint.

Tel est le syndrome anatomo-clinique.

Toute infection peut le réaliser (staphylococcienne d'après Frœhlich). Nous estimons que, la plupart du temps, le bacille de Koch est seul en cause.

On voit quel est le champ étendu de la tuberculose inflammatoire dans ses localisations squelettiques. Le rhumatisme tuberculeux n'en est qu'une forme ostéo-articulaire. Les maladies de la croissance et nombre de processus ostéomalaciques en sont d'autres exemples. Mais, nous le répétons, il ne faut pas s'attendre à trouver, alors, des lésions articulaires, osseuses, virulentes, ou de graves localisations viscérales.

La tuberculose inflammatoire se voit, surtout, chez des tuberculeux à *minima*, porteurs de tuberculoses latentes, qu'il faudra dépister, avec peine quelquefois.

Le diagnostic précoce n'en sera pas inutile.

Une nouvelle fonction glandulaire des cellules fixes d'un tissu conjonctif, la fonction rhagiocrine

Le Pr Renaut (la séance, on le voit est le triomphe de l'École de Lyon) montre dans une communication très importante pour la pathologie générale, les propriétés glandulaires et la présence d'un proferment très important pour la phagocytose dans les cellules fixes du tissu conjonctif, surtout dans les cellules jeunes. Tous ces faits versent une grande lumière sur une série de processus morbides, en particulier sur l'origine des scléroses, mais surtout sur le mécanisme des actes complexes, d'importance majeure et cependant jusqu'ici à peine entrevue, qui se passent dans le milieu conjonctif et sont dus à l'activité individuelle de ses éléments propres, absolument distincts de celle des leucocytes. Ce sont les cellules connectives, rhagiocrines, libres à l'origine, et dont on trouve toujours, chez l'adulte, un grand nombre restées telles dans le liquide des séreuses, qui sont les agents de ces actes interstitiels. Pour y prendre part, elles se mobilisent et parviennent facilement aux points où elles doivent se fixer et agir. Elles s'y portent par leurs mouvements amiboïdes propres, et non, de façon générale, par les voies de la circulation. Ce sont des cellules essentiellement interstitielles.

La mortalité tuberculeuse (suite).

M. Vallin admet que la déclaration facultative est illusoire. Mais la déclaration obligatoire est inutile, 1° dans les tuberculoses fermées : 2° dans les tuberculoses ouvertes, soignées par un médecin qui impose toutes les précautions indispensables. Mais la déclaration devrait être obligatoire dans tous les cas de tuberculose semblant dangereux pour l'entourage et pour la collectivité, tout au moins dans les cas de tuberculose ouverte après décès. Avec M. Monod, M. Vallin reconnaît que la désinfection sans la déclaration obligatoire constitue une impossibilité véritable.

Origine des eaux minérales.

M. A. Gautier, président de la commission des Eaux minérales, montre le rôle important des phénomènes volcaniques dans la production des eaux. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1906.

Intervention dans la cholélithiase.

A propos de la communication faite dans la précédente séance par M. Linossier, M. Siredey lit les conclusions d'un travail de M. le Dr Norgois (Bordeaux) qui justifie l'intervention chirurgicale : 1° si avec la crise urinaire ne coïncide pas la régression du gros foie ; 2° si on trouve dans le sérum sanguin des pigments anormaux, indice d'une fonction défectueuse de la cellule hépatique.

Pleurésie purulente ayant duré 15 ans.

MM. Legendre et Genevrier présentent les pièces d'un malade, mort d'asystolie avec cirrhose cardiaque. La plèvre avait contenu un liquide purulent très épais et très gras, ressemblant à de la mayonnaise. Cette pleurésie remontait à 15 ans (en 1890 on avait retiré par ponction un demi-litre de pus). Les enfants de ce malade sont morts tuberculeux. La plèvre était très épaissie. Le liquide purulent contenait beaucoup de cholestérine.

Pince hémostatique oubliée dans l'abdomen.

MM. Legendre et Genevrier rapportent l'observation d'une malade à l'autopsie de laquelle on trouva dans l'intestin pelvien une pince hémostatique oubliée à l'occasion d'une opération pelvienne il y a six ans. M. Legendre avait pensé à une récidive de la tumeur. En réalité, la mort était due à une phlegmatia secondaire à une nécrose de l'os iliaque avec infection et dislocation de la hanche.

Anémie pernicieuse traitée avec succès par les rayons X et le sérum antitoxique.

MM. Louis Renon et Léon Tixier.— Le traitement arsénical, spécifique dans l'anémie pernicieuse, n'avait donné aucun succès. Les rayons X et le sérum antitoxique, au contraire, ont amené une réparation sanguine, comme l'ont montré les examens du sang pendant le traitement : présence, en nombre très augmenté, des hématies, et éosinophilie considérable et constante. Les organes hématopoiétiques avaient donc été fortement stimulés par le traitement. Les rayons X détruisent les leucocytes (leucotoxines dans le sang) le sérum produit une hémolyse intense (hémolysine dans le sang).

M. Josué a montré, avec M. Roger, que le sérum antidiphtérique provoque dans la moelle osseuse une réaction très spéciale, la formation d'hématies nucléées. L'injection de toxine diphtérique détermine la réaction myéloïde portant sur la série blanche. Toxine et antitoxine injectées ensemble provoquent une réaction mixte. Les mêmes phénomènes s'observent avec le sérum antitétanique.

Infections sanguines au cours des érythèmes infectieux (streptococciques, entérococcique, tétragénique).

MM. Sacquepée et Loiseleur. — Les ensemencements du sang dans les érythèmes ont démontré une infection sanguine, les érythèmes primitifs sont donc, comme les secondaires, de nature microbienne. Les faits cliniques : troubles digestifs, arthralgies, œdèmes, imposent cette hypothèse confirmée par

l'ensemencement et placent ces érythèmes dans un rang voisin des érythèmes infectieux secondaires.

Spirochète pallida dans tous les organes d'un fœtus hérédo-syphilitique.

M. Feuillé a trouvé le spirochète dans le foie, la rate, les reins, les capsules pararénales, dans un ganglion mésentérique, le thymus et le corps thyroïde. La présence du spirochète dans le testicule confirme l'infectiosité du sperme démontrée sur le singe par Finger et Landsteiner. Conclusion : nécessité d'un traitement sévère pendant la grossesse. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 10 mars 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la précédente réunion est adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Un n° de l'*Etoile bleu*, journal de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme et les *Annales de la Société Suisse de balnéologie*, offertes par le Dr Keller, de Rheinfelden.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le Secrétaire général de la Société médico-chirurgicale, annonçant que la dite Société a voté, dans sa séance du 26 février 1906, la fusion en projet avec les deux Sociétés similaires, la Société de Médecine et de Chirurgie Pratiques et la Société de Médecine de Paris.

M. le Président adresse au nom de la Société ses félicitations à M. Dubar, récemment nommé officier de l'Instruction Publique.

Présentation d'une pièce osseuse.

M. le Docteur Marie présente une pièce pathologique provenant d'une aliénée avec la radiographie correspondante. C'est l'os iliaque droit d'une jeune fille hystérique de 17 ans. Mélancolie dégénérative, tentative de suicide par ingurgitation du contenu d'un étui a aiguilles.

Appendicite ultérieure et phlegmon iliaque droit (la pièce provient d'une autopsie antérieure à 1888). Cette malade ne fut opérée qu'à cause de la suppuration de son phlegmon iliaque dont elle mourut néanmoins par infection.

L'arcade crurale est criblée d'aiguilles farcissant le paquet vasculo-nerveux et adhérent à ses divers éléments ainsi qu'au périoste et aux cloisons fibreuses et ligaments de l'arcade.

Une radiographie accompagne la pièce et permet de compter plus de cinquante pointes d'aiguilles.

Les artères iliaques extérieure et fémorale ne sont pas ulcérées, ainsi que le montre l'injection préalable des vaisseaux.

Les pièces correspondent à un cas doublement intéressant.

Les aliénés ingurgitant des objets insolites sont fréquents ; et, parmi les hystériques, les avaleuses d'aiguilles ne sont pas rares.

Mais les suicides de ces dernières sont souvent des tentatives théâtrales et peu sérieuses. Ici, les aiguilles furent avalées d'un bloc et entraînèrent un phlegmon iliaque, puis la mort.

Il est curieux, d'autre part, de retrouver au même point, la série complète des aiguilles ingérées et l'appendicite qui a permis leur issue en totalité de l'intestin, semble montrer qu'elles cheminèrent de conserve dans presque toute la longueur du tube digestif ; peut-être les précautions prises après l'accident y contribuèrent-elles (purées, blancs d'œuf, etc., ingérés).

M. Leudet lit son rapport sur les titres et travaux de M. le Docteur Lucien Graux, candidat au titulariat.

Messieurs,

Au nom d'une Commission, composée de MM. Christian, Tissier, et Leudet *rapporteur*, je viens vous rendre compte d'un travail de M. le Dr Lucien Graux, lu par l'auteur, dans la dernière séance, à l'appui de sa candidature au titre de membre *titulaire* de notre Société.

Ce travail : *Rôle des casiers sanitaires des maisons dans l'assainissement des villes*, est un document d'hygiène sociale, qui précise expérimentalement quelques-unes des données cliniques du problème pathogénique de la tuberculose pulmonaire.

L'insalubrité de l'habitation — nous le savons tous et de longue date — est un des facteurs les plus importants de la diffusion des maladies transmissibles et en particulier de la dissémination de la tuberculose. Mais les agents de cette insalubrité, quels sont-ils, et où les voyons nous ? Comment les atteindre, les surprendre dans leur œuvre néfaste ? Pour les combattre avec efficacité, il faudrait connaître les repaires dont ils font autant de foyers d'infection. Qui nous donnera cette connaissance ? Qui nous dira avec certitude que c'est là qu'il faut frapper, si nous voulons éteindre sur place la fécondité des germes infectieux ?

Pour répondre à ces questions, pour les élucider et les résoudre, le médecin a besoin d'avoir d'autres armes que celles que lui prête l observation du malade. Où trouver ces armes ? Dans le *casier sanitaire* des maisons nous dit M. Lucien Graux.

La création de ce casier sanitaire des habitations à Paris est de date récente; elle remonte à 12 ans. Et cette œuvre, dont le fonctionnement marque une étape si féconde pour la libération de la classe ouvrière de ses servitudes et de ses fatalités morbides, nous a déjà fourni des documents précieux et irréfutables pour la lutte sans relâche que nous poursuivons contre la maladie tuberculeuse.

Je ne suivrai pas M. Lucien Graux dans l'historique, la structure et le mécanisme de ces casiers sanitaires, qui sont comme un organisme nouveau, dont M. Paul Juillerat a doté Paris. Je ne retiendrai qu'un point de la question, le plus important du reste, celui qui a trait à la tuberculose.

La propreté, l'espace, l'air et la lumière, voilà les qualités qui font la maison salubre. Si l'exiguïté et l'encombrement des locaux sont les facteurs ordinaires de la propagation des maladies contagieuses, comme la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc., l'absence de lumière, l'obscurité, paraît jouer, et joue en réalité le rôle prépondérant dans l'éclosion et la dysémination de la tuberculose. Le fait est disprouvé par la statistique des décès tuberculeux, fournie par les différentes catégories des maisons de Paris.

Tandis que dans les rez-de-chaussée et les premiers étages des habitations donnant sur des cours étroites, la mortalité par tuberculose est grande et lamentable, elle est moindre, presque nulle, dans les étages supérieurs, où se rencontrent pourtant des causes d'infériorité sociale, mais où pénètre la lumière solaire.

C'est ainsi que les maisons sordides des fortifications, inondées de soleil, ne présentent pas de cas de tuberculose ; et que des maisons, dans des quartiers riches, sont des foyers constants de bacillose, quand les fenêtres prennent jour sur des courettes

On réclame pour Paris des espaces libres, des squares, des parcs, des jardins, pour donner à la cité les poumons qui lui manquent. Mais comme le dit très justement M. Lucien Graux, c'est dans l intérieur même des habitations qu'il faut créer ces espaces libres ; c'est le logement lui-même qu'il faut aérer et ensoleiller.

Oui, il existe dans Paris des maisons ravagées par le bacille tuberculeux, et ces maisons ne sont mortelles que pour la tuberculose. La mortalité des autres maladies infectieuses y est normale. Faites pénétrer le soleil dans ces maisons meurtrières, et celles-ci n'existeront plus.

Devant des témoignages aussi probants, il est impossible de ne pas conclure à l'influence prépondérante de la lumière sur l'évolution et la propagation du mal tuberculeux.

Mais ici, dans ce problème si vaste et si complexe de la tuberculose, deux facteurs absolument distincts sont en présence : le bacille et l'organisme, la graine et le terrain. Et ces facteurs sont l'un et l'autre en jeu dans la question d'hygiène qui nous occupe.

Le casier sanitaire des habitations parisiennes nous ensei-

gne que, partout où le soleil pénètre, le bacille est tué ; que le soleil, en hygiène sociale, est le premier des microbicides. Que nous a appris et que nous apprend chaque jour l'observation clinique ? Cette même action souveraine de la lumière sur l'organisme aux prises avec la tuberculose. Le malade trouverait ainsi dans le même agent une double protection : ce qui stérilise la graine enrichit le terrain, et ce qui tue le microbe vivifie l'organisme.

Dans cette lutte contre la tuberculose, de quel côté vais-je, moi médecin, diriger mes efforts ? J'avoue que, jusqu'à plus ample informé, tous les moyens hygiéniques ou thérapeutiques dont je dispose s'adresseront au tuberculeux lui-même. Son terrain est maniable ; la graine qui ensemence est insaisissable. En rendant son organisme réfractaire aux atteintes du microbe — ce qu'il nous est permis d'obtenir — nous savons que le bacille languira au lieu de pulluler, et qu'il sera prisonnier dans les tissus sains au lieu de provoquer une intoxication générale de l'économie.

Mais je m'arrête dans ces considérations, qui m'entraîneraient bien au-delà de mon sujet.

Je crois, Messieurs, en avoir dit assez pour vous montrer l'intérêt et la valeur du mémoire que vous a présenté M. Lucien Graux.

Tout en proclamant très haut les bienfaits, chaque jour grandissants, de l'hygiène sociale, notre jeune confrère n'hésite pas à signaler le danger de certains de ses empiètements. C'est ainsi que dans des articles successifs parus dans la *Tribune médicale*, il regarde comme attentatoire « aux intérêts et même au bon renom du corps médical » le projet, un instant conçu, de la création d'un diplôme d'*hygiéniste public*. Sa vive et judicieuse polémique ne fut pas étrangère au rejet de la proposition par M. le ministre de l'intérieur. Mais si les services de l'hygiène publique ne sont pas aujourd'hui réservés à des diplômés officiels au détriment du docteur en médecine, il n'en reste pas moins que des *certificats d'études d'hygiène* vont être ou sont déjà créés par certaines Universités, et que ces certificats pourront être délivrés à des individualités diverses, ne faisant pas partie de notre corporation.

M. Lucien Graux n'a pas hésité, je le répète, à protester contre des créations qu'il considère comme une faute. Il porte d'ailleurs, dans l'examen de tous ces problèmes d'hygiène, un esprit critique du meilleur aloi. Guidé par la précision du fait scientifique, il sait voir et interroger le malade ; il ne sert et ne veut se servir de l'expérimentation que pour éclairer l'observation clinique. Celle-ci reste toujours la souveraine maîtresse de son jugement médical.

Versé dans toutes les questions d'hygiène sociale, dont il a fait une étude approfondie, comme le prouvent et son travail inaugural et mainte autre publication, il ne se laisse pas absorber par elles. Laborieux et chercheur, à la veille d'entrer dans la carrière hydrologique, que lui a si brillamment ouverte et tracée son père, notre président d'hier, M. Lucien Graux a entrepris, sur la composition intime des eaux minérales, une série de recherches qui fixèrent immédiatement sur lui l'attention du monde savant.

Des expériences faites et contrôlées dans le Laboratoire de notre distingué collègue, M. Frenkel, lui ont permis de formuler une loi qui porte son nom et dont la teneur est des plus suggestives pour les déductions à tirer de la constitution de l'organisation intime et réelle d'une eau médicinale naturelle. Ces recherches, ces expériences d'ordre physico-chimique, sont consignées dans sa thèse de doctorat. *Application de la [illegible]scopie à l'étude des eaux minérales.* Elles ont valu à notre jeune confrère des distinctions rapides et méritées. Ses titres scientifiques sont déjà nombreux.

M. Lucien Graux est membre de la Société d'hydrologie médicale. Par arrêté ministériel du 15 février dernier, il est nommé membre de la *Commission permanente des stations hydrominérales et climatériques*, instituée au Ministère de l'Intérieur. Il est membre de la *Commission permanente des congrès internationaux d'assainissement.*

Au nom de votre Commission, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'inscrire M. Lucien Graux sur la liste des candidats au titre de membre *titulaire*.

2° De renvoyer son mémoire au Comité de publication.

M. le Secrétaire Général donne lecture d'un travail adressé par M. Sakorraphos, d'Athènes, intitulé : *Scrofule et phtisie pulmonaire*. L'auteur soutient l'idée que la scrofule immunise presque toujours contre la consomption ou phtisie, période ultime de la tuberculose pulmonaire : il reconnaît d'ailleurs que son opinion est absolument contraire aux idées généralement admises. La Société estime que les conclusions de M. Sakorraphos sont peut-être un peu prématurées et reposent sur un trop petit nombre d'observations et d'expérimentations pour entraîner la conviction. Elle engage l'auteur à poursuivre ses recherches dont elle publiera les résultats lorsque ceux-ci reposeront sur des bases plus solides et lui paraîtront plus concluantes.

En raison de la demande de révision intégrale des statuts, déposée sur le bureau dans la dernière séance, la Société nomme, pour étudier cette question, une commission de cinq membres qui sont : MM. Christian, Tissier, Picqué, Coudray et Dubar, assistés du Président et du secrétaire général, membres de droit de toutes les commissions.

La séance est levée à 6 h. 30.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel,* Vian.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 6 mars 1906. — Présidence de M. Lancereaux.

Nouvelle tuberculine Jacobs.

M. le Dr Jacobs, de Bruxelles, communique les résultats observés par de nombreux médecins, tant en Belgique, qu'en Angleterre, en France, en Suisse par l'emploi de la tuberculine T.J. Il attire l'attention sur le nombre élevé de guérisons, la constance de ces guérisons, l'innocuité du traitement. Plus de 60.000 injections T. J. ont été faites à différents malades sans qu'aucun accident ait été constaté.

Sur 500 malades qu'il a traités, le prof. Jacobs compte : 62 guérisons, 209 améliorations, 58 décès, 171 malades, ont abandonné le traitement. Parmi les décès, certains sont dus à l'imprudence des malades ou à des maladies intercurrentes.

On compte parmi la guérison des cas de laryngite tuberculeuse, de péritonite tuberculeuse, d'entérite, de tuberculose osseuse, d'arthrite, de coxalgie, de lupus, de gommes tuberculeuse.

M. le Dr Lespinne, de Bruxelles, a soigné par la T. J. des lupus, des gommes, des adénites. Chez les lupiques on observe une régression marquée de l'infiltrat, une décongestion, des limites plus nettes et aussi des cordons minces de lymphangite au voisinage des ganglions. Certaines guérisons se sont maintenues après deux années.

M. le Dr Bernheim, de Paris. — Actuellement nous avons certains malades en traitement depuis 3 mois. Nous n'avons pas pratiqué la méthode apsonique et cependant nous avons constaté des résultats tellement sensibles que nous en sommes nous même surpris. D'après nos expériences, nous avons constaté, chez nos malades, après 4 ou 5 injections que l'appétit reparait et l'état général se remonte. Sur 40 malades, 29 ont été suivis de très près et étaient tuberculeux à la 2e et à la 3e période. Tous, sauf 2, avaient des bacilles dans les crachats. Chez la plupart, l'amélioration de l'état général et de l'état local a été très appréciable : les crachats ont diminué, les bacilles ont diminué et ont disparu chez un petit nombre de malades. La tuberculine de Jacobs a l'air d'agir surtout sur les microbes associés du bacille de Koch. A l'appui de son assertion, le Dr Bernheim présente ensuite ses malades chez lesquels on constate une profonde amélioration.

M. le Dr Georges Petit a 17 malades en traitement par la T.J. sur 23 à qui il avait proposé le traitement. L'auteur déclare qu'il s'est conformé aux prescriptions du professeur Jacobs, qu'il n'a jamais observé de réaction et cependant tous ces ma-

lades étaient atteints de tuberculose confirmée. Les résultats sont très encourageants, et les améliorations aussi manifestes que rapides.

BIBLIOGRAPHIE

Fracture du radius chez les automobilistes ;

Par R. Fougère, *Thèse de Paris*, 1905.

C'est à l'hôpital Beaujon que notre confrère R. Faugère a recueilli ses observations. Son travail très méthodique et très documenté sera toujours consulté avec fruit par tous ceux qu'intéresse non seulement la loi des accidents du travail, mais encore par ceux qui, ayant conscience de la responsabilité qu'ils assument en acceptant de soigner un ouvrier blessé sont persuadés que le plus grand bénéfice qu'on puisse accorder à un travailleur est de lui permettre de récupérer l'intégrité d'un membre lésé.

L'auteur, dans une introduction à laquelle je ferai le reproche d'être écrite en argot d'automobilisme, nous explique le mécanisme du retour de manivelle. J'avoue, à ma honte, ignorer ce qu'on entend par *capacité de la cylindrée*, *avance à l'allumage* et autres expressions du même genre. Néanmoins, je crois pouvoir, d'après Faugère, expliquer comme suit le mécanisme, grâce aux incidentes que l'auteur a introduites dans son texte, mais qui constituent à mes yeux des explications insuffisantes pour les profanes — comme moi — de l'automobilisme.

Les moteurs produisent des gaz qui explosent, et ce sont ces explosions qui permettent au piston de se mouvoir et par conséquent de mettre la machine en marche. La première explosion est toujours produite directement par le mécanicien qui tourne une manivelle. Or si, au moment de cette explosion, le mécanicien a une position défectueuse, la manivelle qui permet de la déterminer subit un mouvement inverse de celui qu'elle doit avoir et pesant sur la main qui la fait mouvoir, main qui le plus souvent est elle-même en position également défectueuse, il en résulte une fracture du radius.

Abordant l'étiologie, Faugère étudie : 1° les fractures par cause directe, qui intéressent seulement le radius depuis l'apophyse styloïde jusqu'à une certaine hauteur du corps de l'os. Quelquefois les deux os de l'avant-bras sont fracturés au même niveau, mais le nombre des observations recueillies est si restreint que l'on peut considérer cette lésion comme une rareté.

2° Les fractures par cause indirecte sont les plus fréquentes; tantôt l'apophyse styloïde est seul intéressée, tantôt il s'agit de toute l'extrémité épiphysaire. D'autres fois le trait de fracture siège au niveau du tiers inférieur du radius.

Faugère fait observer qu'on constate en même temps des relâchements ligamentaires, des épanchements sanguins, des ruptures complètes de toutes les attaches de la main, avec élongation des nerfs, ce qui est d'une capitale importance en matière d'accident du travail, à cause des troubles douloureux qui en résulteront et dont la durée sera considérable.

Pathogéniquement, deux théories sont en présence : Par suite d'une extension forcée des ligaments, ceux-ci arrachent l'extrémité osseuse sur laquelle ils s'insèrent. C'est la *théorie de l'arrachement*.

Si au contraire le choc exerce sur le poignet une sorte de tassement, on a la *théorie de la transmission directe du choc*.

Faugère rejette l'hypothèse de Pouteau, qui admet la contraction musculaire comme facteur de la lésion.

Les symptômes n'offrent rien de particulier. Dans les *fractures directes*, il y a douleur, impotence fonctionnelle, ecchymose, déformation inconstante et quelquefois crépitation. Ces signes sont souvent insuffisants, de même que la crépitation.

Dans les cas douteux, la radiographie est d'un puissant secours, bien que je ferai remarquer qu'elle ne donne pas toujours ce qu'on en attend.

Ces fractures se compliquent souvent de plaies. Les *fractures indirectes* se présentent sous deux aspects. Tantôt il y a *déformation* nette due au déplacement des fragments. On a alors le type en dos de fourchette. Tantôt on n'a aucun déplacement. Ces lésions sont les plus fréquentes. La douleur est parfois peu considérable et l'impotence fonctionnelle peut être incomplète.

Le diagnostic est assez facile lorsqu'on possède bien les symptômes. Quant au pronostic, il varie. Si l'on a affaire à une fracture sans déplacement, la consolidation s'obtient en 3 semaines environ. Le massage précoce active la guérison et empêche les raideurs articulaires ultérieures.

Dans les fractures avec déplacement, le pronostic n'est pas moins favorable, bien que la coaptation parfaite des fragments puisse être impossible.

Le traitement consiste à réduire les fragments qui ne coaptent pas et à placer la main en bonne position dans un appareil plâtré.

La récidive survenant au même niveau quelque temps après la première lésion, n'empêche pas la guérison aussi rapidement ni aussi bien que si l'on avait un os fracturé pour la première fois.

Ce travail, fait très consciencieusement, se termine par une longue bibliographie qui peut être d'une grande utilité à ceux qui désirent remonter aux sources. V. Thébault.

Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche ; par le Dr Calot (de Berck) (Masson, édit.).

Sous ce titre, paraît, aujourd'hui, le deuxième volume du *Traité pratique de technique orthopédique*. L'auteur, très qualifié pour traiter cette question d'actualité, a imprégné son livre du résultat de ses recherches personnelles et de sa grande expérience. Pratique avant tout, et se proposant « d'être un guide devant permettre à tous les médecins de soigner la luxation congénitale de la hanche », cet ouvrage comprend : des préliminaires, une partie technique et une partie clinique. Les préliminaires traitent, en quelques pages alertes et pittoresques, du diagnostic et du pronostic de la luxation congénitale. Nous notons, pour le praticien et pour l'étudiant, des détails précieux et d'un réel intérêt à relire avant l'examen au lit du malade.

La partie technique comporte, très développées, les solutions de tous les problèmes que soulève la question si discutée du traitement de la luxation congénitale : préparation et réalisation de la réduction ; manuel opératoire de cette réduction, diagnostic de la réduction obtenue. Puis vient l'important chapitre du maintien de la réduction : comment et combien de temps maintenir réduit ; traitement consécutif à la contention ; traitement des reluxations antérieures et postérieures. Enfin la partie clinique contient nombre de renseignements sur les variétés, simple ou double, de luxation ; le pronostic et la thérapeutique qu'elles demandent dans les diverses conditions d'âge et de lésions anatomiques. Suit un chapitre sur les résultats du traitement non sanglant, et leur amélioration progressive. « Dans les cas de luxations traitées à temps, on peut dire sans exagération que l'on peut avoir à l'avenir des statistiques blanches, au même titre et dans le même sens, par exemple, que les chirurgiens peuvent avoir des statistiques blanches de cures radicales de hernies simples. » Pour le traitement de luxations demeurées irréductibles par la méthode non sanglante, restent les opérations de Hoffa, de Senger et de Calot, dont l'auteur montre les avantages comparatifs.

Des observations justificatives viennent à l'appui des méthodes thérapeutiques préconisées ; 206 figures et 5 planches illustrent cet ouvrage édité avec le plus grand soin.

L. Morel.

Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse ; par le Dr Barbary (Paris, Rudeval).

Pour le Dr Barbary, l'hémoptysie tuberculeuse est, dans la majorité des cas, dépendante de l'hypertension artérielle.

est donc possible en surveillant la tension artérielle de *supprimer* dans bien des cas l'hémoptysie. La thérapeutique préventive des hémoptysies consiste dans le traitement des différentes causes de l'hypertension, fréquente et souvent méconnue chez les tuberculeux. Le Dr Barbary apporte dans ce travail étudié et intéressant un grand nombre d'observations et de chiffres à l'appui de sa théorie. On sait que, d'une façon générale, on considère habituellement que le tuberculeux présente de l'hypotension. Lucien GRAUX.

Maladie osseuse de Paget ; par ŒTTINGER et E. AGASSE-LAFONT.

Depuis le mémoire de Paget en 1876 sur l'ostéite déformante, peu d'observations ont été publiées sur cette affection. — Il est rare que deux cas aient été observés dans une même famille. Or, MM. Œttinger et E. Agasse-Lafont apportent trois nouveaux cas qui, précisément, appartiennent à une même famille ; ils en tirent des conclusions très nouvelles sur l'étiologie et la pathogénie de cette maladie. L'un des malades présentés avait exercé le métier de blanchisseur, l'hypothèse d'une intoxication chronique par les acides minéraux ne peut-elle être admise ? Deux autres cas observés dans cette famille même, où la profession de blanchisseur est exercée depuis longtemps, ne la fortifient-t-ils pas ? Aussi les auteurs ont-ils examiné une à une toutes les observations de la maladie de Paget publiées en France ; sur 42, 29 indiquent la profession du sujet atteint, or, 13 avaient été exposés à l'intoxication par les acides.

L'acide formique, et la force musculaire : par le Dr CLÉMENT, de Lyon. (Paris, 1905, Vigot frères, éditeurs).

Intéressante à lire cette monographie de 135 pages, très bien éditée, ornée de vignettes curieuses et belles. On trouve aussi grand plaisir dans le style plus littéraire que scientifique et où s'étale une érudition qui fait honneur à notre confrère de Lyon.

Scientifiquement l'acide formique est connu ; il est même archi-connu, puisqu'il commence à ne plus l'être. M. Clément a soin de nous rappeler dans un chapitre plein de franchise, puisqu'il porte à son frontispice « *pro domo mea* », l'idée directrice qui l'a poussé à étudier et à faire valoir l'acide formique. Ce fut en 1903 que l'auteur publia sa découverte pour la première fois. Lisons haut cette boutade qui ne manque pas d'un fonds de vérité : « La pressse médicale, à « cette époque, ne souffla mot de mon travail. Il n'y avait « pas de quoi m'émouvoir. C'est assez dans les usages de no« tre pays. La presse médicale parisienne ne connaît que ce « qui se fait ou se dit à Paris, et les journaux de province, « en dehors de leurs œuvres locales, ne font que reproduire « ce que dit la presse parisienne. De sorte que si vous êtes « provincial, vous êtes une individualité sans mandat. »

Il serait fastidieux de reproduire ici les conclusions auxquelles M. Clément a été conduit par ses recherches. Concluons, à notre tour, que le travail de notre confrère peut-être lu avec plaisir et utilité, par les médecins et par ceux qui ne le sont pas. P. CORNET.

Opium. Morphine et Cocaïne ; par M. le Prof. BROUARDEL (Un vol., br., in-4, de 153 p., chez Baillière et fils, 1906.)

Nous sommes en pleine médecine légale, en présence de ces leçons si claires, si nourries de faits, telles que nous les avons jadis entendues.

Trois parties : l'*intoxication aiguë par l'opium et ses alcaloïdes* ; *les fumeurs et les mangeurs d'opium et les morphinomanes* ; *l'intoxication par la cocaïne*. Viennent ensuite, en annexe, des pièces documentaires de médecine légale sur l'empoisonnement par le laudanum, la responsabilité médicale, celle du pharmacien, mesures à prendre pour diminuer la morphinomanie, etc. Tout serait à relever ici en raison de l'importance des exemples choisis et des détails pratiques et vécus qui s'y trouvent. Ce livre doit se trouver entre les mains de tous ceux qui ont un attrait spécial pour la médecine légale et pour la toxicologie. Je crois même (avis aux Etudiants) qu'il est nécessaire de connaître la substance de ce livre pour réussir à ses examens. P. CORNET.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1906 ; par BOCQUILLON-LIMOUSIN. (In 12 de 325 pages, chez Baillière et fils, Paris.)

Sans doute ce formulaire est très utile ! Comment sortir, sans ce fil d'Ariane, du dédale des médicaments nouveaux ? Ceux-ci ne dépassent-ils pas le nombre de 455, à en croire M. Huchard, dans la préface qui ouvre ce petit livre ? M. Limousin a pris soin de nous signaler les additions faites à la 18e et présente édition de son formulaire. La thérapeutique s'est « enrichie » de ce qui suit : *acide formique, almatenia, alypine, arhovine, benzoïlperoxyde, broméine, calométal, carbovis, ceycsatiba, ektogan, gentiopicrine hémoplase, hermitine, hippiol, hopogan, ibogaïne, iothion, iridine, isoformé, lentin, marétine, méthylrodine, naftalan, neurodine, olivéol, perborates, pétrosulfol, purgène, quinobromine, quinoforme, quinoléine, santhéose, théocine, vasenol, zimphène*, etc.

Evidemment, pour connaître les propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, ainsi que le mode d'emploi de de chacun de ces produits qui se succèdent si rapidement, il faut un répertoire, et M. Limousin, en présentant le sien chaque année, rend certainement à la mémoire des thérapeutes les plus grands services.

Ce formulaire est de petit format, cartonné, et ainsi portatif et pratique. P. CORNET.

Portez-vous bien ; par le Dr TERWAGNE (Paris, Vigot, 3e édition).

Ce livre, nous dit l'auteur, est écrit sans autre prétention que de répandre dans le peuple les notions d'hygiène les plus nécessaires à la santé.

Il y étudie tour à tour le rôle de l'air, de la lumière, de l'eau, facteurs de salubrité. Un long chapitre est consacré à l'alimentation ; les autres traitent de l'influence du sommeil, de la profession, du travail, etc... L'auteur expose, en un style très clair, des notions qu'il importe, en effet, de vulgariser sans se lasser ; il donne en autre mille conseils utiles, fruits d'une expérience éclairée et d'une observation attentive. A. FILLASSIER.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Coqueluche.

L'Hélénine de Korab diminue d'une façon notable l'excitabilité laryngo-pharyngienne ; c'est un modérateur, un calmant du système nerveux (Communications à la Société de Biologie). Cette propriété bien démontrée fait comprendre la puissance curative de l'Hélénine dans la coqueluche ; d'après Valenzuela (*El Siglo medico* de Madrid), les effets de l'Hélénine sont merveilleux. Introduite dans l'estomac, l'Hélénine agit à la manière des amers aromatiques et s'oppose aux vomissements si fréquents et si pénibles qui accompagnent les quintes de toux. Cet agent thérapeutique doit être administré sous forme de Sirop du Dr de Korab à la dose de quatre à cinq cuillerées à café par jour.

BANQUET EN L'HONNEUR DU Dr SÉAILLES. — Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, d'accord avec l'Union des Syndicats médicaux de France, la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance et celle des médecins de l'état civil, a résolu d'offrir au Dr Séailles, président sortant du Syndicat des médecins de la Seine, ancien membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, ancien président de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris, etc., un banquet amical à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur. Cette fête confraternelle aura lieu le vendredi 23 mars à 7 heures et demie, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Professeur Brouardel, président d'honneur du Syndicat. Le prix du banquet est de seize francs.

Prière de renvoyer, avant le 18 mars, les adhésions au Dr Bellencontre, secrétaire général, 134, boulevard Haussmann. Il sera prélevé sur ce prix la somme nécessaire à l'acquisition d'un souvenir. Les confrères et amis du Dr Séailles, empêchés d'assister au banquet, peuvent adresser au Secrétaire général leur offrande pour le souvenir.

VARIA

La Ligue des mères de famille.

La ligue internationale des mères de famille, pour la défense de leurs foyers contre les grands fléaux du XXe siècle, a tenu une réunion à Washington-Palace, 14,rue Magellan,sous la présidence du Dr Suarez de Mendoza Le Président a exposé la naissance, le développement, les travaux et les projets de la Ligue. La Ligue se propose d'employer tous les moyens possibles pour enrayer l'action isolée ou collective de ces fléaux, dont les victimes se chiffrent annuellement, pour la France, à plus de six cent mille. La Ligue organisera des conférences et ouvrira des dispensaires spéciaux. Des conférences ont ensuite été faites sur les fléaux en question. Le docteur Gastou, chef de laboratoire à la Faculté,a parlé sur « les portes d'entrée de la tuberculose et les moyens de s'en défendre. » Avariose et mariage fut le sujet traité par le docteur Griffon. M. Rieman a montré les ravages de l'alcoolisme dans la famille. M. Cheysson,de l'Institut,a fait sentir les avantages qu'il y avait au point de vue de l'économie des forces vives de la société à instruire simultanément les mères de famille sur toutes les vérités nécessaires pour mener à bien la lutte contre les grands fléaux,et enfin le Président, dans une allocution accompagnée de projections a exposé quelques considérations générales sur les grands fléaux du siècle : avariose, neissérose, tuberculose, alcoolisme, gastro-entérite, etc. (*Communiqué*).

LES CONGRÈS

Congrès international de médecine de Lisbonne

(Avril 1906.)

Les médecins français qui se rendront au Congrès international de médecine de Lisbonne, qui commencera le 19 avril 1906, pourront utiliser, pour leur voyage, la voie de terre ou la voie de mer. Ceux qui emploieront la voie de terre bénéficieront d'une réduction de 50 % sur le tarif ordinaire. Les Compagnies de chemins de fer françaises, espagnoles et portugaises leur délivreront, à cet effet,des coupons détachables, d'un emploi facile. Les congressistes français qui préfèreront la voie de mer auront plusieurs bateaux à leur disposition :

1° Un bateau français, l'*Etoile*, spécialement affrété pour les circonstances, partira de Marseille le 8 avril, fera différentes escales à Malaga, Cadix, etc. Des excursions, organisées par train spécial,permettront la visite à Séville,Cordoue Grenade. Ce bateau reviendra à Marseille après une croisière de vingt-trois jours. Le prix total sera de 850 francs. (Pour cette croisière, adresser les demandes de renseignements et les adhésions, jusqu'au 15 mars, terme de rigueur, au docteur Helme 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.)

2° Un bateau anglais, l'*Ophir*, s'arrêtera le 13 avril à Cherbourg et pourra embarquer les congressistes français. Ce bateau sera de retour à Cherbourg le samedi 28 avril. Le prix de cette croisière varie de 395 à 925 fr., suivant la cabine occupée. (Pour cette croisière, adresser les demandes de renseignements et les adhésions à l'*Agence Cook* de Paris, 1 place de l'Opéra.)

3° Un autre bateau anglais : l'*Ambrose*, fera escale au Havre à l'aller et au retour, et pourra aussi embarquer des passagers du Continent (S'adresser, pour cette croisière, au *Travel Bureau*, 29, Cookzpur street, London).

Les congressistes qui choisiront la voie de mer, auront l'avantage de n'avoir pas à se préoccuper de leurs logements à Lisbonne. Les bateaux *Etoile*, *Ophir* et *Ambrose*, qui les amèneront, resteront à quai à Lisbonne et leur serviront d'hôtel pendant toute la durée du Congrès. Ils pourront continuer à y loger et à y prendre leurs repas. Le prix de la croisière par mer comprend tous les frais de séjour à Lisbonne et tous les frais d'excursion supplémentaires (nourriture, service, trains spéciaux, etc., etc.)

Pour tous renseignements généraux, s'adresser au docteur Richardière, secrétaire du Comité français, 18, rue de l'Université, Paris.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 21 mars.* — *M. Morin* : La résection du cordon spermatique sans castration. — Opération complémentaire de la cure radicale de la hernie inguinale (MM. Terrier Landouzy, Reclus, Labbé (Marcel). — *M. Eugène* : La tuberculose dans le personnel infirmier des hôpitaux de Paris (MM. Landouzy, Terrier, Reclus, Labbé (Marcel). — *M. Calvé* : De la coxalgie double chez l'enfant (MM. Reclus, Terrier, Landouzy, Pierre Duval).
Samedi, 24 mars. — *M. Leroy* : De la paralysie générale conjugale et de ses rapports avec la syphilis (MM. Joffroy, Raymond, Roger, Jeanselme). — *M. Moussaud* : Mal de Pott sans signe rachidien chez l'adulte (MM. Raymond, Joffroy, Roger, Jeanselme). — *M. Gebert* : Le tétragène en pathologie (MM. Roger, Joffroy, Raymond, Jeanselme). — *M. Bouchet* : Contribution à l'étude du traitement rationnel des fractures des os longs (MM. Berger, Hutinel, Auvray, Carnot). — *M. Faseuille* : Diphtérie nasale ambulatoire (MM. Hutinel, Berger, Auvray, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi, 19 mars.* — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Rieffel, Pierre Duval. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Landouzy, Legry. — 3e (2e partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Brissaud, Roger, Balthazard. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Dejerine, Teissier, Claude. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Labbé (Marcel), Macaigne.
Mardi, 20 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. De Lapersonne, Rieffel, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiard, Maillard. — 4e (Salle Broussais) : MM. Chantemesse, Vaquez, Dupré. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Charité) : MM. Guyon, Pozzi, Auvray. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Dieulafoy, Renon, Jeanselme. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM.Joffroy, Méry, Gouget.
Mercredi, 21 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Cunéo, Proust. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 2e (Salle Corvisart) : MM. Gautier, Roger, Branca.
Vendredi, 23 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Gosset, Cunéo. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Teissier, Macaigne. — 3e (2e série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Brissaud, Legry, Claude. — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Proust.
Samedi, 24 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Thiéry, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Bezançon, Maillard. — 2e (Salle Béclard) : MM. Launois, Langlois, Broca (André). — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Maygrier, Bonnaire, Brindeau.

FORMULES

XVII. — Contre l'eczéma.

Litharge	0 gr. 5
Vinaigre	2 gr.
Huile d'olive }	ââ 10 gr.
Axonge }	
Ichthyol	1 gr.

ou :

Dermatol }	ââ 3 gr.
Oxyde de zinc }	
Vaseline }	ââ 15 gr.
Lanoline }	

(UNNA).

PHARMACOLOGIE

« L'activité de deux substances combinées est supérieure à la somme de la puissance de chacune d'elles. » C'est ce qui explique et affirme l'activité de la Nervocithine Tissot, phospho-arseniée organique et hématique, véritable reconstituant du plasma cellulaire, terrain primordial et essentiel de l'organisme ; les praticiens l'emploient soit en ampoules pour injections, soit en dragées ou sirop au moment des repas.

LA GUÉRISON DU CANCER. — On s'intéresserait à Berlin aux travaux d'un médecin allemand, le Dr Mayer, qui croit avoir découvert un moyen de guérir le cancer. Le docteur Mayer déclare que 80 % de ses expériences sur des animaux ont réussi. (*Standard*).

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 11 février 1906 au samedi 17 février 1906, les naissances ont été au nombre de 1.027, se décomposant ainsi : légitimes 767, illégitimes 260.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 970, savoir : 475 hommes et 495 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 20. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 6. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 201. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 64. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 56. — Maladies organiques du cœur : 72. — Bronchite aiguë : 13. — Bronchite chronique : 26. — Pneumonie : 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 133. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 34. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 44. — Morts violentes : 16. — Suicides : 11. — Autres maladies : 99. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 19.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés *chevaliers* : M. le Dr Grasset, adjoint au maire de Riom, médecin de l'hôpital de la même ville ; M. le Dr Brumpt, préparateur à la Faculté de médecine de Paris (explorations au Congo et dans l'Afrique centrale) ; M. le Dr Turquet, collaborateur de la mission Charcot.

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES. — MM. les Drs Dietrick et Vialettes sont nommés officiers d'Académie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours d'anatomie comparée.* — M. Edmond PERRIER, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 20 mars 1906, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les jeudis, mardis et samedis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des appareils de nutrition et du développement embryogénique des vertébrés terrestres (batraciens, reptiles, oiseaux, mammifères).

M. le docteur H.-P. GERVAIS, assistant, dirigera, avec le concours de M. NEUVILLE et de M. le docteur ANTHONY, préparateurs, des travaux pratiques d'anatomie (technique des dissections et des injections ; étude comparée des différents organes, etc.), qui auront lieu tous les jours, de deux heures à cinq heures. Le laboratoire des recherches histologiques dirigé par M. le docteur Auguste PETTIT, est ouvert tous les jours, de deux heures à quatre heures. Le laboratoire maritime du muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, est ouvert du mois d'avril au mois de novembre. S'inscrire d'avance, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55.

Cours de physiologie générale. — M. Nestor GRÉHANT, membre de l'Académie de médecine, professeur, commencera le cours le lundi 19 mars 1906, à quatre heures, dans son Laboratoire, situé quai Saint-Bernard, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le Professeur fera l'étude de l'acide carbonique au point de vue physiologique et toxicologique. Il s'occupera ensuite de recherches nouvelles sur l'air confiné. La seconde partie du cours sera consacrée à l'étude des anesthésiques et des alcaloïdes de l'opium. Expériences et projections.

AVIS. — Un groupe de médecins prient les confrères qui seraient assurés à la *Mutuelle de Bordeaux* (anciennement l'*Union française*) ou qui seraient en relations avec cette Compagnie, de bien vouloir envoyer leur nom au secrétaire du groupe, le docteur Millée, 8, rue de Milan.

TENTATIVE DE MEURTRE CONTRE M. LE Dr QUEYRAT. — Le jeudi 8 mars, au matin, à l'heure de sa visite, M. le Dr Queyrat, en rentrant à l'hôpital Ricord, a essuyé six coups de revolver qui, heureusement ne l'ont pas atteint. L'auteur de cet attentat est un nommé Joseph Bourdin, âgé de 29 ans, soigné par M. Queyrat dans son service. Il n'est pas douteux que ce malheureux ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, car M. le Dr Queyrat, fort aimé de ses malades et très estimé de ses confrères, n'a pu en rien provoquer un acte de vengeance de la part de Bourdin.

CIMETIÈRES ESPAGNOLS. — Le *Temps* publie la nouvelle suivante :

Emu par les récits macabres des journaux sur l'état lamentable d'un cimetière des faubourgs de Madrid, la Patriarcal, le gouverneur de la capitale espagnole, M. Ruiz Yvinenez, a visité ce cimetière. De nombreux vols de cadavres s'étant produits ces temps derniers dans le cimetière en question, beaucoup de tombes se trouvent ouvertes ; dans les unes, les cadavres apparaissent à l'air libre ; dans d'autres, les cercueils manquent. De plus, il s'y est établi une véritable colonie de lapins dont les habitants se comptent par centaines. Cet état de choses dure, paraît-il, depuis assez longtemps pour qu'un écrivain madrilène, Pio Baroja, s'en ait fait le sujet d'une de ces nouvelles les plus récentes, intitulée « la Basca » (la Recherche).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr E. SPIRE, médecin-major en retraite, qui, pour échapper aux atroces douleurs que lui causait une maladie incurable dont il souffrait depuis longtemps, s'est tué au cours d'une crise, en se tirant deux balles de revolver dans la tête.

Nous avons encore le regret d'apprendre le décès de M. le Dr A. René, agrégé de la Faculté de Nancy; de M. le Dr C. Vernet, médecin en chef de l'Asile de Maréville.

Enseignement médical libre

Le conseil de l'Université de Paris vient d'autoriser l'ouverture d'un cours libre de « *psychopathologie du tube digestif* », qui sera inauguré, après Pâques, à la Faculté de médecine, par M. le docteur Paul Farez.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

LES AFFICHES EN CART S POS ALES

La compagnie des chemins de fer de l'ouest met en vente, au prix de 0 fr. 40, dans les bibliothèques des gares de son réseau, un *carnet* sous couverture artistique de 8 *cartes postales illustrées* reproduisant en couleurs, les plus jolies affiches établies pour son service entre *Paris* et *Londres*, par Rouen, Dieppe et Newhaven et contenant en outre la relation de ce voyage avec 8 vues en similigravure des principaux points situés sur le parcours.

Ce carnet de cartes postales est adressé franco à domicile, contre l'envoi de 0 fr. 40 en timbres-poste au service de la publicité de la compagnie, 20, rue de Rome, à Paris.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne (Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, etc. (Tarif spécial F. V. n° 106 (Orléans).

Des billets de famille de 1re, 2e et 3e classes, comportant une réduction de 20 à 40 0/0, suivant le nombre des personnes, sont délivrés toute l'année, à toutes les gares du réseau d'Orléans, pour les stations termales et hivernales du Midi, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris) et notamment pour : *Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary* (halte), *Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn*, etc.

Durée de validité : 33 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 24 MARS 1906

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches sur la tuberculose expérimentale ;

Par le Dr Marc LAFFONT.

Au dernier Congrès International de la tuberculose plusieurs communications sur les essais de vaccination ou mieux d'immunité provoquée contre le virus tuberculeux ont été faites. Ces travaux, émanés de savants consciencieux et d'une autorité universellement reconnue, devant laquelle je suis le premier à m'incliner, ne m'ont cependant pas convaincu, j'ai la hardiesse de le dire.

C'est que, en effet, nous devons nous demander si la tuberculose n'est pas, comme l'érysipèle, la grippe, une de ces maladies dont une première atteinte prédispose à des atteintes futures, donne à l'organisme de l'anaphylaxie pour cette maladie.

Pour ma part, j'en ai la conviction, et il n'est peut-être pas un médecin-praticien qui n'ait observé des malades guéris de premiers accidents tuberculeux, florissants de santé pendant un laps de temps plus ou moins long, et qui cependant n'ont pas bénéficié d'une immunité conférée par une première atteinte, ainsi que cela se passe pour la variole par exemple. Nous avons tous observé de ces malades revenus à la santé, puis, sous un coup de fouet donné par une maladie fortuite, repris tout à coup d'accidents tuberculeux dont les manifestations sont de plus en plus graves.

Dans ces conditions, que vient-on parler de vaccin ? Qu'on abandonne plutôt l'apophtegme de Pasteur émis au sujet du charbon : « *Prévenir, non guérir* » ; dites au contraire : « *guérir, non prévenir* » car prévenir est du ressort de l'hygiène seule, et si l'Etat favorise, prescrit l'hygiène de salubrité, d'asepsie, il vit du manque d'hygiène alimentaire, de l'alcoolisme, osons le dire, et « le *peuple en meurt* » comme l'a si bien dit M. Daremberg. Je dis donc : abandonnons toute idée de vaccin, et dirigeons nos recherches sur la guérison de la tuberculose. Etablissons tout d'abord ce qu'il faut entendre par preuve de guérison de ce terrible fléau. 1° La preuve de la guérison ne peut se faire chez l'homme ; 2° guérira la tuberculose, indiscutablement, celui qui, après avoir inoculé le virus complexe retiré des humeurs ou sécrétions virulentes, ou organes virulents de l'homme infecté, à des animaux mourant fatalement d'une telle inoculation, guérira couramment ceux des animaux qui seront soignés par sa méthode, alors que les animaux témoins seront morts. La preuve de la guérison sera faite par l'examen nécropsique des animaux soignés et l'inoculation infructueuse à de nouveaux animaux, des émulsions d'organes des animaux soignés et sacrifiés. Je fais une distinction profonde, en particulier pour la tuberculose, entre les inoculations de cultures pures et les inoculations d'émulsions d'organes contaminés. Les premières provoquent des maladies évoluant pour ainsi dire mathématiquement, franchement, et l'on conçoit la possibilité d'enrayer la marche d'un ennemi lorsqu'on la connaît d'avance. Au contraire, l'inoculation de virus complexes, associés, a une marche sournoise qui déroute souvent nos pronostics. C'est ainsi que, dans mes premières recherches, de 1897 au mois d'août 1901, toutes mes inoculations ont été faites avec des cultures pures, et depuis cette époque avec des émulsions d'organes contaminés. Je ne parle pas de la période de 1897 à 1900 où mes essais portèrent sur les extraits de microbes, les tuberculines, etc. ; ces essais ne m'ayant donné aucun résultat précis, je m'abstins de toute publication.

Dès 1900, je cherchai à augmenter les moyens de défense naturelle de l'organisme contre le virus tuberculeux. Je composai un sérum artificiel invigorateur leucocytaire où entrent : cacodylate, méthylophosphinate, corps aromatiques et corps gras sulfurés. Des injections quotidiennes de 0 cc. 25 de ce sérum hypertonique me donnèrent constamment une survie des animaux soignés variant du 1/3 au double et davantage sur les animaux témoins inoculés en même temps et de la même façon. Néanmoins ces animaux soignés mouraient toujours tuberculeux.

Au mois de juillet 1904, commence la 3e phase de mes recherches : je voulus ajouter à mon sérum hypertonique des antitoxines spécifiques. Mon raisonnement fut le suivant : Dans toute invasion microbienne, l'organisme entre en lutte avec l'intrus au moyen des phagocytes qui, en cherchant à le dévorer, fabriquent pour rendre la tâche plus facile des antitoxines, cytoses, fixateurs, etc. Je considérai l'animal infecté

comme un bouillon de culture dans lequel se trouveraient non seulement les toxines microbiennes, comme dans les bouillons de culture de laboratoire, mais encore les produits leucocytaires antitoxiques qui ne peuvent se rencontrer que dans un milieu qui a été le théâtre d'une lutte. Les animaux traités par mon sérum hypertonique, ayant une survie considérable, devaient contenir plus d'antitoxines ; dans cette idée, à la mort des animaux témoins, je sacrifiai les animaux soignés, encore bien portants, quoique présentant à l'autopsie des signes manifestes d'infection. J'utilisai tous leurs tissus, hormis la peau, le tube digestif, la vessie, la vésicule biliaire et leur contenu ; le tout fut broyé, pulpé et mis en vase clos au bain-marie à la température de 100°. J'avais observé en effet que, même à cette température, les tuberculines classiques étaient encore toxiques. Le produit de ce traitement fut nommé tuberculine n° 1.

De plus, j'avais observé que la résistance à l'infection, d'animaux de même espèce, est variable ; j'avais vu certains témoins inoculés avec la même émulsion, au même endroit, survivre au 120e jour, alors que leurs co-témoins étaient morts en 35 jours. Je me posai à moi-même l'objection que j'avais pu soigner des animaux qui auraient peut-être survécu longtemps d'eux-mêmes. Désormais, j'attendis dans mes lots d'animaux l'infection manifeste (adénopathie, perte de poids). Je choisis comme témoins les animaux les plus résistants et soignai les plus infectés, avec 1 cc. de mélange en parties égales de mon sérum hypertonique et de tuberculine n° 1. Cette méthode m'a permis de conserver vivant à ce jour encore, un animal (cobaye) inoculé le 2 décembre 1904. Il ne présente que la même adénopathie qu'il présentait au 21 décembre, premier jour du traitement. Son témoin beaucoup moins infecté que lui au 21 décembre, est mort dans le courant de janvier 1905.

J'ai utilisé les animaux soignés des lots parallèles.

1° J'ai constaté qu'ils étaient porteurs d'adénomes scléreux inguinaux et axillaires du côté inoculé, adénomes également scléreux de la cavité abdominale et quelquefois du médiastin. Quelques-uns portaient en outre de rares tubercules miliaires fibreux aux poumons et à la rate. Je rappelle que tous ces animaux n'avaient commencé à être soignés qu'après infection confirmée. 2° En inoculant à des animaux neufs l'émulsion de ces organes scléreux, j'ai obtenu des tuberculoses très lentes, évoluant en 5 et 6 mois. Mais chose à noter, lorsque j'enlève à ces nouveaux animaux les ganglions hypertrophiés, qu'avec leur émulsion j'inocule une série nouvelle d'animaux neufs, la tuberculose aiguë se régénère. Ces animaux de 3e série meurent entre 5 et 7 semaines, avant les fournisseurs de virus qui survivent longtemps après eux. Ces expériences nous expliquent les particularités de certaines tuberculoses familiales dans lesquelles des parents atteints de tuberculose lente, venant à contaminer leurs enfants, ces derniers meurent de tuberculose aiguë, tandis que les parents continuent à traîner leur tuberculose. 3° La haute température employée pour la production de ma tuberculine n° 1 avait dû détruire tout ou partie des éléments anti-toxiques produits dans la lutte, car nous savons que les anti-toxines sont détruites à une température bien inférieure à 100°, supérieure toutefois à celle nécessaire pour la destruction des toxines. J'ai donc fabriqué avec la pulpe des organes des animaux soignés, sacrifiés en bonne santé, après la mort des témoins, une tuberculine n° 2 ne différant de la première que par la température de production qui ne dépasse pas 65°.

Les expériences, en cours dans mon laboratoire, que je poursuis activement avec mon élève et ami le Dr André Lombard, ne sont pas encore assez avancées pour que je puisse affirmer aujourd'hui la guérison intégrale de la tuberculose expérimentale, et j'aurais encore gardé le silence, sans le Congrès de la tuberculose.

Mais un point se dégage nettement déjà. Cette tuberculine n'est pas nuisible ; expérimentalement elle s'est déjà montrée plus active que la tuberculine n° 1, même et surtout pour des malades. Aussi, j'ose dire, j'affirme que les tissus réduits en pulpe des animaux tuberculeux, soumis assez longtemps à une température inférieure à 70°, non seulement ne sont pas nuisibles, mais bien au contraire doivent être considérés comme un remède anti-tuberculeux.

Tel est le principe de ma méthode que je me propose de généraliser pour toutes les maladies microbiennes et en particulier pour la morve et les autres maladies épizootiques.

Chaque jour nous annonce de nouveaux remèdes antituberculeux, chacun de nous, pour ainsi dire, croit avoir guéri, par une méthode, un médicament spécial, des tuberculeux. Il cite des exemples, montre des malades, et annonce en toute bonne foi qu'il a enfin trouvé le remède infaillible, oubliant que les autopsies nous prouvent que souvent l'homme lui-même, à son insu, peut guérir sa tuberculose. Il en a été de même pour la diphtérie, et cependant seul, jusqu'ici, le sérum anti-diphtéritique est venu révolutionner la thérapeutique et abaisser dans des proportions énormes la mortalité par la diphtérie. Ai-je trouvé l'anti-toxine tuberculeuse ? Le remède spécifique ? Je le prévois à bref délai, et j'espère qu'au congrès de Lisbonne je pourrai dire bientôt que je guéris la tuberculose expérimentale, seule preuve indiscutable d'une médication spécifique anti-tuberculeuse.

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

(COURS. IVme LEÇON.)

De la stérilisation du matériel instrumental ;

Par le Dr **L. LONGUET** (de Rouen).

§ III – STÉRILISATION SPORICIDE.

(Longuet 1900).

A. *Méthode de la vapeur anhydre à 185-190° sous pression de 1 à 2 Athm.* (Longuet). — C'est précisément à propos de l'instrumentation que j'ai réalisé mes premières stérilisations sporicides. Vous savez que pour atteindre ce but, il m'a fallu associer trois facteurs : 1° la *chaleur* à haute température (185-190°), premier agent physique sporicide d'importance capitale ; 2° la *vapeur anhydre*, agent chimique légèrement sporicide par déshydratation ; 3° la *pression* de cette vapeur à 1-2 Athm., agent mécanique de répartition du calorique, assurant un échauffement non de surface, mais de pénétration.

En matière de stérilisation d'instruments, la vapeur anhydre s'impose ; puisque la vapeur hydrique oxyde fatalement les métaux dès qu'elle se refroidit. De là la rouille, l'altération rapide du matériel. Aussi l'accord fut-il unanime parmi les chirurgiens pour rejet

la méthode de vapeur d'eau « fluente » ou « stagnante » proposée à une certaine époque. En 1888, Panas concluait de ses essais, ceci : « les instruments sont tellement détériorés par la vapeur d'eau qu'ils deviennent rapidement inserviables » (1).

Ma technique diffère par quelques détails seulement de celle décrite à propos des objets de pansements et du matériel de suture-ligature. Dans les « boîtes à recouvrement » préalablement garnies quant au fond, d'une compresse de gaze, disposez vos instruments, branches et mors ouverts. Maintenez chaque couvercle en « diastasis » à l'aide de 4 bouchons-taquets obturant 4 trous bi-équatoriaux de chaque cellule recouverte. La pile ainsi constituée est placée dans un panier métallique grillagé doublé d'une grande gaze compresse enveloppante ; et le tout est déposé dans le stérilisateur « ad hoc » sans prendre contact avec la nappe liquide anhydre.

Quand le stérilisateur est bien fermé, chauffez-le progressivement jusqu'à 114° marqués au thermomètre plongeur, sous échappement, afin d'évacuer de l'appareil l'air puis les premières vapeurs toluéniques que le tuyau de purge conduit dans un petit récipient d'eau. Vous reconnaissez que tout l'air est chassé lorsque le toluène commence, après barbottement, à former une nappe à la surface de l'eau. Alors vous fermez le robinet d'évacuation, mais incomplètement ; en sorte que la pression gagne mais ne dépasse pas 1-2 Athm. ; l'excès de vapeur continuant à fuir par le tuyau où elle se condense et d'où vous la recueillez à l'état liquide en un récipient clos substitué au récipient d'eau. C'est en somme une véritable « distillation » sous pression.

Grâce à cette oblitération incomplète, il est facile de régler par le jeu du robinet la pression au degré désiré soit 1-2 Athm. D'autre part vous maintenez la température à 185-190° en modérant le débit de la source chauffante, dès que le degré calorique recherché est atteint. Tels sont les moyens d'obtenir une dissociation de la température et de la pression, tout en fixant l'une et l'autre au point désiré.

Après 45 minutes de température maxima, fermez : 1° la chaufferie, 2 puis le robinet évacuateur ; mais ce dernier seulement lorsque l'aiguille manométrique est revenue à 0°. Ainsi vous évitez la rentrée d'air ou de liquide que le vide aspire vers l'intérieur du stérilisateur ; 3° ouvrez l'appareil lorsqu'il est complètement refroidi. Les gouttelettes de condensation suivent les parois périphériques refroidies les premières pour s'accumuler au fond, sans inonder le matériel. Si vous ouvrez trop tôt, quand tout est chaud, l'arrivée de l'air froid précipite en masse la buée qui se dépose en nappe liquide sur les instruments. Vous les trouvez alors non pas rigoureusement secs, mais baignés de toluène.

Le stérilisateur ouvert, soulevez le panier grillagé, et à mesure qu'une boîte arrive en vue, enlevez immédiatement ses taquets. De la sorte, toutes les cellules recouvrantes tombent à fond sur leur cellule recouverte, avant pénétration d'air contaminé dans leur intérieur. En vue d'un transport à longue distance, les piles superposées dans l'appareil sont, au sortir de celui-ci, serrées les unes contre les autres par la compresse enveloppante stérile qui, développée, formera nappe stérile sur la table dite « aux instruments ».

(1) PANAS. — Asepsie et antisepsie oculaire. *Société française d'ophtalmologie*, réunie à Paris, 7-10 mai 1888.

Enfin, j'estime qu'au-dessus de tous les récipients il est bon, lors de leur ouverture, et pendant la durée de l'opération, de tendre horizontalement une compresse stérile, sorte de tente protectrice contre la chute des microbes de l'air. Dans mon projet de salle d'opération, sporicidable en même temps que son contenu, les instruments peuvent rester à l'air libre, sans compresse protectrice ni inclusion en boîte.

A l'appui de la méthode appliquée aux instruments, je puis fournir des observations cliniques de chirurgie humaine ou comparée. Mais il est difficile dans les interventions heureuses de dissocier la part réciproque qui revient à la bonne stérilisation des instruments, des mains, des téguments de l'opéré. Aussi les preuves expérimentales sont-elles, à ce point de vue, plus immédiatement démonstratives.

1° Une petite sonde cannelée fut imprégnée et frottée avec un voile de *subtilis* ; puis séchée, stérilisée en vapeur anhydre à 185-190°, lavée dans 3 bouillons pour chasser toute substance « empêchante, » enfin ensemencée sans résultat dans un bouillon terminal mis à l'étuve pendant 15 jours.

2° Une petite aiguille de Reverdin, privée de tige mobile, afin d'expérimenter surtout sur la rainure de glissement, fut trempée 24 heures dans une culture sur bouillon de *bacterium anthracis*, puis séchée, stérilisée, lavée « ut supra » enfin ensemencée sans résultat dans un bouillon terminal mis à l'étuve pendant 15 jours.

3° Une épingle de sûreté servit pour des recherches analogues avec le bacille du *tétanos* comme agent de contamination. Résultat négatif avec cet anaérobie. La stérilisation fut de 3/4 d'heure dans chacune de ces expériences.

Indépendamment de la sécurité, j'ajoute que l'imprégnation des instruments par la vapeur anhydre a l'avantage d'éloigner les mucidées, cause de souillure non évitée dans certaines autres méthodes, où les instruments sont simplement déposés à sec dans les plateaux. Enfin le matériel n'est pas altéré, pas oxydé, les pointes et tranchants pas émoussés, les manches pas recouverts d'enduit humide ou visqueux, quand la vapeur a été maintenue constamment en état de saturation.

Messieurs, de cette leçon consacrée à la stérilisation des instruments, vous retiendrez ceci :

§ I. L'instrumentation gagnera à être réduite comme nombre, transformée comme métal, unifiée comme surface, appropriée par nettoyage anhydre.

§ II. La *germicidation* des instruments n'offre qu'une sécurité très relative ; quil s'agisse de la méthode antiseptique, de celle du flambage, de celle de l'air surchauffé, ou de celle de l'ébullition. La destruction des germes est partielle ou totale, mais jamais mathématique, jamais absolue puisque les spores persistent. Toutes ces pratiques ont le double inconvénient d'altérer le matériel par oxydations réitérées, et d'exposer à une contamination secondaire lors du transbordement individuel des instruments en récipients.

§ III. La *sporicidation* confère une sécurité maxima constante et mathématique, sans altération du matériel, et sans cause de contamination secondaire. Elle marque une étape bien nette sur la route de la « *stérilisation absolue* ». Cette fois encore, j'arrive à l'unification de méthode et de technique. Nous verrons quelles conséquences générales découlent de cette simplification pour toute la biochirurgie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enquête sanitaire en Bretagne.

L'application de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique dans les Côtes-du-Nord.

I. — L'ADMINISTRATION PRÉFECTORALE. — L'administration préfectorale des Côtes-du-Nord a tenu la main à l'application des dispositions de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique. C'est ainsi que les municipalités ont été invitées par ses soins à présenter des projets de règlements sanitaires, ainsi que l'ordonnait d'ailleurs l'article 1er de la loi de 1902. Sur 390 communes, 334 sont entrées dans cette voie, et sont actuellement pourvues de ce règlement. Les maladies à déclaration obligatoire sont régulièrement déclarées, sauf de rares exceptions. Les municipalités sont incitées à prescrire l'exécution de toutes les mesures ordonnées, soit par le médecin traitant, soit par le médecin des épidémies.

Le service des épidémies est assuré dans chaque arrondissement par un médecin spécialement désigné à cet effet.

Le service de la vaccination et de la revaccination fonctionne dans le département des Côtes-du-Nord, depuis le 1er janvier 1904. Il donne de bons résultats : depuis cette époque 64.490 vaccinations ont été faites. Les dépenses du service se sont élevées à 23.224 fr. 70. Le Conseil départemental d'hygiène a été réorganisé depuis la promulgation de la loi : il compte 22 membres, dont 15 membres avec voix délibérative.

De plus, le département a été divisé en 15 circonscriptions sanitaires ainsi réparties :

Arrondissement de Saint-Brieuc	4
Arrondissement de Dinan	3
Arrondissement de Guingamp	3
Arrondissement de Lannion	2
Arrondissement de Loudéac	3

Ces commissions comptent 7 membres.

II.—L'ADMINISTRATION MUNICIPALE DE SAINT-BRIEUC. — La ville de Saint-Brieuc compte 2.000 maisons environ : la banlieue 703 ; ce qui donne pour la commune même 2.703 maisons habitées par 22.198 habitants dont 1.200 hommes de troupes ; parmi ces 22.198 habitants, 18.492 forment la population agglomérée, 3.700 environ, la population éparse. L'état sanitaire de la ville a été assez bien décrit dans une étude du Dr R. Guibert publiée à Paris en 1901. Il y note que depuis 1895 la ville possède un service municipal d'eau, et un réseau d'égouts. Depuis cette époque, des branchements d'égouts sont construits chaque année sur les crédits ordinaires ; un emprunt de 600.000 fr. va être réalisé pour permettre de terminer le réseau et les branchements. Les matières liquides et les eaux ménagères sont seules déversées à l'égout ; les matières solides sont recueillies dans des fosses étanches et cimentées.

La municipalité s'est efforcée de se conformer aux dispositions les plus pressantes de la loi de 1902. Un projet de règlement sanitaire qui suit assez fidèlement le modèle du Comité consultatif d'hygiène publique de France a été approuvé par le maire le 18 décembre 1903.

Le service de la vaccination fonctionne assez régulièrement ; il y a un médecin vaccinateur par canton. La municipalité fournit au préfet la liste des enfants nouveau-nés ; la deuxième liste comprend les enfants des écoles publiques ou privées ; la troisième comprend les hommes appelés sous les drapeaux.

Le service de la désinfection possède un appareil qui emploie l'aldéhyde formique ; toutefois la municipalité admet la désinfection faite par tout autre appareil sauf vérification ; cette circonstance ne se produit d'ailleurs qu'assez rarement. Dès qu'une désinfection a été opérée, avis en est donné au préfet. La literie est envoyée à l'hôpital qui possède une étuve.

Le matériel comprend encore deux voitures, une pour les objets contaminés, l'autre pour les objets désinfectés. La municipalité n'attend pas toujours d'être requise par un médecin ; c'est ainsi que le service de l'assistance médicale gratuite prend l'initiative de cette mesure. La taxe de désinfection est fixée à 15 fr. mais la municipalité se montre assez libérale pour le recouvrement. De toutes les maladies contagieuses, la plus fréquente, à beaucoup près, serait la fièvre typhoïde ; la part de la tuberculose ne peut être appréciée utilement, les renseignements étant assez incomplets.

Il convient de signaler ici avec quelle énergie la municipalité assure la prophylaxie des maladies contagieuses.

Le Bureau d'hygiène de Saint-Brieuc ayant appris que deux enfants d'un sieux X... étaient morts à la suite de la rougeole, des démarches furent faites auprès du père de famille pour que ses trois autres enfants déjà atteints fussent transportés à l'hospice de Saint-Brieuc. Il s'y refusa. La municipalité s'efforça de le convaincre et lui offrit même d'autoriser la mère à venir soigner ses enfants. Il persista dans sa décision. Dans ces conditions, le Maire prit un arrêté qui ordonna le transfert des enfants X... à l'hospice.

Bien que nous l'ayons publié déjà dans la *Revue Municipale du 16 septembre dernier*, nous croyons devoir en donner ici le texte à raison de l'interêt que cette question présente :

« Le Maire de Saint-Brieuc,

« Vu les lois des 15 février 1902 et 7 avril 1903 relatives à la protection de la santé publique ;

« Vu le règlement sanitaire municipal de la ville de Saint-Brieuc (art. 55 et 56) ;

« Vu la loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale (art. 97) ;

« Considérant que deux cas de rougeole suivis de mort ont été constatés au domicile du sieur X... habitant rue ...., n° ... ;

« Considérant que malgré une première désinfection

du local contaminé, la maladie continue à y régner et qu'actuellement les trois autres enfants sont atteints de rougeole ; qu'il convient, dans ces conditions, de prendre les mesures prophylactiques les plus énergiques pour éviter la propagation du mal et décider, notamment, l'isolement des malades.

« Arrêtons :

« Article premier. — Les enfants X..., atteints de rougeole, maladie transmissible, seront transportés immédiatement à l'hospice général de Saint-Brieuc, pour y être mis en traitement dans le local dit « des Isolés ».

« Le véhicule servant au transport des malades sera désinfecté à son retour.

« Art. 2. — M. le commissaire de police est chargé de l'exécution du présent arrêté qui servira de titre d'admission à l'hospice. »

On sait les travaux de M. Paul Juillerat sur les maisons tuberculeuses de Paris ; on nous a assuré que certaines maisons de Saint-Brieuc pourraient porter le même qualificatif de « maisons maudites ». De plus, on nous a assuré que certaines maisons sont plus particulièrement atteintes par la fièvre typhoïde, sans qu'on puisse incriminer leur alimentation en eau. Nous donnons cette indication sous réserves, le temps nous ayant manqué pour procéder à une vérification.

Saint-Brieuc ne possède pas encore, mais possédera bientôt un casier sanitaire ; des tableaux sont dressés à présent où figurent les maisons où l'autorité communale doit le plus souvent intervenir.

En résumé, on peut dire que si bien des efforts sont encore à réaliser, la plus louable énergie a été déployée pour donner satisfaction à la loi de 1902.

L'initiative privée ne restait pas d'ailleurs inactive et plusieurs « Gouttes de lait » se sont formées qui ont notablement amendé les tableaux de mortalité infantile.

A. Fillassier.

Nouveau sérum antisyphilitique. — M. Champagne, préparateur de bactériologie à la Faculté de Bordeaux, a inoculé il y a quelques années à des singes le microbe de la syphilis. Continuant ses recherches, il serait arrivé à isoler et cultiver le microbe de la syphilis. Ce microbe atténué injecté à des singes, ces derniers contractent une syphilis plus bénigne qui guérit facilement par les traitements ordinaires. Le sérum de ces animaux serait alors doué de propriétés immunisantes.

Un gramme de sérum, pour dix kilogrammes d'être vivant, suffirait pour traiter un malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 mars 1906.

Les effets de l'ingestion de la tuberculine.

MM. Calmette et Breton lisent une note sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif. La tuberculine ingérée produit les mêmes effets qu'inoculée sous la peau chez les animaux tuberculeux, et elle peut être ainsi toxique pour les animaux sains, surtout lorsqu'ils sont en bas âge.

En en faisant ingérer une petite quantité aux sujets suspects, on peut obtenir la réaction fébrile habituelle. Cette méthode permettra facilement d'établir le diagnostic des tuberculoses douteuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mars.

Analyse de l'air des mines.

M. N. Gréhant a fait des recherches analytiques sur le grisou et donne les résultats obtenus par les analyses du mélange de formène et d'air dans le grisoumètre à eau, le grisou contenant 9 0/00 de formène. Or 1/50 de formène donne une réduction de 22 divisions ; 1/100 de 11 divisions, 1/500 de 2.4 divisions et 1/1000 de 1.1 division. Des analyses répétées de l'air des mines permettraient donc de prévoir l'augmentation de formène et de lutter efficacement contre le grisou, ce grand ennemi de l'humanité.

Mucus des entérites.

MM. J. Roux et Riva. — Le mucus trouvé dans les fèces au cours de l'entérite ne vient pas uniquement du gros intestin, comme l'affirment les auteurs allemands. Au moyen d'une fistule du jejunum, les auteurs ont pu constater que le mucus formé à ce niveau passait dans les fèces et ne se différenciait pas du mucus du gros intestin, d'ailleurs le mucus se digère difficilement et passe presque intact dans l'appareil digestif.

Bilirubine du sérum sanguin.

MM. Gilbert et Herscher ont pratiqué le dosage cholémimétrique dans 23 cas d'asystolie d'origine variable et ont trouvé comme proportion moyenne 0 gr. 24 pour l'ensemble de la masse sanguine. La cholémie varie d'intensité suivant la cause de l'asystolie. Elle est plus intense dans la congestion du foie liée aux lésions valvulaires, elle est plus faible en cas d'emphysème pulmonaire, et plus marquée lorsque la myocardite scléreuse est causale, sans doute à cause de la néphrite interstitielle amenant l'augmentation des pigments biliaires du sérum. La cholémie s'accuse dans la cachexie cardiaque et atteint 1/3000, dans les 3 cas observés.

Ces divers degrés de cholémie rendent compte des aspects divers d'ictère constatés dans l'asystolie. Le plus souvent. la résorption biliaire reste modérée, les pigments biliaires sont transformés par le rein totalement en urobiline ; l'ictère est achlorurique et prend l'apparence hémaphéique du fait de la rareté de l'urine. Dans quelques cas, la cholémie est accusée, une partie de la biliburine passe telle quelle dans l'urine ; l'utérus est biliphéique.

Dosage de l'acide urique.

M. Rouchèse indique la technique à suivre pour appliquer à l'urine son procédé de dosage de l'acide urique.

L'acide urique est préalablement isolé sous forme d'urate d'ammoniaque en additionnant 100 cent. cubes d'urine de 15 cc. d'ammoniaque et de 15 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque et laissé en contact une demi-heure. On le dose ensuite à l'aide d'une solution titrée d'iode en se mettant dans les conditions qu'il a indiquées.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars.

La Mortalité tuberculeuse.

M. Chauffard résume avec une grande clarté, d'un côté les avantages scientifiques de la déclaration obligatoire, de l'autre ses difficultés pratiques Une formule atténuée n'exigeant la déclaration et la désinfection qu'après tout décès supprimerait les principales objections.

L'idée de M. Vallin de se limiter aux cas dangereux pour l'entourage est intéressante mais peu pratique, car on tombe dans l'arbitraire le plus absolu.

La loi sanitaire actuelle a grand besoin d'être réformée et perfectionnée. Elle s'attaque à des maladies relativement rares et néglige complètement les plus grands fléaux modernes : *tuberculose, alcoolisme, maladies vénériennes.*

M. Lancereaux insiste sur le rôle prépondérant du terrain dans la tuberculose. Quant à la contagion, quelques mesures de propreté suffisent pour en mettre à l'abri. La déclaration obligatoire lui semble par suite bien excessive. Ce qui est nécessaire c'est surtout :

1° En distribuant partout de l'aïr et de la lumière ; en instruisant les populations de la nécessité de la propreté et d'une hygiène convenable.

2° En prenant les mesures propres à diminuer, et mieux encore, autant que faire se peut, à supprimer l'alcoolisme.

Ce sont là, les mesures prophylactiques les plus propres à triompher de cette affection.

Les moyens curatifs ne doivent pas non plus être négligés, et celui que nous plaçons en première ligne est la création de sanatoriums, non pas aux environs de Paris ou sur les bords de la mer, mais dans des lieux élevés et abrités, en Savoie ou en Suisse, à une altitude de 1400 à 1800 mètres, au milieu du froid, ce grand stimulant de la nutrition, et des neiges qui, réfléchissant les rayons du soleil, placent le malheureux tuberculeux dans un bain d'air et de lumière à peu près constant.

M. Landouzy apporte un argument des plus sérieux sur le rôle de la contagion en donnant le résultat d'une enquête qu'il vient d'achever sur un groupe de 257 ouvriers d'une industrie à poussière (menuisiers, emballeurs et parqueteurs). Cette enquête comprend cinq années d'observations à la clinique de l'hôpital Laënnec : elle a montré que chez ces ouvriers exposés aux poussières de bois contaminé, la morbidité par tuberculose atteignait 30 0/0 environ et la mortalité 7 0/0. Ces chiffres sont relativement élevés, mais ils restent bien en-dessous de ceux fournis par l'industrie du blanchissage, où la morbidité atteint 50 0/0 et où la tuberculose tue 75 0/0 des malades atteints. Les poussières bacillifères du linge sale restent donc de beaucoup l'agent de contamination le plus actif de la tuberculose professionnelle. A ce sujet, M. Landouzy fait remarquer que les résultats de son enquête lui permettent de dire à quelle âge une blanchisseuse devient tuberculeuse. Il faut quinze ans de métier pour qu'une robuste fille, qui a débuté vers 17 ou 19 ans, soit terrassée par le mal ; vers 32 à 34 ans, elle est finie ! Pour les hommes, qui n'ont pas les mêmes causes d'affaiblissement physiologique, la résistance est plus prolongée et dure environ (quand toutefois l'alcoolisme intensif n'intervient pas) de quinze à vingt ans.

Méningites et surdi-mutité.

MM. Marchand et Castex étudient trois cas de surdi-mutité, dus à des lésions de méningites anciennes.

D'après Flechsig, le nerf auditif est le dernier à se myéliniser. Il y a peut-être là une raison anatomique pour que les méningites déterminent souvent la lésion des centres trophiques périphériques des nerfs auditifs.

Conclusions : 1° Ces trois cas de surdi-mutité étaient manifestement dus à des méningites anciennes ayant entraîné l'atrophie des neurones auditifs.

2° Le grand nombre des surdités congénitales donne à penser qu'il existe des réactions inflammatoires méningées de la vie intra-utérine, dues sans doute à la présence de toxines dans le sang de la mère.

3° L'importance de la méningite dans l'étiologie de la surdi-mutité est confirmée par l'anatomie pathologique comme par la clinique.

Modifications chimiques du lait de femme sous l'influence de l'extrait de grai..es du cotonnier.

M. Gilbert présente un travail de M. Barlerin montrant l'augmentation notable et rapide des éléments nutritifs du lait (beurre et caséine) sous l'influence de cet extrait. Grâce à cette augmentation, l'allaitement naturel deviendra souvent possible, car ce moyen peut rendre le lait de la mère non seulement meilleur, mais plus abondant.

Les amyotrophies articulaires.

M. Rochard montre l'importance et la fréquence des atrophies musculaires consécutives aux arthrites. Il insiste, pour prévenir une infirmité souvent grave, sur la nécessité d'un traitement précoce et suffisamment prolongé.

Les maladies contagieuses dans les stations balnéaires.

M. de Ranse montre les dangers spéciaux créés par l'encombrement au moment de la saison, dans beaucoup de stations thermales et balnéaires. Il montre les difficultés réelles pour la prophylaxie. Celles-ci ne pourraient être surmontées qu'en donnant aux médecins et aux maires des pouvoirs plus étendus.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1906.

Sur un symptôme rare de compression thoraco-abdominale : le masque ecchymotique.

M. Villemin analyse une observation adressée à la Société par M. Morestin. Il s'agit d'un enfant de quinze ans dont le thorax fut comprimé par une charrette.

Après une courte syncope, l'enfant revint à lui en ayant toute la face ecchymosée, violette, bien que le traumatisme ne portât nullement sur le visage.

Au bout de quelques jours, la teinte violette disparut et comme il n'y avait aucune autre lésion, l'enfant guérit complètement.

Cette ecchymose faciale survenant à la suite d'un traumatisme lointain est utile à connaître ; elle éloignera l'idée d'un traumatisme direct à laquelle on est tenté de penser en face d'une violente ecchymose faciale. La pathogénie de ce symptôme est discutée. M. Villemin adopte l'opinion de Millner qui met l'ecchymose faciale sur le compte de l'effort considérable que font les blessés afin d'éviter la violente pression qu'ils subissent. L'effort augmente la pression intra-veineuse à tel point que les tuniques vasculaires cèdent, d'où ecchymose.

Anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux sous-claviers guéri spontanément huit mois après son apparition.

Le cas a été communiqué à la Société par M. Pluyette, de Marseille.

Torsion de l'épiploon dans un cas herniaire.

Cette complication rare des épiplocèles a été observée par Schmid, de Nice ; l'observation est rapportée par M. Guinard. MM. Tuffier, Broca, Mauclaire, ont observé des cas analogues.

Périsigmoïdite d'origine ovarienne.

Observation de M. Michaux.

Technique de l'hystérectomie abdominale totale.

M. Chaput a employé, dans 49 cas, une technique spéciale : ligature des ligaments larges en étages à l'aide de la pince-trocart spéciale de l'auteur ; surget au catgut sur la tranche vaginale postérieure ; drainage du bassin par le vagin ; péritonisation par suture du lambeau vésico-utérin à l'anse sigmoïde.

Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars.

Rupture de l'aorte par endocardite ulcéro-végétante.

M. Bergé présente le cœur et l'aorte d'un homme de 24 ans. mort subitement d'une rupture de l'aorte intrapéricardique due à une endocardite ulcéreuse intéressant l'orifice aortique. La perforation s'est faite en arrière de la valvule sigmoïde gauche et s'ouvre dans le sinus de Valsalva. Le péricarde contenait 1,250 gr. de sang. Cette complication de l'endocardite est extrêmement rare.

Colonies familiales de vieillards.

M. A. Marie expose le fonctionnement de la colonie familiale des vieillards et infirmes de la Seine à Lurcy (Allier). Cent vingt malades ont pu être assistés dans cette colonie au prix de 1 fr. 35 par jour et par tête.

M. Siredey recommande ces institutions pour faciliter le désencombrement des hôpitaux parisiens.

M. Dufour voudrait ne pas voir placés ainsi les malades qui ont besoin de soins médicaux et M. Bergé fait la même distinction entre chroniques infirmes et chroniques malades, lesquels derniers doivent être soignés dans un hôpital. MM. Carnot et Ménétrier désirent également qu'on fasse cette sélection.

Œdème aigu de la langue.

M. Galliard rapporte deux cas d'œdème aigu de la langue, œdème qu'il qualifie d'idiopathique, parce qu'il ne dépend ni d'une inflammation, ni d'une intoxication, ni d'autre cause locale connue. Ce sont soit des œdèmes névropathiques, soit des œdèmes inflammatoires arrêtés avant la suppuration.

Le premier malade, bacillaire au 2e degré, présente une tuméfaction considérable de la langue et du plancher buccal, accompagnée de troubles fonctionnels prononcés et de température Une saignée locale par scarification profonde de la face inférieure de la langue arrêta l'évolution de l'œdème et le malade guérit en cinq jours. Le deuxième malade guérit également en 4 jours par le même traitement.

M. Balzer a observé un cas semblable chez un syphilitique en traitement sans trace de stomatite. Mais ce malade fit une pneumonie avec albuminurie.

M. Danlos a vu apparaître ces œdèmes à la suite du traitement ioduré.

M. Bernard a vu éclater un œdème lingual unilatéral à la suite d'un refroidissement. La guérison fut obtenue par les diurétiques et les compresses chaudes.

Cancer de l'ampoule de Vater.

MM. Carnot et Xavier rapportent l'observation d'un cancer de l'ampoule de Vater intéressant par certains détails cliniques et anatomo-pathologiques. Début par douleurs épigastriques et ictère continu et progressif par rétention. L'exploration fonctionnelle de la sécrétion du pancréas démontra l'absence du suc pancréatique dans le duodénum, et ces rétentions biliaires et pancréatiques permirent de localiser l'obstacle au niveau de la portion terminale des canaux cholédoque et de Wirsung. La vésicule fournit à la ponction un liquide de rétention, dû probablement à la compression du cystique par des ganglions.

L'autopsie vérifia le diagnostic. L'ampoule de Vater était volumineuse et de son orifice sortait une touffe de villosités. Le canal de Wirsung était oblitéré par un néoplasme développé dans sa paroi inférieure, le cholédoque était comprimé. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer villeux ayant son origine dans les cellules épithéliales du canal de Wirsung. et dans la profondeur le néoplasme présenta le type de l'adéno-carcinome.

Friedel.

[illegible] de l'État civil. — M. le Dr Weil, médecin de l'As[illegible] médicale du XVIe arrondissement, vient d'être nommé médecin de l'Etat civil du même arrondissement en remplacement de M. le Dr Barbe.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 15 mars 1906.

Présentation d'un enfant ayant une paralysie faciale spontanée.

M. Bonnaire. — L'enfant, né spontanément, présente une paralysie faciale persistant encore au 12e jour, le crâne est légèrement asymétrique. L'auteur estime qu'il y a eu, du fait d'une inclinaison forte de la tête (le bassin de la mère étant légèrement vicié), compression du facial par l'épaule, au niveau de sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

M. Bar rappelle qu'il y a eu d'autres cas de paralysie spontanée chez le nouveau-né. Il aurait tendance à croire, en pareil cas, à une compression de la région faciale par le promontoire.

Lésion traumatique chez un enfant après accouchement dans un bassin rachitique.

MM. Brindeau et Guéniot. — Des pressions avaient déterminé des escharres ; de plus. il y avait à la naissance un peu de paralysie faciale, bien qu'on n'ait fait aucune intervention.

Présentation d'un enfant ayant un crâne asymétrique.

M. Brindeau. — L'accouchement avait été spontané ; le frontal gauche très aplati semble atrophié.

De la cystoscopie chez la femme enceinte.

MM. Bar et Luys. — Cette cystoscopie est très aisée. Elle servira à déterminer les déformations de la vessie au terme de la grossesse : celle-ci, quand elle est vide, apparaît comme une sorte de bonnet de coton coiffant le segment inférieur, et ayant 3 prolongements, 1 supérieur et 2 latéraux. Ces poches latérales se vident avec grande difficulté. Le trigone vésical se trouve plié transversalement rendant un peu spéciale la recherche des orifices urétéraux. Cette disposition de la vessie explique la production et la ténacité des infections vésicales.

Des lésions du foie en cas d'hémorragie rétro-placentaire.

MM. Bar et De Kervilly. — On trouve des lésions hépatiques rappelant exactement celles de l'éclampsie. Dans ces conditions, l'hémorragie rétro-placentaire deviendrait un des incidents de l'éclampsisme, au même titre que les hématuries du foie et les hémorragies méningées.

M. Brindeau a vu, dans ces cas, des lésions histologiques du placenta semblables à celles du placenta éclamptique.

Fausses urines sanglantes ; fausse cystite membraneuse au cours d'une pyélite suppurée chez une femme enceinte. Rôle de l'ammoniurie dans la production de ce phénomène.

MM. Bar et Daunay. — Au moment de l'émission les urines sont rosées avec un dépôt de pus ; puis, au bout de quelque temps, l'urine se reposant en vase prend une teinte pourpre, et le dépôt prend un aspect rappelant le fromage. Cette couleur pourpre est due à la murescine se développant sous l'influence de la fermentation ammoniacale. Cette fermentation ammoniacale a dû commencer dans les voies urinaires. En augmentant artificiellement l'ammoniurie par adjonction d'ammoniaque, on fait apparaître le phénomène immédiatement. En donnant à la femme de l'acide phosphorique et en lavant la vessie, on supprime la coloration rosée de l'urine lors de son élimination. L'examen cystoscopique de la vessie montra l'existence de 2 poches latérales contenant du pus accolé à la muqueuse vésicale, et simulant de fausses membranes. Il y a probablement d'autres cas où des urines sanglantes ne l'étaient pas réellement.

Présentation d'un bassin sacro-coxalgique.

MM. Brindeau et L'Hirondel. — A la suite d'une cranioclasie très pénible, la femme mourut emportée par une péritonite. Le bassin a la déformation oblique ovalaire typique.

Un cas de déformations congénitales multiples.

M. Maygrier. — La vessie est extrêmement développée ; l'anus est imperforé, et le rectum vient se terminer par un cul-de-sac dans la vessie. Le rein droit, petit, atrophié, ne possède pas d'uretère.

M. Bar insiste sur l'oligo-amnios que l'on observe en pareil cas. Ce fait prouve une fois de plus que la grande source du liquide amniotique est la sécrétion rénale du fœtus.

Bons résultats du traitement mercuriel dans certains cas de sclérème.

M. Kauffmann. — L'apparition du sclérème marchant bien avec la nutrition défectueuse liée à la syphilis, le traitement mercuriel doit, en pareil cas, donner de bons résultats; de fait, c'est ce que prouve la clinique. Cyrille Jeannin.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 mars 1906. — Présidence de M. Comby.

Arthropathies suppurées dans la maladie de Parrot.

M. Marfan. — L'enfant dont il s'agit dans cette observation est maintenant âgée de 9 mois ; elle est née à terme, d'une femme de 27 ans, fille-mère abandonnée, qui ne peut donner de renseignements sur la santé du père de la petite malade. Six semaines après sa naissance, malgré les bons soins de sa mère et nourrice, l'enfant commença à manifester une sensibilité très grande se traduisant par des cris au moindre mouvement imprimé, et à présenter des signes croissants de paralysie des quatre membres. L'inertie des membres était complète quand la petite malade fut amenée à l'hôpital, peu de temps après le début de ces accidents. Les deux membres inférieurs étaient en flexion, avec gonflement considérable des genoux, surtout du droit, et ces deux articulations présentaient une fluctuation nette qui indiquait l'existence d'un épanchement. Le coude droit était sensiblement gonflé, les deux bras, inertes comme les jambes, offraient tous les caractères de la pseudo-paralysie de Parrot. D'ailleurs, pas de lésions viscérales. L'état général de l'enfant était tel que M. Marfan, et M. Broca, à qui il la fit voir quelques jours après son entrée, désespéraient tous deux de la guérison. L'enfant fut soumise au traitement spécifique par les frictions mercurielles à la dose de 2 grammes par jour, et, sous l'influence de ce traitement, on eut la satisfaction, d'abord inespérée, de voir l'enfant guérir complètement. On a fait plusieurs ponctions du genou droit, lesquelles ont donné du pus qui ne contenait ni spirochètes, ni aucune autre espèce de microbes.

L'enfant, que M. Marfan fait voir à la Société, est maintenant un beau bébé qui a récupéré toutes les apparences de la santé la plus satisfaisante. Les suppurations observées dans les arthropathies syphilitiques de ce genre ont été rapportées, par la plupart des auteurs, à une infection surajoutée à l'infection syphilitique ; l'observation actuelle montre que le syphilome articulaire peut aboutir à lui tout seul à suppuration, sans intervention d'un autre microbe.

M. Comby a vu récemment, à sa consultation, un enfant qui, en même temps que tous les signes de la maladie de Parrot, présentait une grosse tuméfaction fluctuante de l'épaule. Malgré tous les autres signes, il se préoccupa tout spécialement de cet épanchement articulaire, au point qu'il crut bon de demander à ce sujet l'avis de son collègue, M. Aug. Broca. Celui-ci n'hésita pas à rattacher la lésion scapulaire à la même cause que les autres symptômes, c'est-à-dire à la maladie de Parrot, et le traitement spécifique par les frictions, institué aussitôt par M. Comby, procura une guérison rapide. M. Comby insiste, à ce propos, sur l'efficacité constante des frictions dans les cas de ce genre, et leur donne, à tous les points de vue, la préférence sur tous les autres traitements.

Cicatrices de la varicelle.

M. Marfan présente une fillette chez laquelle on constate des cicatrices d'un aspect particulier, consécutives à une varicelle, et bien différentes des cicatrices d'ulcérations et de grattage. Ces cicatrices se montrent sous trois formes, dont deux seulement existent sur la petite malade présentée : les unes sont des taches blanches, achromiques, sans dépression ni saillie, sans aspect chagriné de leur surface ; les autres sont des taches pâles comme les précédentes, mais saillantes et légèrement gaufrées ; la troisième forme ou variété, intermédiaire entre les deux premières et la tache violacée de la varicelle récente, est constituée par des taches blanches au centre, avec une zone de pigmentation périphérique. Ces taches semblent durer pendant un temps assez long ; cependant elles ne sont pas indélébiles, car jamais M. Marfan ne les a observées chez des adultes.

Mme Nageotte-Wilbouchewitch cite le cas d'une jeune fille chez qui elle a observé une varicelle il y a 12 à 15 ans, et qui aujourd'hui encore porte des taches analogues à celles que décrit M. Marfan.

Sur une variété d'incontinence d'urine.

Mme Nageotte-Wilbouchewitch fait une communication sur une variété assez commune, d'après elle, *d'incontinence d'urine chez les enfants*, laquelle incontinence d'urine est provoquée et entretenue par les pratiques maladroitement dirigées que l'on met en œuvre sans prétexte d'habituer les enfants à être propres de bonne heure. On les expose plus ou moins longtemps le ventre et les membres inférieurs à l'air pour les provoquer à uriner, recommençant souvent à bref intervalle en cas d'insuccès ; l'enfant, sous l'influence du froid auquel il a été exposé, urine bientôt après dans ses vêtements, nouvelle cause de refroidissement ultérieur, et ainsi de suite, de telle sorte qu'une espèce spéciale d'incontinence s'établit ainsi, laquelle a ceci de particulier, qu'elle cesse la nuit quand l'enfant n'a pas à subir les refroidissements qui provoquent ses mictions diurnes. Le traitement comporte une réglementation bien ordonnée de tentatives faites pour accoutumer l'enfant à uriner à intervalles réguliers quand on le place sur le vase, et à lui changer son linge aussi souvent que besoin en est pour parer à l'inconvénient des refroidissements par les langes baignés d'urine : c'est, en somme, une rééducation à faire, et pour la personne qui soigne l'enfant avec un zèle intempestif et maladroit et pour l'enfant lui-même, dont il faut reprendre l'éducation fonctionnelle jusque-là mal dirigée.

Arrêt de développement, microcéphalie.

M. Variot présente un enfant de 8 ans, atteint d'arrêt de développement général et régulier, avec microcéphalie. Cet enfant pèse seulement 12 kil. 300, poids inférieur de beaucoup à la moyenne de son âge ; il n'a que 44 centimètres de périmètre thoracique. Il y a là une hypotrophie générale, que M. Variot a pu suivre depuis la naissance de l'enfant, car celui-ci a été depuis lors un client de son dispensaire, et il a pu suivre attentivement et en détail toutes les particularités de son développement. Cet enfant n'a jamais manqué de rien, a toujours été très bien alimenté et bien soigné par sa mère, âgée maintenant de 47 ans, qui est bien portante et n'a aucune tare. Il est né débile, est resté débile, au point qu'il ne pesait que 5 kilogrammes à un an, et il continue, malgré tous les soins, à rester bien au-dessous des limites du développement correspondant à son âge. Cet état de choses reconnaît pour seule cause appréciable l'influence héréditaire d'origine paternelle : le père, viveur, alcoolique et tuberculeux, est mort à 50 ans ; le grand-père paternel, également alcoolique et viveur, était mort à 42 ans. Des frères et sœurs de l'enfant, au nombre de 6, 3 sont morts : une fille, coxalgique, à 28 ans, une autre, atteinte de mal de Pott, à 18 ans, un 3e d'entérite, à 12 mois ; les deux autres, dont l'aîné a 23 ans, survivent en bon état de santé. C'est donc l'hérédité paternelle qui peut et doit être mise en cause dans ce cas, pour expliquer l'état de dystrophie du petit malade dont il est ici question.

Résistance globulaire chez l'enfant à l'état normal et au cours de la rougeole.

MM. Lesné et Gaudeau. — Dans la majorité des cas, au début des fièvres éruptives (scarlatine, varicelle, rougeole), la résistance globulaire est augmentée, sauf dans la rubéole où elle reste normale. — Dans la rougeole, la résistance globulaire est ordinairement redevenue normale à la fin de l'éruption. Le maintien de son accroissement doit faire craindre une complication. En effet, dans les rougeoles compliquées d'accidents pulmonaires, la résistance globulaire reste augmentée pour les cas suivis de guérison, mais elle retombe au contraire à la normale pour les cas à évolution fatale. Les variations

de la R. G. peuvent donc, dans une certaine mesure, montrer le degré de résistance de l'organisme et renseigner sur le pronostic de la rougeole.

M. Guinon présente une enfant de 12 ans, atteinte *d'adipose généralisée, avec hypertrichose et type masculin* très accentué. Cette enfant, qui a maintenant 12 ans, avait toutes les apparences d'une très gentille fillette jusqu'à l'âge de 10 ou 11 ans, mais depuis un an environ, elle a subi un changement considérable à son désavantage, et offre l'aspect d'un adolescent masculin, déformé par une obésité précoce, avec une hypertrichose abondante ; en même temps, son intelligence a sensiblement diminué. Elle n'est pas réglée. Les seins sont bien saillants, sans exagération de volume. Le clitoris est très développé, on constate une forme un peu anormale des grandes lèvres et l'existence d'un petit orifice vulvaire avec hymen; on ne perçoit rien dans l'épaisseur des grandes lèvres. Il ne semble pas que ce cas puisse être considéré comme imputable au myxœdème : la question d'hermaphrodisme est également soulevée, mais non tranchée, jusqu'à plus ample examen. M. Guinon a eu déjà cette enfant dans son service il y a 2 ans, pour une diphtérie grave, pour laquelle elle fut traitée par des injections de sérum et le tubage; les parents n'ont pas manqué de rendre la sérothérapie responsable des troubles trophiques ultérieurement survenus. La nature exacte de ces troubles n'est pas encore nettement établie, néanmoins M. Guinon a cru devoir commencer un traitement thyroïdien.

Ch.-H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séances du mardi 16 janvier et du 20 février 1906.

Présidence de M. Jules Voisin.

Crises de sommeil hystérique.

M. Barbier. — Une femme de 47 ans, cuisinière, est trouvée endormie sur la voie publique ; des agents essayent en vain de la réveiller; elle ne sort de son sommeil qu'au bout de trois jours. C'est la septième fois en deux ans qu'elle tombe ainsi, subitement, sans connaissance dans la rue. Chaque crise survient pendant la période cataméniale ; la première a eu pour cause une grande frayeur. Pendant ces crises, la menstruation n'est nullement troublée ; les fonctions de nutrition sont notablement ralenties, l'alimentation nulle pendant plusieurs jours, les mictions très rares. Les sensibilités spéciales ont conservé toute leur intégrité ; par contre, l'anesthésie cutanée est presque complète, à part deux zones d'hyperesthésie (oculaire et ovarienne). Le blépharospasme constitue le seul phénomène nettement hystérique ; tous les muscles, sauf ceux des paupières, sont en résolution complète. Ces crises de sommeil ne durent que quelques jours ; elles représentent l'équivalent d'une attaque d'hystérie clonique et rentrent dans la variété apoplectique.

M. Paul Farez. — L'anesthésie généralisée, l'immobilité absolue, les contractures musculaires, la suspension de l'alimentation et des excrétions sont des caractères que l'on attribue aux cas types de sommeil hystérique. Leur coexistence, loin d'être générale, est plutôt rare. En clinique courante, on constate tantôt la présence, tantôt l'absence de quelques-uns de ces grands signes classiques. Chaque cas comporte ses variations individuelles. Ainsi, chez Gésine, l'ouïe est totalement suspendue, la vue et le tact sont obtus, le goût est normal et l'odorat considérablement hyperesthésié. Quant au réveil, il peut avoir lieu, non pas brusquement, mais par une restauration progressive des diverses sensibilités inhibées, comme chez Argentina. Parfois aussi l'on constate, pendant les sommeils, une indigence à peu près complète de signes somatiques : ainsi Argentina était dans un état permanent de résolution musculaire aussi bien que Gésine ; d'ailleurs, de loin en loin, Argentina présentait seulement une contracture passagère de la langue. De même, loin de ne manifester et de ne satisfaire aucun besoin, Gésine s'agite et, par des mouvements appropriés, manifeste sa faim, sa soif, ainsi que ses besoins d'uriner et de déféquer ; elle manifeste aussi parfois son mécontentement : quand on lui donne à manger, elle mastique et déglutit : elle rejette même les aliments qui lui déplaisent. De même que toute autre manifestation de la grande névrose, le sommeil hystérique ne saurait comporter une symptomatologie univoque.

M. Jacques Bertillon. — On peut se demander dans quelle mesure des actions suggestives sont intervenues dans la création et l'entretien de ces états pathologiques. Quand on se trouve en présence d'hystériques très suggestibles, il faut se défier de la suggestion. La moindre parole inconsidérée leur trace une ligne de conduite et elles s'y conforment automatiquement.

Dr Bérillon. — L'observation de M. Bertillon est très juste. Tous ceux jusqu'à la connaissance de l'influence de la suggestion, qui ont observé des hystériques les ont influencées sans s'en douter.

La qualité de la voix dans la pratique de la suggestion.

M. Gallia. — La qualité indiquée est le timbre clair, mordant, incisif, qui, en plus du choc vibratoire produit, grave fortement le mot de l'idée. Mais ce timbre, qui résulte du renforcement des vibrations laryngées par la résonance thoracique, dépendant de dispositions physiologiques assez rares, il est possible d'y suppléer par la diction claire. Cette diction s'obtient spontanément dans les voix couvertes en atténuant le timbre et en augmentant l'intensité de l'expiration. On dispose ainsi d'une sorte de voix, confidentielle très précise par le coloris exact des voyelles et la vibration forte des consonnes, qui est susceptible de donner au mot et à l'idée le maximum d'affirmation et d'énergie.

M. Bérillon. — La culture de la voix est une des questions les plus importantes qui se posent dans la pratique de la psychothérapie. On ne conçoit pas un bègue, un homme à la parole hésitante ou embarrassée, faisant de la suggestion. Pour hypnotiser pour convaincre, pour suggérer, il faut s'exprimer avec clarté, avec précision, avec autorité. Qu elque peu d'éloquence naturelle n'est pas inutile; aussi la question de la culture et de l'adaptation de la parole à la pratique de la psychothérapie doit rester à l'ordre du jour de la Société.

Mutisme hystérique guéri en une séance de suggestion hypnotique.

M. Damoglou (du Caire). — Mme F., âgée de 29 ans, a de fréquentes crises convulsives, causées par des pleurs, des discussions, des émotions quelconques. Déjà, il y a 4 ans, au sortir d'une crise convulsive, elle perdit complètement l'usage de la parole ; au bout de 15 jours, grâce à l'hypnotisme, elle put, de nouveau, parler comme par le passé. Il y a quelques mois, après une crise convulsive causée par une discussion, elle est, une fois encore, incapable d'articuler une parole. Je l'hypnotise. Pendant son sommeil, je lui fais prendre un médicament psychique auquel ma suggestion confère une grande puissance thérapeutique et, au réveil, cette femme est totalement guérie de son mutisme.

Examens de convulsionnaires au XVIIIe siècle.

M. de Coynard communique et commente les procès-verbaux médicaux sur lesquels s'appuient l'ordonnance royale de 1732 pour prescrire la fermeture du cimetière de Saint-Médard. Les médecins et chirurgiens commis par le roi pour examiner les prétendus convulsionnaires concluent unanimement que leurs mouvements et contorsions n'ont rien de convulsif ni de surnaturel, mais sont absolument volontaires.

Peut-on provoquer l'accouchement par la suggestion hypnotique ?

M. Bonjour (de Lausanne). — Un certain nombre d'observations et d'expériences m'ont permis de formuler les deux conclusions suivantes : 1° dans le cas où l'on peut mettre la femme en somnambulisme, elle accouchera le jour suggéré, à la condition de faire tomber ce jour, au plus tôt, huit jours avant la date fournie par le calcul et l'examen. Le médecin ne devra pas s'éloigner de l'accouchée avant que la dilatation ait commencé ; 2° Si l'on n'a pas eu le temps d'obtenir, ou si l'on ne peut obtenir une hypnose somnambulique, on pourra cependant, sans être sûr de provoquer l'accouchement au jour suggéré, faire qu'il commence pendant la nuit et que la période de dilatation et d'expulsion n'ait lieu que le lendemain, pendant le jour.

Borborygmes guéris par la suggestion hypnotique.

M. le Menant des Chesnais. — Une jeune bonne souffrait, depuis plusieurs mois, de borborygmes tellement intenses qu'on les entendait d'une pièce voisine. Ils persistent pendant le sommeil nocturne. Pendant la journée ils rendent cette jeune fille presque incapable de faire son service, surtout celui de la table. Ils ne sont nullement douloureux. A part une timidité et une émo-

tivité excessives, on ne constate aucun stigmate d'hystérie. Cette jeune bonne est hypnotisée ; les borborygmes continuent, pour diminuer bientôt sous l'influence de la suggestion verbale et de la suggestion armée ; au bout de quelques séances, ils ont disparu pendant la journée, mais persistent la nuit ; finalement, ils disparaissent tout à fait. Depuis lors, toute émotion violente les fait réapparaître, mais ils ne durent pas plus que l'émotion elle-même.

A propos de la définition de la suggestion.

M. Louis Favre. — La *définition de chose* doit être provisoirement laissée de côté ; elle ne peut être donnée que lorsque la science est assez avancée. C'est la définition du mot qui peut aider au développement de la science. La suggestion pourrait être définie : l'action de provoquer un état de conscience (sensation, idée, sentiment, volition), que cet état de conscience soit accompagné ou non d'un acte extérieur qui lui corresponde. Ce sens très général est, en quelque sorte, un genre dans lequel il convient de faire rentrer toutes les formes connues de la suggestion; celles-ci doivent être considérées comme des espèces et désignées, ainsi qu'on le fait en sciences naturelles, par deux mots, par exemple, suggestion. hypnotique, etc.

M. Bérillon.— Un des mots qui apportent dans nos études le plus de confusion est celui de suggestion. On l'emploie à tort et à travers. Tantôt il est envisagé comme cause et tantôt comme effet. La suggestion est la parole qui sort de la bouche de l'hypnotiseur c'est aussi le phénomène qui se réalise dans le cerveau de l'hypnotisé. C'est absolument comme si on se servait du même mot pour désigner le fusil, le projectile et la blessure qu'ils déterminent. Autant le mot hypnotisme caractérise un mot nettement défini, celui du sommeil provoqué (à des degrés plus ou moins profonds, comme dans le sommeil ordinaire dont la profondeur varie également), autant celui de suggestion est obscur. Il conviendrait de se montrer un peu plus révolutionnaire et de recourir à des mots nouveaux, plutôt que de subir, par routine, des mots qui n'ont aucune signification précise.

La Société décide de réunir bientôt la Commission de la terminologie.

Le repos et le travail intellectuel.

M. Lionel Dauriac. — Quand on cherche une solution, qu'on s'endort et qu'on la possède au réveil, on a l'habitude de dire qu'on l'a trouvée pendant son sommeil. Ce n'est là qu'une explication purement verbale. Quand je fais un effort pour retrouver un souvenir, il n'aboutit jamais, tant que dure la tension intellectuelle ; quand l'effort a cessé, le souvenir ne tarde pas à surgir spontanément. De même, je serais porté à croire que les succès obtenus au réveil résulteraient d'une sorte de déclanchement automatique, grâce à la détente et au repos qu'apporte le sommeil et non en vertu d'un travail intellectuel continué pendant le sommeil.

REVUE DE CHIRURGIE

I.— Le diagnostic des maladies chirurgicales du rein ; par le Dr Hartmann. (Compte-rendu de la Soc. int. de Chirurgie. Congrès de Bruxelles.)

Il faut attacher une grande importance à l'interrogatoire et à l'anamnèse qui permettent souvent d'arriver à un diagnostic que l'examen physique ne fait que préciser. Le palper est le mode d'exploration le plus important ; on peut le faire dans le décubitus dorsal, dans le décubitus latéral, etc. Pour les petites tumeurs, il faut recourir à la manœuvre dite de ballottement. Contrairement à ce qu'on croyait autrefois, le ballottement n'est pas spécial aux tuméfactions du rein. Toute tumeur, prenant le contact lombaire, peut le donner. L'auteur l'a constaté dans des tumeurs du côlon, de la face inférieure du foie, de la rate, du pancréas. Le ballottement rénal a son maximum lorsqu'on déprime l'angle costo-vertébral, tandis que le ballottement des autres tumeurs se constate surtout par des pressions exercées dans l'espace costo-iliaque. Pour arriver au diagnostic des tumeurs développées dans un rein ectopié, on a conseillé de faire le cathétérisme de l'uretère, combinant même ce cathétérisme avec la radiographie (en mettant un fil de plomb dans la sonde). Depuis longtemps, M. Hartmann enseigne qu'il est beaucoup plus simple de placer le malade en position élevée du bassin. La tumeur reste dans le segment sous-ombilical du ventre s'il s'agit d'une tumeur génitale ; elle se place dans l'hypochondre s'il s'agit d'une rate ; elle prend le contact lombaire s'il s'agit d'un rein. Les tumeurs, nées dans la partie supérieure de l'abdomen et descendues dans le bassin par l'effet de la pesanteur, retournent par l'effet de la même pesanteur à leur point de départ lorsqu'on élève le bassin. La percussion permet de constater la présence de l'intestin au-devant de la tumeur ; ses résultats, quelquefois peu nets, quand le côlon est aplati, deviennent évidents lorsqu'on insuffle l'intestin. La radiographie, importante lorsqu'elle donne un résultat positif (certains calculs), ne permet aucune conclusion lorsqu'elle est négative. L'auteur n'a pas l'expérience de la cryoscopie sanguine, dont la valeur est, du reste, contestée. Au contraire, il accorde une certaine importance à la recherche de la manière dont se fait l'élimination du bleu de méthylène. Il n'accepte cependant pas l'opinion de ceux qui pensent qu'en présence d'une lésion manifeste d'un rein et d'une élimination normale de bleu, on peut affirmer l'intégrité de l'autre rein. Il a observé des faits montrant le danger qu'il y aurait à se fier à une pareille hypothèse. On a aujourd'hui le devoir de recueillir simultanément et séparément les produits d'excrétion de chacun des deux reins. Inutile de recourir au cathétérisme de l'uretère ; on y arrive très simplement avec le séparateur construit par M. Gentile pour son assistant. M. Luys. Plus de 300 séparations, faites actuellement dans notre service, montrent que cette simple séparation intra-vésicale est toujours suffisante. Il suffit de voir les urines absolument claires d'un côté, sanglantes, ou purulentes de l'autre, pour être convaincu de l'étanchéité de l'instrument. Une heure et demie avant de faire la séparation, on injecte un centigramme de bleu sous la peau, puis on examine les urines recueillies à un triple point de vue, intensité de la coloration, analyse chimique, examen histo-bactériologique.

La séparation a encore l'avantage, mieux que le cathétérisme, qui ouvre l'uretère, de permettre de préciser la manière dont se fait l'arrivée de l'urine dans la vessie, et, par suite, la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins. Il suffit quelquefois de soulever un rein, au cours de la séparation, pour voir immédiatement arriver par la sonde correspondante un flot de liquide. Avec ces moyens simples d'examen, tout chirurgien peut, sans aucune éducation spéciale faire un diagnostic précis et n'opérer qu'à bon escient, ne risquant pas de voir, comme cela arrivait autrefois, des néphrectomisés mourir d'insuffisance rénale.

II. — La Chirurgie réparatrice de la face, par le Dr Depage, de Bruxelles. (C. R. du Congrès fr. de chir. rapport.)

M. Depage a divisé son étude sur la réparation de la face en deux parties. La première est consacrée à l'examen des procédés généraux de réparation faciale et aux règles générales d'autoplastie applicables à la chirurgie de la face ; l'auteur insiste particulièrement ici sur les greffes de Thiersch et sur la prothèse intra-dermique par injection de paraffine. Dans la seconde partie de son rapport, il envisage successivement les procédés principaux de réparations chirurgicale et prothétique des anomalies congénitales et acquises des paupières, du nez, des lèvres (y compris la palatoplastie), des joues, des mâchoires et des grandes pertes de substance de la face étendues à plusieurs régions ; les deux derniers chapitres sont relatifs au traitement des lésions nerveuses de la face et des malformations de l'oreille externe.

L'auteur insiste sur les inconvénients qu'il y a souvent à vouloir toujours terminer en une seule séance des réparations parfois très compliquées ; il montre qu'il ne faut pas s'entêter dans des interventions de ce genre et qu'il vaut mieux y revenir à plusieurs reprises pour tirer de l'intervention le maximum de bénéfice. Le rapport se termine par les conclusions suivantes : La chirurgie reparatrice de la face comporte des méthodes diverses dont l'indication est assez nettement établie dans tel ou tel cas particulier ; les greffes conviendront spécialement dans certaines déformations des joues et des paupières et pour la cicatrisation des régions,

d'emprunt ; les différentes variétés d'autoplastie (française indienne, italienne) seront appliquées suivant des règles assez précises, pour la rhinoplastie, la cheiloplastie, la blépharoplastie ; les prothèses serviront surtout avec avantage pour éviter les déformations consécutives aux pertes de substance des mâchoires. De façon générale, nous pouvons dire aussi que certaines régions sont susceptibles de réfections très satisfaisantes, notamment les paupières et les lèvres, tandis que, pour d'autres organes et spécialement pour le nez, les résultats sont encore inconstants et des recherches nouvelles s'imposent. A côté des procédés anciens de restauration, nous avons eu à signaler l'apparition d'un certain nombre de méthodes nouvelles : les greffes cartilagineuses et osseuses, les opérations purement cosmétiques, les injections de paraffine, la neurorraphie, les prothèses immédiates, la combinaison de l'autoplastie avec la prothèse réparatrice. Mais si nous avons pu marquer, çà et là, des préférences, noter des indications plus ou moins précises pour tel ou tel procédé, esquisser des règles de technique, nous avons toujours relevé, comme caractère dominant, la variabilité excessive des méthodes de traitement et la part considérable laissée dans chaque cas à l'originalité et à la spontanéité du chirurgien. C'est cette circonstance qui rend la chirurgie réparatrice de la face si difficile et ses résultats si incertains : mais c'est elle aussi qui lui confère l'intérêt prépondérant qu'elle suscite et qui cause la satisfaction profonde que nous procure toujours la réussite complète d'une réparation faciale.

III. — Sur le diagnostic des lésions chirurgicales des reins, par le Dr Bazy. (C. r. de la Soc. int. de chir. Congrès de Bruxelles, 1905).

M. Bazy estime que tout praticien qui voudrait étudier et observer son malade peut être à même de faire le diagnostic d'une lésion chirurgicale infectieuse des reins, non pas seulement quand les lésions sont très avancées, mais même quand elles sont minimes et à leur début, alors que le diagnostic est peut-être le plus important, et cela, sans avoir recours aux procédés particuliers préconisés comme seuls permettant ce diagnostic, et nécessitant l'emploi d'instruments dont le maniement n'est pas à la portée de tout le monde : d'autre part leur emploi peut être rendu impossible, soit par l'état du canal, soit par celui de la vessie. Les signes cliniques suffisent le plus souvent à ce diagnostic, et ceux-là sont à la portée de tout le monde. M. Bazy n'insiste pas sur les signes connus depuis longtemps : 1° hypermégalie rénale ; 2° douleur spontanée dans la région lombaire avec irradiations et crises plus ou moins violentes ; 3° polyurie trouble ; 4° pyurie abondante, qui sont le plus souvent des signes de lésions anciennes et confirmées. L'auteur ne parle que des signes du début, mais qui, à plus forte raison, peuvent être observés dans les formes plus avancées. Le plus important est la *pollakiurie nocturne*, et pollakiurie absolue ou *relative*, *pollakiurie comparative* ; c'est un signe d'autant plus important, que les symptômes des lésions infectieuses des reins, qu'elles soient simples ou tuberculeuses, simulent à s'y méprendre les symptômes de la cystite-pyurie, pollakiurie, douleur terminale et même hématurie. Mais dans la cystite, la pollakiurie n'est que diurne, elle n'est pas nocturne.

Les autres symptômes sont tirés de l'étude de la douleur provoquée, et alors on trouve en haut du pôle du rein : 1° Le *point paraombilical* ou *urétéral supérieur*, situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et d'une verticale passant par le point de Mac-Burney, mais bien distincte de lui ; il est quelquefois, mais rarement, situé plus en dedans. La pression détermine quelquefois une douleur vers la vessie : c'est le réflexe pyélo-vésical ; 2° Le point sous-costal au-dessous du rebord costal ; 3° Le point lombaire déjà connu.

En bas, on trouve le point *urétéral inférieur* au niveau de l'abouchement de l'uretère dans la vessie, perceptible facilement par le toucher vaginal chez la femme, et qu'on détermine par la pression au-dessus de l'une ou de l'autre corne prostatique chez l'homme. Quelquefois la pression détermine l'envie d'uriner (réflexe urétéro-vésical) ou une douleur dans le rein (*réflexe ascendant* ou *vésico-rénal*). Les moyens instrumentaux peuvent et doivent être souvent employés ; mais déjà le diagnostic est assuré auparavant : le plus souvent, ils ne font que le confirmer. Tous les moyens proposés pour déterminer la valeur fonctionnelle des reins, et en particulier celui du rein supposé sain, ont été successivement abandonnés, preuve qu'ils n'étaient pas bons. L'épreuve de la polyurie expérimentale, dernière venue de cette série, appartient aussi bien aux reins malades, ainsi que le montrent des chiffres qui ont été indiqués dans ma communication. En tout cas tous ces moyens supposent la possibilité de faire la séparation de l'urine des deux reins, ce qui n'existe pas toujours. L'épreuve du bleu de méthylène a toujours donné satisfaction, et c'est la plus sûre.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. Tuberculose inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires; par MM. Antonin Poncet et René Leriche (d'après une communication à l'*Académie de médecine*, du 19 mars 1906).

La doctrine du rhumatisme tuberculeux, formulée il y a quelques années par M. Poncet, est aujourd'hui, en dehors de tout conteste. A son apparition, elle fut accueillie avec un certain scepticisme. Vivement discutée au début, elle fut bientôt vérifiée par l'observation journalière et contrôlée par l'expérimentation. Comme l'a dit, l'année dernière, J. Tessier, dans son rapport au Congrès de Liège, « le rhumatisme tuberculeux ne soulève plus que des controverses d'ordre secondaire ».

Abandonnant, pour le moment, le terrain clinique, MM. Poncet et Leriche envisagent les lésions articulaires et osseuses que l'on rencontre dans les manifestations de ce nouveau rhumatisme infectieux. Ils rappellent, tout d'abord, qu'il est *la localisation articulaire de la tuberculose inflammatoire*, c'est-à-dire *d'une modalité de lésions tuberculeuses, qui ne font pas leur preuve par l'anatomie pathologique*. C'est là ce qui le différencie, avant tout, des manifestations, jusqu'ici décrites, de la tuberculose articulaire classique.

Il ne faut donc pas le confondre avec les tumeurs blanches bénignes, avec la carie sèche de Volkmann, avec toutes les tuberculoses atténuées dont les néoformations spécifiques signent la nature. Il n'y a, entre ce groupe de lésions et le rhumatisme tuberculeux, qu'un seul point commun, leur origine tuberculeuse. Le comprendre ainsi, ce n'est pas en restreindre les limites, c'est le renfermer sur son véritable terrain.

Quant au déterminisme pathogénique exact de pareilles lésions, macroscopiquement et histologiquement banales, il est assez difficile à établir. Les travaux remarquables d'Auclair, les expériences d'Armand Delille, de Jousset, de Bernard et Salomon, d'Oppenheim et Loeper, etc., les recherches de L. Dor, de Dieulafoy, de Griffon, de Braillon, d'Arloing, etc., tendent toutes à cette notion capitale en l'espèce : *Avec le bacille de Koch, il est expérimentalement possible d'obtenir des inflammations simples, à marche aiguë ou chronique, se terminant par résolution ou par sclérose*. Cette détermination, par le Laboratoire, de la tuberculose inflammatoire trouve sa justification dans les lésions anatomiques du rhumatisme articulaire tuberculeux, lésions qui sont des *lésions inflammatoires, simples, courantes*. Qu'il s'agisse du rhumatisme aigu, subaigu, chronique, le processus est le même, c'est un processus purement inflammatoire, sans caractères spécifiques.

Parfois, cependant, on saisit, du côté des ligaments, des tissus fibreux péri-articulaires, comme une ébauche vers la spécificité. Il est alors tel groupement cellulaire, telle vascularisation anormale, etc., qui évoquent l'idée de la tuberculose classique (L. Dor). Le rhumatisme tuberculeux aigu offre deux évolutions différentes, subordonnées à deux localisations anatomiques : *Une, à prédominance synoviale, hydropique, guérissant par récupération intégrale des fonctions*. (Exceptionnellement le bacille de Koch a été trouvé dans les exsudats). *L'autre, à prédominance péri-articulaire et osseuse, sèche, plastique, ankylosante d'emblée*. Quant au rhumatisme tu-

berculeux chronique (1), il se présente, sous les mêmes formes et avec les mêmes caractères anatomiques que le rhumatisme ordinaire, que le rhumatisme vrai.

MM. Poncet et Leriche lui considèrent deux formes : une forme *atrophique, raréfiante*, une forme *plastique, hyperostosante*. A la première forme appartiennent les raréfactions osseuses, les médullisations plus ou moins étendues, qui s'accompagnent d'ostéomalacie, partielle, diffuse. Comme dans des processus infectieux autres que le bacillose, la moelle osseuse a un aspect fœtal, une coloration rouge, carminée. C'est une moelle d'infection, processus de défense très probablement, se traduisant par des caractères identiques à celui décrit par Josué dans sa thèse sur la moelle des tuberculeux, par Roger, dans son remarquable *Traité des maladies infectieuses*. Ce ramollissement osseux, dans lequel, malgré sa nature tuberculeuse, on ne trouve encore aucun élément spécifique, permet de comprendre, d'interpréter toute une série de déformations ostéo-articulaires survenant pendant l'adolescence : pieds plats, valgus douloureux, scoliose, coxa-vara, genu valgum, etc., qu'il faut rattacher, dans nombre de cas, à l'infection tuberculeuse. Ce chapitre des ostéomolacies d'origine bacillaire constitue une des parties les plus intéressantes de la communication de MM. Poncet et Leriche. Les lésions du rhumatisme chronique, noueux, déformant, celles de l'ostéo-arthrite sèche (morbus coxæ senilis et autres) sont ensuite décrites avec grand soin.

Elles sont tout à fait superposables à celles qui ont été attribuées autrefois au rhumatisme ordinaire et qui ont été si magistralement décrites par Cruveilhier, Broca, Charcot, Cornil et Ranvier, etc.

La similitude, dans les deux cas, des altérations pathologiques est telle que MM. Poncet et Leriche émettent cette opinion, très vraisemblable, en raison de la fréquence du rhumatisme chronique tuberculeux, que l'anatomie pathologique des arthropathies chroniques dites rhumatismales a été faite avec des pièces d'arthrites d'origine tuberculeuse. Plusieurs figures donnent une bonne idée de ces déformations articulaires et osseuses. Nous signalerons plus particulièrement celles qui ont trait au rhumatisme tuberculeux ankylosant, dont le type Marie est représenté par deux ankyloses complètes, deux synostoses absolues des deux hanches.

La fusion entre les têtes fémorales et les cavités cotyloïdes est telle que l'ensemble forme un bloc osseux, sans aucune ligne de séparation.

A la fin de leur communication, MM. Poncet et Leriche s'expriment ainsi :

Si maintenant, nous essayons de synthétiser ces différentes notions, nous voyons que le rhumatisme articulaire tuberculeux, qu'il soit mono, oligo, polyarticulaire, qu'il soit partiel, qu'il soit généralisé, revêt, anatomiquement, deux formes : aiguë et chronique. Dans la première, deux modes d'évolution sont possibles : une évolution hydropique ; une évolution sèche et plastique. Dans la deuxième, on trouve deux groupes principaux de lésions. Les unes relèvent d'un processus raréfiant, comme la polyarthrite déformante, les autres d'une inflammation hyperostosante, périphérique et localisée (arthrite, sèche, sénile), ou totale (arthrite ankylosante). Il s'agit là de phénomènes, purement inflammatoires, indifférents, aussi bien à l'examen microscopique qu'à l'œil nu, et néanmoins, de nature tuberculeuse.

Telles sont les conclusions qui découlent des faits que nous avons exposés. Elles montrent, nous l'avons spécifié dès nos premières recherches, que le rhumatisme tuberculeux n'est rien autre que la forme ostéo-articulaire de la tuberculose inflammatoire.

Dès lors, celle-ci nous apparaît susceptible de prendre, sur le squelette, trois modes évolutifs capables de se combiner diversement. *Elle peut produire : de la raréfaction osseuse, de l'hyperostose, du ramollissement osseux* (ostéomalacie partielle, diffuse).

C'est ici plus qu'un simple groupement didactique, car, transportée dans le domaine clinique, cette notion nous paraît devoir être d'une portée considérable et singulièrement extensive. Si l'on songe que les malades porteurs de telles tuberculoses, peu virulentes, frustes, abortives, sont aussi peu tuberculeux que possible, tout au moins pendant un temps plus ou moins long ; que leur foyer infectieux, le plus souvent latent, doit être cherché, on pensera volontiers que bien des lésions inflammmatoires indéterminées, dans lesquelles ces différents processus sont diversement combinés, ont très vraisemblablement la tuberculose comme premier agent. C'est qu'en effet, les ostéomalacies partielles permettant des déformations localisées, guérissant finalement par ostéite condensante, sont légion, et leur nature est jusqu'ici restée mystérieuse.

Ainsi se trouve visé, pour ne parler que des os et des articulations, tout ce vaste groupe des maladies chirurgicales de l'adolescence, expliquées, pour les uns, par le rachitisme tardif ; pour les autres, par une surcharge et un excès de travail. Ces deux théories, l'une dystrophique, l'autre mécanique, on les retrouve partout en présence, pour le pied plat douloureux, pour le genu valgum, pour la coxa-vara, pour la scoliose, etc. ; en un mot, pour toutes les déformations ostéo-articulaires de l'adolescence, dites encore, déformations essentielles de la croissance. On n'a guère songé à leur origine tuberculeuse possible. Seule la tuberculose inflammatoire permet de le faire.

On a noté cependant, fréquemment, la coïncidence de l'ostéomalacie, généralisée, vraie, et de la tuberculose. Certains auteurs même (Paviot et G. Mouriquand) (1) ont insisté sur le parallélisme d'évolution. D'après ce que nous avons observé dans le rhumatisme tuberculeux, nous pensons qu'il ne faut pas voir là des séries morbides parallèles, mais deux manifestations, seulement de siège différent : l'une viscérale, l'autre, squelettique, d'une infection commune, par le bacille de Koch.

Appliquant cette donnée aux nombreuses lésions du squelette, dans lesquelles un processus de ramollissement précède l'ankylose, dite de guérison, ou l'ostéite condensante terminale, nous nous sommes efforcés, depuis quelque temps, de chercher la tuberculose larvée chez de tels malades. Nous l'avons souvent trouvée et nous avons déjà fait connaître plusieurs observations (2) : de pied plat valgus douloureux, de scoliose, etc., non pas seulement chez des tuberculeux, mais bien de nature tuberculeuse.

Dans le même ordre de faits, nous avons examiné récemment une jeune bacillaire atteinte d'une subluxation progressive des deux poignets, réalisant un beau type de la maladie de Madelung, etc. Aussi nous considérons aujourd'hui : *que les différents types de maladies ostéo-articulaires de la croissance que les déviations ostéo-articulaires des adolescents, sont fréquemment d'origine tuberculeuse.*

Démontrer cette origine bacillaire pour l'une d'entre elles, pour la tarsalgie de Gosselin, par exemple, c'est évoquer cette même étiologie, pour toutes les autres maladies similaires de l'adolescence, que tous les cliniciens réunissent dans une même pathogénie, et qu'il n'est pas rare, du reste, de rencontrer associées sur un même sujet.

Pour nous, le rachitisme tardif n'existe pas. Ce n'est qu'un processus inflammatoire quelconque, qui passe par deux étapes : ostéomalacie, puis ostéite condensante. La première de ces étapes permet de comprendre le rôle des causes mécaniques et commence la théorie de la surcharge. La seconde explique la fixation définitive des lésions, leur guérison définitive, avec des déformations spontanément incurables, quand le processus infectieux est éteint. Tel est le syndrome anatomo-clinique. Toute infection peut le réaliser (staphylococcienne d'après Frœhlich). Nous estimons que, la plupart du temps, le bacille de Koch est seul en cause.

(1) Le rhumatisme tuberculeux chronique est loin d'être rare. Dans leur important article : *Rhumatismes chroniques*, du Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, J. Teissier et G. Rocque estiment que, 50 *fois sur* 100, le rhumatisme chronique est de nature tuberculeuse.

(1) *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, juin 1903.

(2) L. Thevenot et Gauthier. — *Revue d'orthopédie*, 1905, et les thèses de Martin, de Molimard, Lyon, 1905.

On voit quel est le champ étendu de la tuberculose inflammatoire dans ses localisations squelettiques. Le rhumatisme tuberculeux n'en est qu'une forme ostéo-articulaire. Les maladies de la croissance et nombre de processus ostéomalaciques en sont d'autres exemples. Mais, nous le répétons, il ne faut pas s'attendre à trouver, alors, des lésions, articulaires, osseuses, virulentes, ou de graves localisations viscérales. La tuberculose inflammatoire se voit, surtout, chez des tuberculeux à *minima*, porteurs de tuberculoses latentes qu'il faudra dépister, avec peine quelquefois, le diagnostic précoce n'en sera pas inutile.

MÉDAILLONS MÉDICAUX

Les transfuges de la médecine;

Le Dr Paul MOUNET


Cliché de l' « Illustration. »

Ainsi que nous l'avions annoncé, nous continuons notre voyage chez les *transfuges* de la médecine Nous étions allé voir le Dr Deval, la semaine dernière, cette semaine nous rendons visite à M. Paul Mounet. Comme au directeur de l'Athénée nous avons demandé au sociétaire de la Comédie-Française ses impressions sur la médecine et la profession médicale.

Combien de médecins avouent avec peine qu'ils habitent au cinquième étage! Comme il leur serait facile d'éviter cet ennui en logeant chez Molière ! le Dr Mounet habite en effet l'étage Préville — c'est ainsi que l'on compte à la *Maison*. Nous avons donc été à l'étage Préville, où très aimablement, M. Mounet nous a reçu ; et une fois le motif de notre visite connu il nous fixa un rendez-vous.

A la sortie du Conservatoire, je me retrouve donc avec le nouveau légionnaire (car tout le monde sait que M. P. Mounet a été récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur) qui vient de faire son cours...

— Je reviens de tournée je suis encore fatigué, nous dit le maître, mais vous voyez, il faut cependant reprendre le boulet : je sors du Conservatoire pour aller répéter... et toujours la même chose. Nous pourrons cependant causer un instant. »

Nous nous installons dans un café sur les boulevards... Un soleil ironique envoie par instant des bouffées de chaleur à la pluie, vieille dame que la désinvolture de ce fumeur importun trouble dans ses idées tracassieres.

« Ce n'est pas par vocation «*médicale*» que j'ai fait ma médecine. C'est par besoin d'action. En effet, j'ai voulu successivement préparer le *Borda*, *Saint-Cyr*, puis m'engager. J'étais attiré par les péripéties de la vie de marin ou d'officier, mais pendant une période de vacances, je me laissais influencer par ma famille contraire à mes desseins. Je me contentai de passer mes baccalauréats et je commençai ma médecine, c'était en effet la profession dont les caractères se rapprochaient le plus des précédents. Cependant la guerre éclatait, j'étais versé dans les infirmiers... Mais à la nouvelle de la formation d'un corps de mobiles dans mon département, je voulus le rejoindre. Avec mes compatriotes je fis toute la campagne je gagnai mes galons et lorsque la triste paix fut signée j'étais officier, j'aurais pu y rester et il s'en fallut de peu. Je repris cependant ma médecine, mais en approchant de la fin, je m'inquiétais de plus en plus de savoir si j'étais bien prêt à la lutte, si j'étais digne d'être médecin. Mon frère, un certain nombre d'amis étaient au théâtre, et m'engageaient à les suivre. Aussi peu de temps après ma thèse passée au mois d'août 1880) *sur la congestion pulmonaire alcoolique*, j'allai à l'audition de l'Odéon, je fus admis dans ce théâtre et depuis j ai toujours continué dans cette carrière.

M. Mounet pense que les études médicales sont peut-être les plus difficiles à bien faire. Cependant elles ont un avantage, car quoique paraissant très spéciales, elles préparent à tout. Un médecin pourra devenir ingénieur, professeur, avocat avec une grande facilité alors que le contraire n'a pas lieu. Le baccalauréat ouvre la porte des études, la médecine celle de la vie.

....?

Non, je n'ai pas l'occasion d'exercer, et en outre je ne puis à cause de mes trop nombreuses occupations. Je ne puis même pas me tenir au courant de ce qui se fait dans la profession que je voudrais aujourd'hui avoir pu exercer. Car je regrette beaucoup de n'avoir pas fait réellement de médecine.

J'ai grande confiance dans l'avenir de la médecine, surtout dans la bactériologie. Un événement douloureux de ma vie, la mort de ma fille, a attiré mon attention très vivement sur cette question..... D'autres points dont on parle beaucoup aujourd'hui, comme la syphilis, auront selon moi des solutions beaucoup plus simples que l'on croit ; ainsi pour cette terrible maladie je pense que la circoncision serait non pas un curatif, mais un préservatif très sérieux. L'étude attentive de maintes questions donnera, je crois, des résultats dont la simplicité étonnera tout le monde.

Puis M. Mounet nous parle du théâtre. La médecine n'a pas eu d'influence sur le choix de son genre au théâtre, d'ailleurs l'exposé de sa biographie en est la preuve.

— Cependant je ne dis pas que la médecine ait toujours été pour moi séparée du théâtre ; j'ai eu quelques fois l'occasion de recourir à mes connaissances médicales pour l'étude de rôles de malades, pour rendre une scène de mort.

....?

Oui, j'ai déjà remarqué et déploré cette surabondance, cette pléthore de médecins, mais c'est partout la même chose, au théâtre, au barreau..... C'est la faute de la diffusion de l'instruction. Cependant au théâtre si l'instruction a eu l'inconvénient d'envoyer un excès d'artistes, elle a eu l'avantage de relever leur niveau. Pour en revenir aux médecins, je crois que dans cette grande lutte ils ont une supériorité : celle d'avoir appris ce qu'est la vie et d'être aptes à tout entreprendre. Grâce à leur expérience, à leurs connaissances, ils pourront lutter mieux qu'un acteur, un ingénieur, car ils pourront devenir tout cela sans que la réciproque soit vraie.

....?

Certainement, je referais la médecine s'il fallait recommencer.

Et lorsque je prendrai ma retraite, je commencerai à disséquer le système nerveux et à étudier les maladies mentales qui m'intéressent particulièrement. Puis M. Mounet nous fait part de ses projets, il nous dépeint son futur intérieur, son cabinet de travail qui saura le retenir et lui faire aimer ses livres....

— Mais excusez-moi, interrompt-il tout à coup, l'heure passe et je dois aller répéter le *Burgraves*.......

Marcel B.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort prématurée de M. le Dr Phisalix, assistant au Muséum d'histoire naturelle, un de nos plus anciens et distingués collaborateurs. M. Phisalix avait abandonné la médecine militaire pour s'adonner complètement aux recherches biologiques.

Dans un de nos prochains numéros, nous consacrerons un article à la biographie de ce savant distingué, dont le décès est une perte irréparable pour les sciences naturelles françaises.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, par jour.

VARIA

L'alcoolisme et ses dangers.

Vers la fin de décembre 1902, une affiche de couleur blanche fut placardée sur tous les murs de Paris. Elle portait, comme en-tête: « République française, Liberté. Egalité, Fraternité. — Administration de l'Assistance publique ». Puis venaient ces mots, en grosses lettres : « L'alcoolisme et ses dangers ». Suivait un extrait du procès-verbal de la séance du Conseil de surveillance de l'Assistance publique du 18 décembre 1902. Le président de la corporation des marchands de vin et liquoristes de Paris assigna tout aussitôt devant le tribunal de la Seine, en un franc de dommages-intérêts, les signataires de l'affiche, MM. de Selves, Mesureur et Thilloy.

L'assignation soutenait que l'affiche placardée était de nature à porter le plus grave préjudice à tous les commerçants qui vendent les produits si violemment discrédités. Le tribunal, présidé par M. Turcas, a, sur les plaidoiries de Mes Flageul, Raoul Rousset et Ulrich, et après avoir entendu M. le substitut Paul Boulloche en ses conclusions, rendu un jugement d'incompétence, les signataires ayant agi non comme hommes privés, mais comme fonctionnaires de l'Assistance publique « en portant à la connaissance de tous un document d'un intérêt général au point de vue de la santé et de l'hygiène, matières qu'on ne saurait considérer comme étrangères aux attributions de l'Assistance publique, chargée, à Paris, du service des hôpitaux et hospices ». C'est devant la juridiction administrative que la corporation des marchands de vin et liquoristes devra se pourvoir. (*Le Matin.*)

L'hôpital anglais de Nice.

Le 19 mars a eu lieu l'inauguration de l'hôpital anglais du quartier Montboron, construit en souvenir de la reine Victoria.

Le Queen Victoria Memorial Hospital, d'après une correspondance du *Matin*, du 18 mars, comprend deux immeubles : l'un, situé presque en bordure de la route de Villefranche, l'autre, élevé au sommet de la colline, sous les pins. C'est M. Henri Samuelson qui a fait construire ce dernier corps de bâtiment en mémoire de son père, sir Bernard Samuelson. Dans ce pavillon seront isolés les hospitalisés atteints de maladies contagieuses. On y accède par un magnifique escalier taillé dans le roc à coups de mines : composé d'un sous-sol, d'un rez-de-chaussée el d'un étage, il comporte vingt lits. Le bâtiment principal peut recevoir trente malades et a pour dépendance un petit pavillon pour le personnel et l'administration.

La cérémonie a été présidée par la princesse Christian de Schleswig-Holstein, sœur du roi Edouard VII, accompagnée de la princesse Alexandre de Hohenlohe-Langenburg, de MM. Mac Willan, consul d'Angleterre, Joly, préfet des Alpes-Maritimes, général Barbe, gouverneur de Nice, prince Maurice de Hohenlohe, amiral de Fellows, Randon, premier adjoint, de sir Georges White, directeur de l'hôpital ; sir Samuelson, président du comité de fondation, etc.

La fanfare du 24e bataillon de chasseurs a fait entendre le *God save the King* à l'arrivée de la sœur du roi Edouard. L'évêque de Gibraltar, M. Collins, a dit ensuite des prières ; puis des discours ont été prononcés par M. Mac William, sir Georges White et sir Samuelson Après quoi, la princesse Christian, ayant ouvert la porte principale avec une clef en or, pénétra dans l'établissement, dont elle admira fort l'installation ; elle a prié le Comité de l'inscrire comme vice-présidente d'honneur.

La consommation de la glace.

Le conseil d'hygiène a approuvé les conclusions d'un intéressant rapport de M. Laveran sur le commerce de la glace à rafraîchir. Le *Petit Temps* nous donne à ce sujet d'intéressants renseignements :

« Le commerce de la glace, qui se développe de plus en plus à Paris, intéresse à un haut degré l'hygiène publique. Des microbes pathogènes, le bacille de la fièvre typhoïde entre autres, peuvent rester vivants des mois entiers dans les blocs de glace ; par suite, la glace naturelle ou artificielle provenant de la congélation d'une eau souillée est dangereuse si elle est utilisée pour des usages alimentaires.

Une ordonnance préfectorale en date du 13 décembre 1899 a eu pour but de prévenir les dangers que la glace impure fait courir aux consommateurs. Cette ordonnance a produit d'excellents résultats ; dans les prélèvements du laboratoire municipal, la proportion des échantillons mauvais est tombée de 50 0/0 à moins de 10 0/0. Mais cette proportion est encore dangereuse pour la santé publique, et le conseil d'hygiène, après étude de la question, a été d'avis de modifier l'ordonnance de 1899. Sans proscrire pour certains usages la glace naturelle, non stérilisée, il édicte des prescriptions nouvelles en ce qui concerne la glace « alimentaire ». C'est ainsi que le texte nouveau spécifiera :

1° Qu'il est interdit à tous marchands, fabricants, dépositaires ou débitants de glace, cafetiers, limonadiers, restaurateurs, crémiers et débitants de boisson, de vendre ou livrer à la consommation, pour les usages alimentaires, de la glace qui ne donnerait pas, par fusion, de l'eau potable ;

2° Qu'ils ne devront mettre cette substance alimentaire à la disposition de leur clientèle que dans des récipients portant, en lettres très apparentes, les mots : « Glace alimentaire » ;

3° Que les fabricants et dépositaires de glace industrielle et de glace alimentaire devront conserver ces deux sortes de glace dans des locaux entièrement séparés ;

4° Que les véhicules servant au transport de la glace porteront des inscriptions spéciales peintes de chaque côté de la voiture, selon qu'ils seront affectés au transport de la glace alimentaire ou de la glace non alimentaire.

C'est sur ces bases qu'on prépare à la préfecture de police une nouvelle ordonnance dont les prescriptions seraient applicables dès l'été de 1906.

LES CONGRÈS

XVe Congrès International de Médecine

Lisbonne, 19-26 avril 1906.

Croisière des médecins français organisée par MM. les Drs Desfosses et Helme, dirigée par M. Heuzé, secrétaire technique des V. E. M. (Andalousie, Maroc, Portugal, Baléares, Marseille, Malaga, Grenade, Gibraltar, Algésiras, Tanger, Cadix, Séville, Cordoue, Lisbonne, Belem, Cintra Palma). — Départ de Marseille le 8 avril 1906. Retour à Marseille le ... avril 1906. Durée : 23 jours.

But du voyage. — La Croisière est organisée dans le but de faciliter aux Médecins qui se rendent aux Congrès de Lisbonne, à leurs familles et à leurs amis, la visite des principales villes de l'Andalousie et du Portugal, et de leur assurer, à Séville et à Lisbonne, un logement confortable, ce qui sera rendu difficile, à Séville à cause des Fêtes de la Semaine Sainte et de la Foire, et à Lisbonne, à cause du Congrès lui-même. Sont seuls admis à cette Croisière les Médecins, Etudiants en médecine, leurs familles et leurs amis.

En raison de l'époque tardive à laquelle nos amis nous ont priés de nous occuper de cette Croisière, nous n'avons pu

encore arrêter le bateau qui fera le voyage ; mais nous avons le choix entre deux navires d'une installation absolument confortable (condition à laquelle nous tenons essentiellement). Nous ne pourrons décider ce choix que lorsque nous aurons acquis les cent premières adhésions fermes, ce qui sera, nous l'espérons, un fait accompli avant la fin de ce mois puisque nous ne demandons pas d'arrhes et que nous rembourserons ceux de nos Confrères empêchés à la dernière heure. Nous faisons donc un pressant appel à tous nos confrères et à nos amis pour les prier de faire avec nous la propagande la plus active, et à laquelle eux-mêmes sont directement intéressés, s'ils veulent prendre part au voyage. (Nous avons déjà la moitié du chiffre minimum fixé.)

Programme. — *Dimanche 8 avril.* De 10 h. à 11 h. embarquement. Déjeuner à midi. Départ. — *Lundi 9 avril.* En mer ; passage en vue des Baléares. — *Mardi 10 avril.* Vers 4 h du soir arrivée à Malaga. Visite de la ville. — *Mercredi 11 avril.* Le matin, départ en train spécial. Traversée des Gorges d'El Chorro. Arrivée à Grenade ; déjeuner. Visite de la ville basse. Dîner. Coucher. — *Jeudi 12 avril.* Le matin, visite de l'Alhambra, de la Généralife. Déjeuner. Visite des monuments de la ville basse ; du quartier de l'Albacin et du quartier des Gitanos (*facultatif*). Dîner. Départ en train spécial ; arrivée à Malaga à minuit. Embarquement. Départ. — *Vendredi 13 avril.* Le matin arrivée à Algésiras. Gibraltar. L'après-midi, Tanger. — *Samedi 14 avril.* A la première marée, remontée du Gualdaquivir Arrivée à Séville dans la matinée. Visite de la ville. — *Dimanche de Pâques.* Journée facultative à Séville. — *Lundi 16 avril.* Le matin départ en train spécial pour Cordoue. Visite de la ville et de la mosquée. Le soir retour à Séville (*soirée facultative*). — *Mardi 17 avril.* Visite des monuments de Séville : l'Alcazar ; les Jardins ; la Cathédrale ; la Giralda ; les Palais, etc. — *Mercredi 18 avril.* Le matin, descente du Guadalquivir. Visite de Cadix. Arrivée la nuit en rade de Lisbonne. — *Jeudi 19 au jeudi 26.* Séjour à Lisbonne. **Congrès.** Visite de Belem, Cintra et excursions organisées par le Congrès. — *Jeudi 26 avril.* Après la clôture du Congrès, départ. Visite, au passage, d'Almeria et de Palma. — *Lundi 30 avril.* Arrivée à Marseille. Dîner à bord. Dislocation.

Nota. — Les organisateurs se réservent de pouvoir modifier le programme selon les circonstances et pour le mieux de la Croisière.

Prix et conditions. La Compagnie P.-L.-M. accorde une réduction de 50 % sur le prix des places aux adhérents à ce voyage. Sur l'indication de leur point de départ, donnée en s'inscrivant, nous nous chargeons de la demande des billets. Ceux de nos voyageurs qui doivent rentrer de Lisbonne en France par voie de terre, devront, en s'inscrivant *eux-mêmes* au Congrès, demander les titres de transport pour le voyage par terre au Secrétariat du Congrès Nous faisons à ces adhérents une réduction proportionnelle de 10 *francs par jour* sur la nourriture à partir du jour où ils auront déclaré quitter la Croisière à Lisbonne, les autres frais de bateau et de personnel ne pouvant être réduits. Le prix de chaque place de Marseille à Marseille est de 850 francs dont, en principe, 400 francs à payer en adressant son adhésion au Dr HELME, 10, rue de Saint-Pétersbourg, à Paris. Ce prix comprend le transport, la nourriture, les débarquements, les excursions, les trains spéciaux, les entrées et les pourboires. Il ne sera mis que deux voyageurs par cabine. Le voyage ne pourra avoir lieu que si nous recueillons cent adhésions au minimum. et dans le cas où, pour une raison quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourraient prétendre qu'au remboursement des sommes versées. Nous ne demandons pas d'arrhes et les Confrères qui seraient empêchés au dernier moment, par un cas de force majeure, seraient remboursés intégralement. Nous prions donc de s'inscrire sans retard. Chaque voyageur est tenu de s'occuper lui-même de son bagage, en toute occasion. L'organisation de la Croisière décline toute responsabilité pour tous les accidents qui pourraient se produire, de quelque nature qu'ils soient et en quelque lieu qu'ils se produisent. Le voyageur renonce donc par avance à toute réclamation de ce chef contre elle.

FORMULES

XVIII. — Contre le zona.

Badigeonnages avec le collodion suivant :

Acide picrique	0 gr. 75
Cannabine	0 gr. 25
Alcool à 90°	2 gr.
Ether	3 gr.
Collodion élastique	4 gr.

(BROCARD.)

XIX. — Contre l'amygdalite aiguë.

M. le docteur MOLINIÉ, de Marseille, propose un nouveau traitement de l'amygdalite.

Par la bouche grande ouverte du malade on introduit l'index, on pénètre jusqu'à la base de l'amygdale, et remonte en comprimant de bas en haut, du pôle inférieur au pôle supérieur. De cette façon on exprime la multitude de concrétions et résidus septiques, qui remplissent les cryptes et qui, après avoir été la cause de l'inflammation, entretiennent celle-ci.

Le massage fait saigner l'amygdale et cette petite saignée locale aide aussi la guérison.

Cette manœuvre est assez douloureuse, mais, comme elle est de courte durée et que, après une légère exacerbation momentanée de la douleur, elle procure un grand soulagement au malade, nous pouvons la recommander.

Elle est certainement supérieure et plus anodine que le grattage instrumental préconisé il y a quelque temps par les laryngologistes. Un badigeonnage à la glycérine phéniquée 1/100 termine l'opération. M. le Dr Molinié a eu un plein succès chez tous ses malades. FRIEDEL.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

THÈSES. — *Mercredi, 28 mars.* — *M. Ferry* : Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intra-péritonéale par les ligaments ronds dans les rétro-déviations (MM. Terrier, Brissaud, Reclus, Teissier). — *M. Monteil* : Contribution à l'étude du liquide parotidien (MM Brissaud, Terrier, Reclus, Teissier). — *M. De Lastic* : La pathologie mentale dans l'œuvre de Flaubert (MM. Brissaud, Terrier, Reclus, Teissier). — *M. A. Lancet* : La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës (MM. Reclus, Terrier, Brissaud, Teissier)

Jeudi, 29 mars. — *M. Bolot* : Considérations sur le massage abdominal dans les affections du tube digestif (MM. Debove, Joffroy, Hutinel, Achard) — *M. Sagory* : Contribution à l'étude des adénomes sébacés symétriques de la face (MM. Joffroy, Debove, Hutinel, Achard). — *M. Schwartz* : Contribution à l'étude de pleurésies à signes pseudo-cavitaires chez les enfants (MM. Hutinel, Debove, Joffroy, Achard). — *M. Labrevoit* : Tuberculose et adipose (MM. Chantemesse, Roger, Méry, Gouget). — *M. Chevrel* : Bacilles paratyphiques et infections paratyphoïdes (MM. Roger, Chantemesse, Méry, Gouget).

EXAMENS. — *Lundi, 26 mars.* — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Mauclaire, Rieffel. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 1er oral (1re série, Oral) : MM. Terrier, Cunéo, Branca — 1er (oral, 2e série) : MM. Reclus, Sébileau, Macaigne. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Delens, Pierre Duval. — 5e (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Legueu, Proust.

Mardi, 27 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Hartmann, Rieffel. — 3e (2e partie, laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 1er (oral) : MM. Berger, Thiéry, Launois. — 4e : MM. Chantemesse, Robin, Dupré. — 5e chirurgie (1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Le Dentu, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Méry, Renon.

Mercredi, 28 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Rieffel, P. Duval. — 3e (2e partie, laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Legry, Balthazard. — 1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Mauclaire, Macaigne. — 1er (oral, 2e série) : MM. Poirier, Legueu, Cunéo. — 1er oral (3e série) : MM. Segond, Sébileau, Branca. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer, André Broca.

Jeudi, 29 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Guyon,

De Lapersonne, Rieffel. — 3e (2e partie, laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Desgrez, Guiart. — 1er (oral) : MM. Poirier, Launois, Morestin. — 3e (oral,2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Jeanselme.— 4e : MM. Raymond, Vaquez, Langlois.

Vendredi, 30 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Cunéo, Proust. — 3e (2e partie, laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Macaigne. — 1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Legry, Rieffel. — 1er (oral, 2e série) : MM. Reclus, Sébileau, Branca. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Brissaud, Teissier, M. Labbé. — 4e : MM. Pouchet, Déjérine, Richaud. — 5e (Obstétrique, 1re partie, clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 31 mars. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Berger, Thiéry, Auvray.— 3e (2e partie, laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Guiart, Maillard.— 1er (oral, 1re série) : MM. Cornil, Retterer, Marion—1er (oral, 2e série): MM. De Lapersonne, Launois, Morestin. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Thiroloix, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Roger, Méry, Jeanselme. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin, Achard, Bezançon.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 25 février 1906 au samedi 3 mars 1906, les naissances ont été au nombre de 1.248, se décomposant ainsi : légitimes 919, illégitimes 329.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1.068, savoir : 548 hommes et 520 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 28. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 12. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 201. — Tuberculose des méninges : 25. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 71. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 56. — Maladies organiques du cœur : 73. — Bronchite aiguë : 12. — Bronchite chronique : 19. — Pneumonie : 41. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 137. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 8 ; autre alimentation : 7. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0.— Hernies, obstruction intestinale : 7. — Cirrhose du foie : 13. — Néphrite et mal de Bright : 30. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 5. — Débilité congénitale et vices de conformation : 50. — Débilité sénile : 44. — Morts violentes : 36.— Suicides : 18. — Autres maladies : 122. — Maladies inconnues ou mal définies : 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : légitimes 52, illégitimes 23.

Corps de santé militaire.— M. Simonin, méd.-major de 1re cl., est nommé professeur au Val-de-Grâce (médecine légale, législation et administration militaires.

Corps de santé de la marine. — *Mutations.* — M. le méd. de 1re cl. Rolland est dés. pour emb. sur le *Forbin.*

Corps de santé des colonies.— M. Bouet méd.-major de 2e cl. est maintenu à la disposition du ministre des colonies pour faire partie d'une mission en Afrique occidentale. M. Rigaud, méd.-major de 2e cl., est nommé chef du service de santé à la Réunion.

École de médecine de Nantes. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes en date du 17 mars 1906, des concours s'ouvriront le 8 octobre 1906, devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes pour les emplois de chef des travaux de bactériologie et de chef des travaux de chimie à la dite école. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Chronique des hôpitaux.

Concours des prix de l'Internat. — *Médecine.* Le concours s'est terminé le 17 mars, et a donné les résultats suivants : *Médaille d'or* : M. Lœderich. — *Médaille d'argent* : M. Roussy. — *Accessit* : M. Halleron.

Concours de l'Internat. — *Questions données le 17 mars* : Artère poplitée. Fractures de la rotule. — *Le 18 mars* : Structure de la peau. Signes et complications de la rougeole.

La Maternité de Tananarive. — Le 31 janvier, le docteur Villette a donné, dans les locaux et jardins de la Maternité, fondée par ses soins à Tananarive, une fête malgache en l'honneur du trois-millième bébé venu au monde dans son établissement. De nombreux indigènes assistaient à cette fête que le gouverneur général a lui-même honorée de sa présence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

Petzalis et Cosmettatos. — Quelques considérations sur les anencéphaliens. In-8e de 28 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 31 MARS 1906

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Etude clinique sur les parotidites post-opératoires ;

Par **Louis MOREL**,
Interne des hôpitaux.

« La sympathie qui relie la glande parotide aux organes génitaux est d'observation vulgaire ; mais ce qui l'est moins, c'est de voir la chose inverse, c'est-à-dire la sympathie se manifester des organes génitaux vers la parotide. »

Cette remarque de Trousseau, controuvée par quelques auteurs est acceptée par le plus grand nombre. Toutefois, la relation de cause à effet entre le point de départ génital et la réaction parotidienne doit être envisagée dans deux conditions : tantôt la parotidite n'est que la manifestation locale d'une toxi-infection générale ; telles sont les parotidites des cachectiques, des intoxiqués, des infectés, etc.... Il n'est pas exceptionnel de les voir survenir pendant le refroidissement d'une appendicite ou d'une salpingite. Ce premier groupe de faits est bien connu. Mais ce qui l'est moins, c'est la parotidite survenant en dehors de toute infection générale. J'entends infection au sens clinique du mot, chez les malades génitaux. C'est principalement à la suite d'interventions chirurgicales qu'on a observé ces parotidites : et à de très rares exceptions près, il s'agissait toujours d'opérations sur l'appareil génital. Parfois même le traumatisme opératoire, l'infection même atténuée d'origine chirurgicale, n'ont pu être incriminés, et nous rappellerons le fait classique de Peter, cité par Trousseau, dans lequel une parotidite périodique remplaçait la menstruation absente. Voici cette observation :

Le fait a été observé par le Dr Peter pendant qu'il était interne du professeur Gerdy. Le 1er mai 1885, une jeune femme de 22 ans est admise à l'hôpital de la Charité. Elle présente tous les signes d'une violente congestion inflammatoire de la région parotidienne droite il y a tuméfaction et douleurs, mais on ne voit ni rougeur ni fluctuation. Il existe de plus un peu de fièvre et de l'anorexie.

Le mal a débuté, quatre jours auparavant, par une gêne très grande des mouvements de la mâchoire inférieure ; la tuméfaction est survenue une heure après, puis, la douleur.

Mais, ce qui est très intéressant, c'est que la malade raconte avoir eu, un très grand nombre de fois déjà, une semblable affection, qui se manifestait toujours aux époques menstruelles *et les remplaçait*. La malade, assez mal menstruée, est quelquefois plusieurs mois de suite sans voir ses règles, et alors, dit-elle, elle éprouve du mal de tête ; la région parotidienne se gonfle, le plus habituellement à gauche et quelquefois il y a perte de connaissance pendant une heure. Dans tous les cas, la guérison est obtenue promptement par l'application des sangsues et des cataplasmes.

Ce n'est pas tout : plus fréquemment encore que les parotides, et toujours aux époques menstruelles, quand ses règles font défaut, la malade a eu des espèces de thrombus de la petite lèvre gauche, avec vive douleur, impossibilité de la marche, le tout durant quatre ou cinq jours, pour se terminer par une légère hémorragie de la petite lèvre. La malade sortit guérie le 5 mai, et fut admise de nouveau dans le même service le 4 septembre, à une époque qui était rigoureusement celle des règles, et encore avec le même engorgement inflammatoire, du côté gauche, cette fois. Elle disait avoir eu, en juin, un commencement de parotidite ; en juillet, un thrombus de la petite et de la grande lèvres gauches, suivi d'hémorragie assez considérable ; en août, une parotidite, et voici qu'en septembre elle se présentait de nouveau avec accident.

Voici une seconde observation, comparable à la précédente, que nous empruntons à M. P. Dalché. (La *Gynécologie*, août 1903) :

Mme X, âgée de quarante-quatre ans, obèse, neuro-arthritique, arrive à la ménopause. Après les bouffées de chaleur, les irrégularités de la menstruation, elle accuse une absence de règles qui a duré trois mois, puis le sang a reparu, mais il s'est installé un état de neurasthénie singulièrement aggravé par les accidents pour lesquels elle vient me consulter.

Depuis un an environ, elle est sujette à des crises douloureuses qui frappent les régions parotidiennes, recommencent tous les mois environ, rarement deux fois dans le même mois quelquefois au bout de six semaines à deux mois.

Ayant constaté un des accès, il m'est facile de les décrire : une glande parotide devient sensible, puis très rapidement la souffrance augmente, arrive à être très vive et, dans le courant de la nuit suivante ou le lendemain, la seconde parotide se prend à son tour ; cette bilatéralité des accidents n'a jamais manqué. La tuméfaction s'installe très rapidement des deux côtés, avec rougeur, peau luisante et tendue, si bien que, comme apparence, c'est à s'y méprendre, on diagnostiquerait des *oreillons*. Mais il y a très peu ou pas de fièvre, la langue est à peine saburrale, et la malade ne paraît pas res-

sentir une sécheresse de la bouche bien notable. Elle se plaint uniquement de la douleur, qu'elle dit atroce, avec une sensation de distension rapide et intolérable. Heureusement, la crise, au bout de deux à trois jours, diminue et disparaît presque avec autant de rapidité qu'elle est apparue. Mais la répétition des accidents terrifie la patiente et exaspère la neurasthénie de la façon la plus inquiétante.

En dehors de l'obésité, du neuro-arthritisme et de la ménopause, je n'ai à signaler chez elle qu'une très légère métrite chronique pour laquelle elle n'a jamais été soignée. Sa dentition n'est pas défectueuse, la bouche ne présente rien de particulier. Les urines sont normales.

Quel était donc le *diagnostic* à poser ? Evidemment, il ne pouvait s'agir d'*oreillons*, je n'insiste pas. Je me trouvais en présence d'une *poussée fluxionnaire* frappant les parotides, sans fièvre, sans état général : son évolution, rapide et fort douloureuse, demeurait cependant bénigne puisque jamais il n'y a eu menace de suppuration ni de complication quelconque. D'autre part, la fréquente répétition des phénomènes indiquait une cause persistante. En désespoir de cause, étant donné le tempérament de ma malade, j'aurais pu songer à la *goutte* ; mais l'examen le plus minutieux ne m'a pas permis de dépister dans les articulations dans les tissus, pas plus que dans les urines, la moindre trace de la diathèse goutteuse.

Aussi je crois à des poussées fluxionnaires dues à la *ménopause*, se portant sur la parotide.

De tels cas sont certainement rares ; mais leur existence est indiscutable ; les observations de Habran, de Knapp, etc., sont tout à fait comparables à celles que nous venons de rapporter. Il semble bien difficile de faire de cette fluxion parotidienne un accident infectieux distant du foyer initial ; il faut donc admettre qu'à côté des parotidites infectieuses bien connues, il existe des parotidites de causes mal élucidées, mais d'origine génitale ; le type en est fourni par les parotidites post-opératoires qu'on voit survenir chez des femmes ayant récemment subi une opération aseptique sur l'appareil utéro-ovarien. Ces parotidites post-opératoires sont rares, beaucoup plus rares que les quelques travaux dont elles ont fourni la matière tendent à le faire croire. On trouve, en effet, pêle-mêle dans ces travaux, à côté de parotidites post-opératoires indiscutables, de simples parotidites de second plan d'origine infectieuse.

C'est le cas pour la plupart des observations réunies par Goodell, Moricke, Cotterill, Benoit, Morley, etc. Nous avons nous-même failli faire rentrer dans notre cadre une observation dont voici le résumé. Une femme de 24 ans, IIIpare, présentant les symptômes d'une grossesse extra-utérine rompue, est opérée d'urgence par notre excellent collègue et ami René Kauffmann. Six jours plus tard, elle présente, sans la moindre réaction abdominale, une tuméfaction de la région parotidienne gauche, en même temps qu'une brusque élévation thermique et des douleurs violentes ; nous pensons à une de ces parotidites qui font l'objet de cette étude, nous incisons sur la tuméfaction : il s'écoule de la sérosité, les douleurs diminuent et la température baisse ; mais le thermomètre ne tarde pas à remonter malgré l'amélioration de l'état local parotidien, et nous constatons, au huitième jour, sous le pansement abdominal la présence de la sérosité odorante, provenant d'une fistulette stercorale qu'expliquait la très laborieuse libération de solides adhérences au cours de l'intervention. Malgré l'absence de suppuration abdominale, nous ne pouvons retenir ce cas, nettement en rapport avec l'incident intestinal ; et nous avons cru devoir éliminer de la même façon les trois quarts des observations rassemblées. Cette sélection faite, il nous restait 10 cas récents indiscutables, dont un cas personnel. De l'étude attentive de ces observations nous avons essayé de dégager quelques points de l'histoire de la parotidite post-opératoire d'origine génitale, chez des malades cliniquement non infectés ; nous avons, à dessein, passé sous silence l'anatomie pathologique et le traitement de ce groupe de parotidites ; ces chapitres n'offrant aucune particularité, qui justifie ici un développement spécial.

ETIOLOGIE. — La parotidite post-opératoire, telle que nous la comprenons, est très rare. Moricke, utilisant les documents rassemblés par Schrœder, sur deux cents ovariotomies de sa pratique chirurgicale, ne rapporte que 5 cas de parotidite post-opératoire ; sur ces 5 cas, 3 seulement sont probants, les deux autres ne constituent que la localisation salivaire d'infection péritonéo-abdominale. Vincent, de Lyon, déclarait récemment à la Société de Chirurgie de Lyon, à l'occasion d'une communication de Condamin, n'avoir jamais observé de parotidite post-opératoire. Sur les registres du mouvement opératoire de plusieurs services très actifs d'hôpitaux de Paris, nous n'avons pu relever un cas bien net de l'affection qui nous occupe.

Nous croyons donc trop élevés les chiffres de proportion de 1/40 des laparotomies (Schrœder) et même de 1/30 (Slawjansky). On la voit survenir assez longtemps après la laparotomie ; le plus souvent du 6 au 7e jour.

Dans un cas elle débuta le 13e jour (observ. Slawjansky), dans un autre le 4e jour (observ. Chavannaz) : ce sont les chiffres extrêmes.

Les opérées étaient d'un âge assez avancé : la plus jeune avait 31 ans (obs. Morel), la plus âgée 66 (obs. Moricke). Le plus grand nombre sur les dix était dans la phase d'activité sexuelle, mais trois d'entre elles avaient doublé la ménopause. Presque toutes étaient des multipares : une opérée de Schrœder avait eu 10 enfants et 3 fausses couches ; une de Moricke, 9 enfants, une de Slawjansky, 3 enfants.

Peut-être le froid joue-t-il un rôle prédisposant dans l'apparition de ces parotidites ; à l'exception de trois cas (obs. Moricke, Macdonald, Chavannaz), qui évoluèrent en été, tous les autres concernent des opérés d'hiver.

Dans les dix observations rapportées, il s'agit de femmes. Il ne faut y voir, croyons-nous, qu'une simple coïncidence, car Bilroth a observé la parotidite consécutive à l'orchite traumatique, chez 7 malades de sa clinique de Zurich, et Paget en rapporte 3 cas chez ses rétrécis qu'on dilatait.

Mais toujours l'intervention ou maladie initiale affectait la sphère génitale, et plus spécialement la glande génitale, dans les deux sexes.

Le plus souvent unilatérale (7 fois sur 10) et plus fréquemment droite (6 cas sur 10), la parotidite peut être double (obs. Pawloff, Slawjansky, Morel). Du reste, l'infection salivaire peut s'étendre aux autres glandes, sous-maxillaires et sus-linguales, l'observation de Schrœder en témoigne ; mais le cas est extrêmement rare.

La PATHOGÉNIE des parotidites post-opératoires demeure actuellement le point obscur de leur histoire. On a donné bien des explications dont aucune ne résiste à la critique, et le doute subsiste encore non seulement sur la détermination de la cause efficiente mais encore sur le mode d'envahissement (canaliculaire ou sanguin) de la glande infectée.

Quelques auteurs pensent que l'infection est le plus souvent réalisée par la voie canaliculaire ; ce qui est, du reste, le cas ordinaire dans les parotidites en général. On fait valoir ici le mauvais état de la dentition : l'ensemencement buccal par la pince à langue, le tampon monté non stériles du chloroformisateur ; la contusion de la parotide par les tractions exercées sur le maxillaire inférieur au cours de l'anesthésie ; l'absence regrettable de soins buccaux dans les jours qui suivent l'opération ; l'absence, la réduction ou la nature de l'alimentation post-opératoire, qui, en atténuant le travail sécréteur des glandes salivaires, ne permet plus le « coup de balai » salivaire, répété et salutaire dans le milieu buccal ; une exaltation de la virulence des microbes nouveaux de la bouche ; une diminution de la résistance de l'épithélium glandulaire, etc.

Ces vues sont un peu théoriques, et avec Cotterill nous ferons remarquer qu'elles n'expliquent guère la parotidite consécutive à l'application d'un pessaire, à un cathétérisme doux de l'urètre, à une intervention sans anesthésie générale, sur le testicule. Elles n'expliquent pas non plus l'intégralité presque systématique de la sous-maxillaire et de la sub-linguale, qui devraient, au même titre que la parotidite, être infectées par le milieu buccal incriminé.

L'infection parotidienne par voie sanguine a aussi ses défenseurs. A la suite de Stephen Paget, on a admis que le péritoine « servait de trait d'union entre les affections des organes abdominaux et les maladies de l'origine des voies digestives ». Cette explication assez vague est, comme le fait remarquer Chavannaz purement hypothétique, et implique en tous cas le rôle de la voie sanguine. Le rôle attribué au sympathique, dont l'excitation au cours des affections abdominales, se traduirait à distance par des effets excitateurs ou inhibitoires sur la sécrétion salivaire, n'est pas non plus absolument démontré. S'il était acquis que la parotidite post-opératoire est la manifestation éloignée d'une infection très atténuée, anatomiquement indiscutable, mais cliniquement insoupçonnable le rôle transmetteur de la circulation sanguine serait bien vraisemblable. Ce point ne pourra être élucidé que par de nouvelles recherches portant sur l'examen du sang et du tissu glandulaire au cours de parotidites opératoires, et après isolement, par culture, d'un microorganisme trouvé dans le sang et dans la glande Morley.

Alors, il sera démontré que les parotidites post-opératoires rentrent dans le groupe banal des métastases infectieuses d'origine abdominale. Mais, en l'absence de cette preuve, il semble qu'on doive prêter quelque attention à cette hypothèse de Dyball : que la sécrétion de certains organes modifiés (ovaire, testicule) par une affection ou un traumatisme peut mettre les glandes salivaires en état de moindre résistance, et expliquer une infection canaliculaire ou sanguine, irréalisable dans les conditions physiologiques. Cette théorie a au moins le mérite d'expliquer la fréquence relative des paroditites consécutives aux lésions aseptiques des glandes génitales ; alors qu'on n'observe rien du côté des glandes salivaires après une cure radicale de hernie, une amputation, une appendicectomie, une anastomose intestinale, *correctement conduites*.

SYMPTOMES. — Les parotidites post-opératoires offrent certaines particularités symptomatiques. Les prodromes sont mal connus, ce qui tient à la rareté de l'affection et à la tendance très légitime de rapporter, dans les premières heures, tout phénomène alarmant au péritoine traumatisé.

Généralement, vers le 6e ou 7e jour, la température qui jusqu'alors était normale monte, d'ordinaire brusquement, à 39° ou 40° : cette hyperthermie s'accompagne d'un cortège de symptômes généraux (anorexie, fétidité de l'haleine, oligurie, etc.). Ce n'est que le lendemain, ou le surlendemain que la malade attire l'attention sur la gêne légère qu'elle éprouve à mastiquer et à déglutir, et sur l'endolorissement de la région parotidienne. La tuméfaction que l'examen révèle, est peu accusée ; unie ou bilatérale, totale ou partielle, elle est dure, recouverte de téguments normaux, que, dans les premiers jours, le doigt ne déprime pas en godet. Le palper détermine parfois la douleur ; plus souvent il la précise, et la localise à la glande.

En dehors du palper, dans le repos absolu, la région parotidienne devient rapidement le siège de battements pénibles, avec irradiation vers la tempe, la nuque et l'angle du maxillaire.

Les mouvements de la mâchoire redoublent ces sensations douloureuses, la mastication est une souffrance, la déglutition est difficile, la respiration même est quelquefois gênée. L'ouïe peut être émoussée ; les bourdonnements d'oreille sont fréquents.

Lorsque l'abaisse-langue a réussi à vaincre le trismus de la malade, on constate une vive inflammation de la muqueuse buccale, et par l'orifice du canal de Sténon turgescent on voit sourdre parfois un écoulement purulent.

La salive est moins abondamment sécrétée, quelquefois même la sécrétion semble tarie. Rapidement, ces symptômes arrivent au maximum, ils coïncident avec le gonflement extrême de la région parotidienne entraînant une déformation caractéristique du visage.

Une bouffisure d'aspect phlegmoneux étendue à la moitié correspondante de la face enfouit l'œil dans l'œdème, la peau rouge et luisante prend une apparence érysipélateuse. Dans les parotidites bilatérales ; l'aspect est repoussant ; les traits complètement déformés deviennent méconnaissables, la face double de largeur, le cou participant à la tuméfaction répond au type classique du cou proconsulaire. La malade garde précautionneusement sa tête immobile. La palpation locale donne à ce moment des renseignements différents de ceux du premier jour. Sous la peau élastique, le doigt, qui y laisse son empreinte, perçoit parfois une pseudo-fluctuation, une rénitence lointaine, qui dénote la suppuration de la glande. Le godet que la palpation détermine sur la peau parotidienne montre l'abondance de l'œdème, résultat de la compression mécanique de la circulation de retour et aussi de la « thrombose de quelques veines » (Morestin). Les troubles de compression nerveuse sont exceptionnels, pourtant Nélaton et Gillette ont signalé des paralysies définitives, consécutive à la destruction du facial. L'état reste le même pendant quelques jours, généralement trois ou quatre, puis l'affection évolue vers l'une des destinées suivantes :

La *résolution*. Cette terminaison est fréquente puisque nous la notons 6 fois sur dix cas. Elle se produit brusquement (observ. 3) ou plus volontiers peu à peu. La température redevient normale, en même temps que l'état local s'améliore, la sécrétion salivaire reparaît, l'œdème s'atténue, et les troubles fonctionnels s'évanouissent. Longtemps après la disparition de tout phénomène inflammatoire, il persiste une induration

très nette de la glande ou d'un certain nombre de ses lobules. La *suppuration* un peu moins fréquente est notée dans nos observations. Affectant la masse ou plusieurs points de la parotide frappant une seule glande, ou les deux simultanément, ou l'une après l'autre, la suppuration se devine plutôt qu'elle ne s'impose par le palper de la région. La dissémination des foyers abcédés, la barrière aponévrotique qui les sépare du doigt explorateur, ne permettent pas de sentir bien nettement la fluctuation. « C'est d'ailleurs un signe tardif quand il devient manifeste, et d'une façon générale il est prudent de ne pas l'attendre pour inciser. » (Morestin). En admettant, en effet, la possibilité d'une tendance heureuse à fuser vers les téguments et non vers les parties profondes, il n'en reste pas moins que la collection parotidienne ouverte spontanément à la peau occasionnera pour le moins une cicatrice difforme, à tendance chéloïdienne et parfois même une étroite et sinueuse fistule, laissant à l'occasion des repas ou d'une excitation gustative, sourdre des gouttes de salive. Ce phénomène explique une partie des cas publiés sous le nom *d'éphidose parotidienne* (Bézard). Il est enfin une forme heureusement rare dont nous avons observé un exemple (obs. I), c'est la *forme gangreneuse*. Après quelques jours d'une évolution de tout point semblable à celle de la forme suppurée, l'affection prend une allure particulière. La peau parotidienne devient brunâtre, la consistance de la tuméfaction paraît pâteuse ; l'état général s'aggrave et dénote une toxi-infection profonde. L'incision ne donne pas issue à du pus, mais à des lambeaux sphacélés de couleur vert-de-gris, et d'odeur infecte ; le fond de la plaie est constitué par des tissus mortifiés brunâtres, qui s'éliminent les jours suivants, jusqu'à vider le creux parotidien. La chute des eschares entraîne toujours de petites hémorrhagies, et ouvre parfois des vaisseaux importants. Lorsque la guérison survient, elle n'est qu'au prix de pertes de substance et de déformations profondes de la région parotidienne.

La *durée* des parotidites post-opératoires varie avec leur tendance évolutive.

Les formes suppurées sont d'ordinaire les plus lentes ; les formes gangreneuses entraînent généralement la mort rapidement. Sur dix observations nous notons une durée moyenne de 12 jours ; nous avons relevé comme chiffres extrêmes 3 jours et 16 jours.

Les parotidites bilatérales évoluant le plus souvent en deux temps ont une durée beaucoup plus longue : 35 jours dans l'observation I.

Leur PRONOSTIC est sévère. Décelant une atteinte profonde de la vitalité de l'organisme, elles ajoutent un surcroît de travail à ses moyens de défense déjà compromis : aussi, dans deux cas sur dix, voyons-nous la mort survenir. Suivant la résistance de l'opérée, l'exaltation de la virulence de l'agent infectieux la nature de la parotidite, etc., la terminaison fatale se produit à une période plus ou moins éloignée de la laparotomie. Dans un cas de Moricke elle est survenue le 9e jour ; dans un autre cas du même auteur la malade résista jusqu'au 35e jour.

Mais, en règle générale, la guérison est habituelle : lente et laborieuse, elle est souvent retardée par de légères rechutes ; et immobilise la malade à l'hôpital, alors même que sa plaie opératoire est cicatrisée. Dans notre cas (parotidite gangreneuse bilatérale), l'opérée ne peut être considérée comme guérie de sa parotidite qu'au bout de 5 semaines.

Sérieuse en elle-même, la parotidite post-opératoire l'est encore par les COMPLICATIONS qui peuvent survenir. Les plus habituelles sont les fusées purulentes. Surtout résistante au niveau de sa paroi externe, la loge parotidienne l'est beaucoup moins en bas et en dedans ; la marche du pus s'effectue volontiers vers le pharynx, en arrière duquel une collection se forme qui peut ulcérer le pharynx (Richet), ou descendre vers le thorax (J.-L. Petit, Ravaton) et déterminer une médiastinite suppurée ou une pleurésie purulente : la gaine du sterno-cléido-mastoïdien draine parfois le pus vers la région sus-claviculaire, l'observation 7 en est un exemple. Enfin la migration et l'ouverture vers le conduit auditif externe ont été observées, et incriminées comme cause d'arthrite temporo-maxillaire d'otite moyenne, et de méningo-encéphalite.

Comme complication nous citerons encore les hémorrhagies artérielles ou veineuses, d'abondance variable, souvent alarmantes, parfois mortelles. Richet ne sauva un de ses malades qu'au prix de la ligature de la carotide externe. Gillette moins heureux, n'eût pas le temps de faire l'hémostase et perdit le sien : Robert Smith, à l'autopsie d'un enfant atteint de parotidite suppurée et mort d'hémorrhagie, constata l'ouverture de la jugulaire interne.

Enfin on a signalé des thromboses des gros troncs veineux (jugulaire, faciale) ou sinusiens (sinus caverneux, sinus latéral).

OBSERVATION I. (MOREL). — *Grossesse extra-utérine rompue. Laparotomie. Parotidite gangreneuse bilatérale. Guérison.* — Mme P..., 31 ans, entre, à 10 heures du soir, le 27 octobre 1903, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître, le Dr Picqué. Elle est envoyée pour une crise d'appendicite, et nous remet une courte note de son médecin qui mentionne « outre trois crises antérieures, vraisemblablement appendiculaires, une irrégularité inaccoutumée dans les règles depuis quelques mois ». Les symptômes à l'entrée n'étaient pas immédiatement alarmants : Température rectale, 38°, pouls, 100° ; ventre peu douloureux ; langue humide ; pas de nausées ni de vomissements ; une selle le matin ; et par-dessus tout, bon état général. Le lendemain matin 28 octobre, on pratique le toucher vaginal, pendant l'exploration, on a la sensation très nette qu'une collection liquide pelvienne vient de rompre sous l'impulsion de la main abdominale. On cesse immédiatement tout examen, la malade est reportée à son lit avec de grandes précautions, mise à la diète, et étroitement surveillée. La journée est bonne, et à l'heure de la contre-visite je trouve malade endormie. Mais dans la soirée, vers 11 heures, je suis appelé près d'elle. Je la trouve anxieuse, très pâle, et le visage baigné de sueurs ; elle n'a pas vomi, mais accuse des nausées, elle souffre un peu du ventre, sans pouvoir préciser un maximum douloureux. La température est normale (37°), mais le pouls, extrêmement rapide (140°) est fuyant, tout petit. Ces symptômes, les constatations du matin, et l'irrégularité des règles me font penser à la rupture d'une grossesse extra-utérine. L'intervention immédiate proposée est acceptée, et la malade transportée à la salle d'opération. Chloroformisation légère. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur des caillots sanguins adhérant à l'épiploon et formant capuchon. Les caillots prudemment enlevés, j'amène dans le champ opératoire les annexes droites, qui ont le volume du poing, et on voit le sang gicler en jet d'une rupture de la portion ampullaire de la trompe droite. Quelques adhérences épiploïques sont libérées, et la trompe gravide enlevée sous ligature. T... soigneuse du péritoine, extraction des derniers caillots, suture totale de la paroi en deux plans. Les suites furent absolument normales et apyrétiques jusqu'au septième jour. À cette date, la température monte brusquement à 39°... s'accompagnant d'un mauvais état général et d'inappétence. Rien, du côté de la plaie, ne justifie ces symptômes. Le ...

tre est souple, indolore, les mictions et les selles sont régulières. Mais le 8e jour, on constate un gonflement assez considérable de la région parotidienne droite.

Le doigt déprime la peau un peu luisante qui recouvre cette tuméfaction et y laisse son empreinte. Les douleurs sont très vives, spontanées, avec irradiations dans le cou et dans la nuque. La mastication est impossible, à cause du trismus, la déglutition est douloureuse. L'haleine est extrêmement fétide. L'incision de cette parotidite ne donne issue qu'à un peu de sérosité, qui sourd de la brèche faite dans le tissu glandulaire mortifié. Lavage à l'eau oxygénée et drainage. Malgré la répétition des lavages, pendant deux jours, on n'obtient aucune sédation des accidents tant locaux que généraux : le sphacèle continue, et la température persiste. Le 11e jour, apparition d'une parotidite gauche de même aspect que la précédente. L'aspect du visage de la malade est repoussant. Il a doublé de largeur, on ne distingue plus aucun contour latéral, les yeux semblent enfouis dans l'œdème. L'anorexie, le mauvais état général, persistent ; la température oscille entre 39° et 39°5. Incision, lavage, et drainage de la parotidite gauche, constatation de tissu sphacélé comme du côté opposé. Les lavages furent continués pendant dix jours, et peu à peu la température redescendit à la normale ; les symptômes généraux disparurent peu à peu, très lentement. Entre temps, les fils avaient été enlevés le 10e jour, la réunion de la plaie abdominale s'étant faite sans incident. La malade sortit de l'hôpital, guérie de ses deux parotidites, et sans fistule salivaire, le 7 décembre.

Observation II. (Chavannaz, *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 41, 1905.) *Fibrome utérin avec hydro-salpinx. Castration utéro-ovarienne. Parotidite droite. Guérison.* — La nommée Louise P..., âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital Tastet-Girard le 18 juin 1905. Réglée pour la première fois à douze ans, les règles se sont toujours montrées régulières, mais très abondantes et douloureuses. Mariée à vingt-trois ans, première grossesse à vingt-quatre ans, terminée normalement et à terme ; deuxième grossesse à trente et un ans, terminée par une fausse couche suivie d'accidents de pelvi-peritonite.

Dans les premiers jours d'avril 1905, la malade est prise subitement de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de vomissements, de dysurie et de ballonnement.

Deux autres crises présentant les mêmes caractères se produisent, l'une à la fin d'avril, l'autre dans le courant du mois de mai.

L'examen général ne révèle rien d'anormal dans les différents appareils, sauf du côté des organes génitaux : on trouve dans la région de l'utérus une tumeur qui remonte à mi-chemin de l'ombilic à la symphyse. Elle est peu mobile, non douloureuse. Le col est normal. L'utérus est fixé et bloqué par des tuméfactions annexielles, surtout sensibles dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le Douglas.

Le 21 juin 1905, laparotomie par le professeur Demons. Au moment de l'ouverture du péritoine, une anse grêle est légèrement intéressée. La plaie intestinale est immédiatement fermée par un double plan de sutures à la soie.

De nombreuses adhérences réunissent le dôme utérin, la vessie et les anses grêles. Les annexes gauches, fortement adhérentes au côlon descendant, sont kystiques et renferment un liquide séreux. A droite, l'ovaire est kystique, la trompe est rouge, mais non augmentée de volume. L'utérus porte sur sa face postérieure un fibrome sous-péritonéal qui occupe le Douglas.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée, suivie de l'ablation des annexes des deux côtés. Péritonisation. Fermeture de la paroi par plans. Drainage hypogastrique.

Dans les jours qui suivent immédiatement l'opération, fréquence du pouls, élévation de la température, qui arrive le second jour à 38,8 ; mais pas de météorisme, pas de vomissements, pas de douleurs.

Le quatrième jour, la température est le matin à 36,6 ; le soir, à 37,2. Ce jour-là apparaît une tuméfaction rouge, douloureuse, dans la région parotidienne droite. La tuméfaction va en augmentant les jours suivants, empêchant l'ouverture de la bouche et causant des douleurs très vives.

La température, le 27 juin, atteint 37,6, puis redescend bientôt à la normale.

La tuméfaction parotidienne, traitée par les pansements humides, entre lentement en résolution et disparaît sans avoir jamais présenté aucun signe de suppuration. C'est seulement quinze jours après son début que la parotidite peut être considérée comme guérie. Les suites opératoires ont été normales, à part cette complication, et la plaie a réuni *per primam*.

Observation III. (résumée). Condamin. (*Soc. de chirurgie de Lyon*, 26 févr. 1903.) — Malade atteinte de môle hydatiforme ; n'ayant présenté aucun symptôme d'infection. M. Condamin pratique le curettage de l'utérus ; l'opération fut très facile. Il n'y eut aucune température au début. Vers le 6e jour débuta l'inflammation parotidienne ; la température monta ; une tuméfaction bien limitée à la glande atteignit le volume du poing. Au bout de 5 à 6 jours, la tumeur s'affaissa brusquement en même temps qu'il s'écoulait une grande quantité de salive.

Observ. IV. *Parotidite double suppurée à la suite de l'ablation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Guérison.* — (Slawjansky. (*Ann. de gynéc.*, Paris, 1885, p. 105.) — Mme A... K., 44 ans, entre à l'hôpital le 26 janvier 1885. Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs ; mariée à 26 ans, elle a eu 3 enfants à terme. En mai 1884, son ventre a commencé à grossir, aujourd'hui il a le développement d'une grossesse à terme. Le diagnostic porté est : kyste multiloculaire de l'ovaire. Laparotomie le 31 janvier 1885. Ablation d'un kyste renfermant 8 litres d'un liquide foncé et verdâtre ; le soir de l'opération, la température s'éleva à 38°, puis elle revint à la normale.

Le huitième jour après l'opération, on retire dix sutures, et le onzième jour toutes les autres. Réunion par première intention, cicatrice linéaire.

Le douzième jour, la malade commence à éprouver une certaine gêne au niveau des deux parotides, une irritation superficielle, et présente un tuméfaction légère de la région. Les jours suivants, la tumeur augmente considérablement de volume et entraîne de la gène dans l'acte de la mastication, de la difficulté de la parole et de la dysphagie. Il existait des élancements au niveau des parotides. La malade maintient la tête bien droite, immobile, évitant le moindre déplacement latéral. Il lui est presque impossible d'ouvrir la bouche. Diminution de l'ouïe et bourdonnements continus dans les oreilles.

Le soir du treizième jour après l'opération, la température commence à s'élever et monte à 38°. Le troisième jour de la maladie, elle est à 39°4.

Le septième jour après le début de la parotidite, apparaît, au-dessus de la tumeur, une rougeur luisante. Il est facile de constater de la fluctuation au niveau de la parotide droite.

Le Dr E. Pawloff incise à ce moment la tumeur, et il s'écoule une grande quantité de pus. Le lendemain, c'est-à-dire 20 jours après l'opération, des signes analogues apparaissant au niveau de la parotidite gauche, on incise également à ce niveau. Résultat identique.

Enfin, le treizième jour de la maladie, c'est-à-dire le vingt-cinquième jour après l'opération, la température est revenue normale et ne s'élève plus.

La malade se rétablit rapidement et quitte l'hôpital parfaitement guérie. Elle présente une cicatrice, peu apparente, au niveau de la région de la glande parotide du côté droit.

Obs. V. — *Parotidite consécutive à l'ablation des ovaires. — Guérison.* — Cas du Dr Bousquet (Clermont). — B. Marie, 31 ans. Un enfant il y a 12 ans. Depuis 6 mois, pertes abondantes pour lesquelles elle vient à l'Hôtel-Dieu, le 12 septembre. A été déjà soignée à Brives-la-Gaillarde, où on lui a fait un curetage.

Examen : Fibrome lisse remontant à 2 travers de doigt

au-dessous de l'ombilic. Culs de sac libres. Col volumineux. Opération le 18 septembre : Hystérectomie vaginale... Six jours après, la malade a 39°8 avec un état saburral des plus manifestes. Le ventre est souple. les escharres s'éliminent bien ; rien de péritonéal, la température oscille entre 39°8 et 39.

Le huitième jour, poussée de parotidite à droite avec maux de tête et douleurs vives. Cette poussée évolue normalement, la glande reste enflammée et volumineuse durant dix jours. puis tout rentre dans l'ordre : la glande diminue peu à peu et la température baisse progressivement.

Le 14 octobre, la malade sort du service très bien guérie. et depuis lors, elle nous a écrit qu'elle était aussi bien que possible.

Obs. VI. — *Parotidite gauche après l'ovariotomie. — Mort.* — Moricke. (*Zeitsch. f. G. und, G.*, 1880.) — La femme Sch., âgée de 48 ans, réglée à 17 ans, irrégulièrement a accouché dix fois et avorté trois fois ; la menstruation existe encore actuellement. Depuis cinq ans, elle remarque un accroissement de son corps ; elle a de la douleur et de la difficulté de la miction. L'abdomen est distendu par une tumeur élastique et manifestement fluctuante, dans les parties déclives de l'abdomen, et pendant la narcose, l'utérus est facilement distrait de la tumeur ; on ne peut sentir l'ovaire.

Le 29 juin 79 : Ovariotomie.

La tumeur se trouve à la partie postérieure de l'abdomen, adhérente, libre seulement à la partie supérieure, et fixée au cæcum à la partie inférieure, le kyste vient de l'annexe gauche.

. . . .

Dans les premiers jours après l'opération, on note une élévation de la température ; la fièvre tombe le quatrième jour : pas de fièvre le cinquième jour ; le sixième jour au matin pas de fièvre, mais le soir on note une tuméfaction et une douleur de la parotide gauche avec phénomènes fébriles. Le dixième jour, le pansement fut changé, le ventre est tout à fait plat et mou, la plaie est cicatrisée, les points de suture sont enlevés. Le onzième jour, la fluctuation parotidienne étant manifeste, on incise ; il sort une quantité considérable de pus, la fièvre tombe, mais réapparaît après un peu moins de huit jours. Le toucher fait sentir un exsudat considérable autour de l'utérus. On fit la ponction, mais la température continua. La malade mourut le 35e jour après l'opération. Pas d'autopsie.

Obs. VII. — *Parotidite droite consécutive à l'ovariotomie. — Mort.* — Moricke. (*Zeitsch. f. G. und. G.*, 1880.) — La femme L..., âgée de 65 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, a accouché neuf fois. La ménopause est survenue il y a 15 ans. Depuis dix à onze semaines, on remarque dans le ventre une tuméfaction qui s'est accrue rapidement pendant les derniers temps. La malade est chétive et anémique.

Le 6 novembre 1879. Ovariotomie : Gros kyste avec contenu fortement colloïde : ce contenu est gluant et consistant; il ne s'écoule pas spontanément, mais doit être extrait avec la main. L'opération ne présente du reste rien de particulier. Les premiers jours pas de fièvre : le sixième jour, les glandes sous-maxillaires, sublinguale et parotide droite commencèrent à s'enflammer au milieu de légers phénomènes fébriles et déjà le lendemain du pus s'écoulait du conduit de Wharton. L'inflammation gagne le cou avec une fièvre modérée, le pouls devient petit et très fréquent ; le 15 novembre on incise et il s'écoule une quantité assez considérable de pus ; la malade meurt le soir même.

L'autopsie ne fut pas autorisée.

Obs. VIII. — *Parotidite droite consécutive à l'ovariotomie. — Guérison.* (Moricke. — *Zeitsch. f. G. und. G.*. 1880.) — La femme Sch., âgée de 60 ans, a accouché deux fois ; ses règles sont irrégulières et peu abondantes. Depuis 2 ans, elle remarque que son corps a grossi, mais surtout depuis le dernier trimestre. La malade est une femme forte, sanguine et corpulente. L'abdomen, très tendu, ne permet pas une exploration bien exacte. L'utérus se trouve derrière la tumeur, les annexes gauches sont tendues plus fortement que les droites ; les extrémités inférieures sont fortement œdématiées.

Le 20 décembre 1879, ovariotomie. Les parois sont grosses et épaisses... Tumeur adhérente. La malade se rétablit rapidement ; elle n'a pas de fièvre les premiers jours. Le sixième et le septième jour apparaissent de la douleur et de la tuméfaction de la parotide droite avec un peu de fièvre, toute la joue droite prend une apparence informe et occasionne de la difficulté pour boire et manger. L'enflure se résorbe et six jours après, retour à l'état normal. La malade guérit.

Obs. IX. — *Parotidite droite après l'ovariotomie. Guérison.* (Macdonald). (*Edimb. med. Journ.*, 1895, p. 1.020.) — Mme D., âgée de 42 ans, se plaint d'une tumeur abdominale. Ses règles ont cessé il y a sept ans. Depuis sept mois, la malade sent une masse lourde dans sa région iliaque gauche, ce dont elle souffre beaucoup.

L'abdomen est distendu par une tumeur de forme globuleuse de la grosseur d'une grossesse à terme.

On fit l'ovariotomie le 28 juin 1884. La tumeur pesait 40 livres.

La malade perdit des gaz le troisième jour ; l'intestin fonctionna le sixième jour et les points de suture furent enlevés le septième jour après l'opération. Huit jours après l'opération, la glande parotide droite enfla considérablement, et resta dans cet état quinze jours. La guérison de la malade ne fut d'ailleurs pas interrompue. Elle partit, le 9 août, en bonne santé.

BIBLIOGRAPHIE

Bantok. — *Medical Times and Gaz.*, novembre 1878.
Benoit. — Thèse Paris, 1902.
Bigelon. — *Medic. and Surger. Journal*, 1859-68, XV, p. 435.
Bosquier. — *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1900, p. 573 et 577.
Bossert. — Thèse Paris, 1903.
Carbonnell. — *Gaz. des hôp'it.*, 1864, p. 53.
Claisse et Dupré. — *Arch. de méd. expérim.*, 1894, pp. 41 et 250.
Clark. — *Lancet*, 1882, p. 702.
Condamin. — *Soc. chirurgic. de Lyon*, 26 février 1903.
Condamin. — *Revue Gynécologique*, 2 juin 1903.
Chavannaz. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1905, n° 41.
Cotterill. — *Scottisch med. Journ.*, juin 1905.
Dalché. — *La Gynécologie*, août 1903.
Darre. — Thèse Paris, 1878.
Dumarest. — *Lyon médical*, 1875.
Duplay. — *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1891.
Dupré. — Traité de médecine Brouardel et Gilbert, t. V, 1898.
Duval. — *Arch. méd. navale*, 1864.
Dyball. — *Ann. of Surgery*, décembre 1904.
Everke. — *British medical Journal*, 1895, p. 90.
Galand. — Thèse Paris, 1891.
Gilbert et Fournier. — *Soc. biol.*, 21 juillet 1894.
Gillette. — *Union médicale*, 1872, n° 83.
Girode. — Comptes rendus biologie, 1894, p. 15.
Gueneau de Mussy. — *Clinique méd.*, t. II.
Habran. — *Union méd. du Nord-Est*, 1880, p. 137.
Harrac. — *Beitr. zur Path. Anat. med. z. all. Path.*, 1889.
Hartmann. — In Duplay et Reclus, t. V, p. 278.
Krapp. — *Philad. med. Times*, 1879.
Kiester. — *Centrabl. f. Gynekol.*, 1884, p. 47.
Lancereaux et Besançon. — *Arch. gén. médecine*, 1886-1887.
Lefas. — *Arch. gén. de médecine*, 1900.
Macdonald. — *Edimb. med. Journal*, 1885, p. 1023.
Matweff. — *Annales de gynécol.*, Paris, 1885, p. 105.
Morley. — *American Gynécology*., décembre 1902.
Morestien. — In Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 394.
Moricke. — *Zeit. für Geburtsh. und Gynækol.* Stuttgard, 1881, p.
Paget. — *Lancet*, 1886, passim.
Richet. — *Anat. médico-chirurgic.*, 5e édit., p. 552.
Sabrazès et Faguet. — *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 1039.
Spillmann. — Art. *Parotidite*, in Dict. Encycl. Sciences médic.
Sutton. — *Philadelph méd. Times*, 1885, p. 38.
Terrier, Broca, Hartmann. — Manuel de path. chirurg., t. IV, p. 231.
Trousseau. — Clinique médic. Hotel-Dieu, t. I, p. 256.
Wagner. — *Wiener Klin. Wochens*, 29 décembre 1904.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ernest Haeckel et la Philosophie Moniste

Le XIX siècle a été le véritable siècle des progrès scientifiques. Les sciences biologiques surtout ont pris brusquement un essor étonnant si on compare leurs conquêtes aux notions rudimentaires, pauvre héritage des médecins et des naturalistes des époques passées. Nous pouvons affirmer sans exagération que, dans le siècle dernier, un pas prodigieux a été fait vers la connaissance de la vérité. Malheureusement, le développement des institutions sociales n'a pas suivi l'évolution des sciences et de leurs applications pratiques. Selon la constatation d'Alfred Wallace : « pour nous, peuples soi-disant civilisés nos systèmes de gouvernement, notre justice administrative, notre éducation nationale et toute notre organisation sociale et morale, sont restés à l'état de barbarie ». Ce conflit nous expose à des terribles catastrophes, dont les évènements de Russie ne sont peut-être qu'un léger prodrome. Il est indispensable de faire connaître à tous ceux qui peuvent réfléchir et comprendre jusqu'où les découvertes scientifiques ont conduit l'esprit humain par l'étude empirique de la nature, sur le chemin de la vérité. Le médecin plus que tout autre doit apprécier les conquêtes biologiques auxquelles il a pris une part si active et qui font la base solide de son art et l'avenir glorieux de sa profession.

Ernest Hæckel, le grand biologiste allemand, disciple de Darwin et apôtre du transformisme, après avoir consacré sa vie à la recherche des origines des êtres vivants en général et de l'homme en particulier, a jugé bon de terminer sa carrière en condensant en un livre synthéthique le résultat de ses recherches expérimentales, et la philosophie qui logiquement en découle. Pour cela, il a écrit les « *Enigmes de l'Univers* » (1), confirmation et développement des convictions qu'il a exposées, indiquées et défendues durant de longues années. Haeckel avait fait un plus vaste projet, il avait résolu d'édifier tout un système de philosophie moniste sur la base de la doctrine évolutionniste ; mais ce projet l'eût entraîné trop loin. « Mes forces, écrit-il dans la préface des *Enigmes de l'Univers*, ne suffisent plus à la tâche et bien des symptômes de la vieillesse qui s'approche me poussent à terminer mon œuvre. D'ailleurs, je suis sous tous les rapports un enfant du XIX° siècle et je veux, le jour où il se terminera, apposer à mon travail le trait final. »

Sagesse admirable de ce savant qui, en entière possession de toutes ses facultés intellectuelles, veut mettre de lui-même un terme à ses travaux et écrire dans la plénitude de sa raison son testament philosophique.

Car c'est un véritable testament philosophique que les *Enigmes de l'Univers*

Haeckel y a pris pour prétexte la résolution du célèbre problème posé en 1880 par Emile du Bois-Reymond à l'Académie des sciences de Berlin au cours d'une séance en l'honneur de Leibnitz, où le physicien prussien distinguait sept énigmes de l'Univers (1). Ernest Haeckel n'admet qu'une énigme : le problème de la substance ; toutes les autres s'expliquent ou entrent dans cet unique inconnu. Et tout le livre sera un exposé du conflit entre la raison et le dogme, où la première n'aura guère de peine, avec l'appui d'innombrables arguments scientifiques, à avoir le dessus.

(1) Publié à Paris, librairie C. Reinwal, Schleicher frères et Cie, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères.

Tout système philosophique, d'après Haeckel, doit actuellement se résoudre en deux conceptions :

1° Le *Dualisme*, qui « sépare dans l'Univers deux substances absolument différentes, un monde matériel et un Dieu immatériel, qui se pose en face du premier comme son créateur, son conservateur, son régisseur.

2° Le *Monisme* qui réunit dans une substance unique Dieu et la Nature, le Corps et l'Esprit. Le Monisme d'Haeckel n'est pas le Matérialisme qui nie l'esprit et fait du monde un amas d'atomes morts ; ce n'est pas le spiritualisme pur, qui nie la matière et ramène l'Univers à un groupement d'énergies et de forces. C'est un système qui admet, selon l'affirmation de Gœthe, que « la matière n'existe jamais, ne peut agir jamais sans l'esprit, et l'esprit jamais sans la matière. » Le Monisme d'Haeckel est un descendant du Naturalisme de Lucrèce et le fils légitime du panthéisme de Spinoza.

A l'appui de sa doctrine, Hœckel cherche les arguments dans la nature ; il démontre que, dans la série animale, l'homme tient son rang mais n'est nullement un être à part, privilégié. L'étude de l'anatomie de notre corps montre la conformité d'ensemble et de détails qui existe entre l'organisation de l'homme et celle des mammifères. Avec la physiologie il établit, sans qu'il soit possible de mettre en doute ces constatations, l'identité dans la structure du corps et dans toutes les fonctions de la vie entre l'homme et le singe. L'embryologie humaine et comparée permet encore moins de séparer l'homme des autres vertébrés.

Les recherches phylogéniques montrent que l'homme encore descend des vertébrés et directement des primates. Tout penseur impartial et conséquent est, à ce jour, obligé d'admettre que cette généalogie de l'homme n'est plus une vague hypothèse, mais un fait historique.

Passant dans le domaine psychologique, Hæckel étudie la nature de l'âme, il démontre toute la confusion qui a régné jusqu'à notre époque dans les études psychologiques et la faiblesse des résultats de la psychologie introspective si elle n'est pas secondée par la psychologie physique et comparée.

La psychologie n'est, en somme, qu'une branche de la physiologie. La psychologie comparée nous permet de nous faire une idée de la vie psychique bornée, chez les êtres inférieurs, au plaisir et à la douleur, formes rudimentaires de l'attraction et de la répulsion. Puis par une longue série d'intermédiaires de plus en plus élevés nous sommes conduits par transition aux phénomènes si complexes de l'âme humaine consciente et raisonnable.

L'âme, du reste, évolue comme le corps, et il est facile de se rendre compte, même par une observation superficielle, des modifications qui s'y manifestent chez l'enfant, l'adulte et le vieillard ; elle évolue aussi progressivement dans la série des êtres, et la complexité des phénomènes qui la caractérisent est en rapport direct

(1) Les sept énigmes de Du Bois-Reymond sont : 1° La nature de la matière et de la force, 2° l'origine du mouvement, 3° la première apparition de la vie, 4° la finalité de la nature, 5° l'apparition de la simple sensation et de la conscience, 6° la raison et la pensée avec l'origine du langage, 7° la question du libre arbitre.

avec le développement des organes nerveux (cerveau dont elle est la fonction.

La conscience n'est pas, quoi qu'en ait dit du Bois-Reymond, une énigme inexplicable. On la voit naître chez l'enfant à mesure que les sensations se multiplient et que les phénomènes cérébraux se manifestent.

L'enfant prend peu à peu conscience de son moi, de sa personnalité. Et cette conscience que nous voyons naître chez l'enfant, nous la voyons se développer chez les êtres à mesure que nous remontons l'échelle animale, et chez les hommes en général sous l'influence des progrès de culture et de civilisation.

Hœckel aborde ensuite le problème de l'immortalité de l'âme, de l'athanatisme, selon l'expression qu'il adopte. Il énumère les preuves misérables que théologiens et philosophes ont été obligés de chercher. Kant n'avait pu faire de l'immortalité de l'âme une connaissance de la raison pure ; voulant l'admettre en dépit du bon sens, il en avait été réduit à en faire « un postulat de la raison pratique ». Aucun des arguments tendant à démontrer l'immortalité de l'âme n'a pu supporter l'examen de la critique scientifique, et l'on n'a pu trouver mieux que d'en faire un article de foi, une croyance transcendante. Cette croyance en l'immortalité de l'âme est une basse superstition et chaque peuple, selon son degré de sauvagerie, fait de la vie future de cette âme immortelle un tableau plus ou moins grossier correspondant toujours à la vie qu'il mène sur la terre. Chaque croyant tend à lui donner dans le paradis où il voudrait la faire survivre, les satisfactions passionnelles qu'il apprécie le plus ici bas. « La croyance à l'immortalité de l'âme, conclut Haeckel, est un dogme qui se trouve en contradiction insoluble avec les données expérimentales les plus certaines de la science moderne ».

Haeckel aborde enfin l'établissement scientifique de son système moniste. Il le base sur la loi fondamentale cosmologique la *loi de substance*, qui elle-même réunit deux lois naturelles :

1° La loi chimique de conservation de la matière, que le chimiste français Lavoisier, en 1789, définit: *La somme de matière qui remplit l'espace infini est constante.* 2° La loi de la conservation de la force formulée par le médecin souabe Robert Mayer en 1842 : *La somme de force qui agit dans l'espace infini et produit tous les phénomènes est constante.* Cette dernière loi fut précisée et développée par Helmhotz en 1847. La création, telle que l'admettent les religions, ne peut s'accorder avec les constatations scientifiques. Haeckel lui substitue l'évolution. Il admet que de toute éternité l'univers infini a été, est et restera soumis à la loi de substance. L'espace est infiniment grand et illimité, il n'est jamais vide, mais partout rempli de substance. Le temps est, de même, infini, sans commencement ni fin, c'est l'éternité. La substance se trouve partout, en tous temps, dans un continuel état de mouvement, le repos parfait n'existe pas ; la quantité de matière demeure aussi invariable que la quantité d'énergie. Le mouvement éternel dans l'espace est un cercle éternel avec des phases d'évolution se répétant périodiquement. Ces phases d'évolution consistent en une alternance périodique des conditions d'agrégat, et la principale est la différenciation de la substance en masse pondérable et éther impondérable. Cette condensation donne naissance à des corps célestes, qui ensuite se détruisent en s'entrechoquant. Des sommes inouïes de chaleur ainsi produites se transforment en forces nouvelles qui mettent en mouvement les poussières cosmiques, amènent de nouveau leur agrégat en nouveaux corps célestes, et ce jeu éternel se contin[ue] indéfiniment. Le soleil est un de ces corps célestes do[nt] notre terre est un fragment désagrégé.

Dans ces corps se produisent les phénomènes néces[saires] à la vie, les êtres formés évoluent, se transfor[ment] sous l'influence de la sélection. Le développemen[t] de l'univers entier est un processus mécanique uniform[e] dans lequel on ne peut découvrir ni de but, ni de fin.

Haeckel traite le problème de la divinité dans un cha[pitre] intitulé *Dieu et le monde.* Il montre les formes va[riées] que prend le Dieu anthropomorphe des diverses con[ceptions] religieuses. Il étudie tour à tour le polythéis[me] qui persiste dans le catholicisme avec le culte de la vierge et des innombrables saints, le triplothéisme (doc[trine] de la trinité), l'amphithéisme, où l'on voit, comm[e] encore dans le christianisme, le principe du bien en lutt[e] avec le principe du mal, le monothéisme qui n'existe guère à l'état de pureté que dans l'islamisme, le myxothéisme qui est la forme la plus fréquente des religions où se trouvent réunies des conceptions différentes parfois contradictoires (unité de Dieu et trinité dans le christianisme).

Toutes ces religions ont fait de Dieu un être personnel extramondain. La philosophie moniste confond Dieu avec le monde, l'admet intramondain, en un mot est panthéiste.

Haeckel, comme tout savant, ne se fait pas d'illusion sur les lacunes scientifiques que présente son système. Nous ne savons pas, nous ne saurons jamais toute la vérité. Ces lacunes se comblent au fur à mesure des progrès de la science, mais en attendant qu'elles soient comblées, nous sommes en droit de remplir les vides qu'elles laissent par des hypothèses que Haeckel appelle des croyances. Il établit une différence très nette entre ces croyances superstitieuses des religions révélées et ces croyances scientifiques ; les secondes expliquent les faits en s'harmonisant avec les lois indiscutables de la nature ; les premières font intervenir simplement, pour résoudre le problème, l'extravagant surnaturel, le miracle.

Et logiquement, le grand transformiste est conduit à établir un parallèle entre la science et le christianisme, à exposer le conflit irréductible qui doit exister entre l'expérience scientifique et la révélation chrétienne.

Le christianisme des premiers âges eut d'abord comme règle le seul noble principe de l'amour universel du prochain et les obligations morales qui en résultent. Les chrétiens des premiers siècles étaient des sortes de communistes ou des démocrates-socialistes que les gouvernements poursuivraient encore à notre époque.

Petit à petit, cette pure morale de l'amour d'autrui s'est déformée en un instrument d'oppression et est devenue le papisme, qui, à partir du IVe siècle, au concile de Nice (327), sous la direction de l'empereur Constantin, déclara une guerre sans merci à la science et fut cause de la longue période d'ignorance médiévale.

La Réforme survint, et alors commença la « renaissance de la raison enchaînée ». Mais les Réformateurs, malgré leur hardiesse, ne surent se libérer complètement des superstitions papistes.

C'est ainsi que Luther condamna la découverte de Copernic, parce que Josué avait ordonné au Soleil et non à la Terre de s'arrêter, et que Calvin fit brûler à Genève Michel Servet, le médecin espagnol qui avait osé attaquer la croyance en la Trinité.

Mais au XIXe siècle, le christianisme affecta un nouvel avatar, il devint un pseudo-christianisme où les croyances, trop ébranlées par les progrès de la connaissance

de la nature, ne furent plus très solides ni très sincères. Le pape en fut réduit, pour ranimer le zèle de ses fidèles à jeter successivement les plus formidables défis à la science et au sens commun. Ce fut d'abord en décembre 1854 la proclamation du dogme de l'Immaculée Conception, puis en 1864 l'Encyclique, qui condamne toute la civilisation et toute la culture intellectuelle moderne. Le Syllabus aggravait l'Encyclique en énumérant et anathémisant la raison et les vérités les plus indiscutées de la science. Enfin le 13 juillet 1870, le pape mettait le comble à cette extravagante lutte contre la vérité en déclarant son infaillibilité.

En face de ces transformations du christianisme, Haeckel dresse la religion moniste de la raison qui s'harmonise avec la science, et le triple idéal de son culte est le vrai, le beau et le bien. Sa religion est la religion de la nature. Tout y reste soumis à l'éternel grand rythme de l' « apparition » et de la disparition » qui régit l'Univers. Cette religion a son temple partout, son église est la splendide nature elle-même.

Ce système a aussi sa morale. Elle n'y est pas en contradiction avec les premiers principes, comme celle de Kant, qui, après avoir édifié son merveilleux palais de cristal de la raison pure, crut nécessaire d'y construire le château de cartes de la raison pratique pour y abriter les trois fameux postulats mystiques (Dieu, l'âme immortelle et le libre arbitre). La morale du monisme est simple : elle consiste à établir l'équivalence de l'égoïsme et de l'altruisme. L'égoïsme tend à la conservation de l'individu, l'altruisme à la conservation de l'espèce. La règle d'or de cette loi morale n'est autre que le précepte des chrétiens des premiers siècles : « Fais aux autres ce que tu veux qu'ils te fassent ». Il n'y a dans la morale de la religion moniste aucun mépris imposé aux fidèles comme dans le catholicisme, qui ordonne tour à tour le mépris de soi-même, le mépris du corps, le mépris de la nature, le mépris de la civilisation et de ses conquêtes, les biens terrestres, le mépris de la femme et de la famille, en exaltant la sainteté du célibat.

Telle est cette superbe doctrine philosophique moniste basée sur les sciences biologiques, telle que Ernest Hœckel l'a condensée dans son livre : *Les Enigmes de l'Univers*. Cette religion de la science sera peut-être la religion de l'avenir, quand l'homme, plus généralement instruit, sera capable de raisonner et de comprendre. Les énigmes de l'Univers s'y réduisent à une seule mais absolument insoluble, le problème de la substance.

Il est permis de ne pas adopter le système scientifique d'Haeckel formé en partie de très séduisantes hypothèses. Mais ce qui résulte de cette philosophie basée sur l'empirisme, c'est un grand amour de la tolérance.

L'homme doué de l'esprit véritablement scientifique n'admet que les vérités qu'il peut constater avec ses sens, mesurer ou observer avec les instruments qui en augmentent la puissance, mais sa certitude se borne là. Il sait que son cerveau et ses organes ont une puissance limitée qu'il pourra augmenter et étendre, mais qui ne sera jamais infinie.

Quel que soit donc son enthousiasme dans la défense des théories qu'il échafaude, des hypothèses qu'il émet, il ne se croira jamais en possession de la vérité absolue et, par conséquent, il restera sceptique et ne cherchera jamais à imposer ses idées à ceux qui l'entourent. Nous eussions aimé à voir Haeckel terminer l'étude des *Enigmes de l'Univers* par un appel à cette tolérance, par une affirmation du doute scientifique. Nous eussions voulu l'entendre proclamer que les véritables et seuls ennemis du progrès sont les fanatiques qui, savants ou religieux, sont assez convaincus de posséder la vérité absolue pour vouloir, envers et contre tout, l'imposer aux autres.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 12 et 19 mars 1906.

Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux :

MM. A. Calmette et M. Breton adressent les résultats de leurs expériences sur l'ingestion de tuberculine : tout comme l'ingestion de bacilles tuberculeux tués, l'absorption de tuberculine par les voies digestives entraîne, chez les cobayes, même sains, des accidents mortels si les doses administrées sont suffisantes ; cette toxicité est surtout manifeste chez les animaux jeunes ; l'ingestion de doses progressivement croissantes de la substance toxique ne détermine aucune accoutumance.

Chez les cobayes tuberculeux, on constate toujours une réaction après ingestion d'une dose de 0 gr. 001 milligr. de tuberculine, dose inoffensive pour l'animal sain. Il en résulte que la réaction à la tuberculine peut être recherchée, au moins chez les animaux, par l'ingestion aussi bien que par l'inoculation sous-cutanée de cette substance.

Rayons X et activité génitale.

M. Villemin montre par des expériences que l'atrophie testiculaire consécutive à l'action des rayons de Rœntgen porte exclusivement sur la glande séminale et nullement sur la glande interstitielle. L'intégrité du tractus génital (notamment des vésicules séminales) et la persistance de l'instinct sexuel chez les animaux ainsi traités prouve bien l'indépendance physiologique des glandes en question.

La réaction du sang, fonction de la nutrition.

M. J. Gautrelet, se fondant sur de nombreux dosages hémoglobiniques et hémo-alcalimétriques arrive à la conclusion qu'il y a un parallélisme absolu entre l'alcalinité apparente du sang et l'activité des échanges organiques mesurée par le titre hémoglobinique. En d'autres termes, la réaction humorale suit les vicissitudes de la nutrition : quand celle-ci est ralentie, l'alcalinité du sang diminue, et inversement ; et il est intéressant de noter que cette règle se vérifie également qu'il s'agisse de la série animale ou des diverses conditions d'un même individu.

Analyse des bacilles tuebrculeux.

M. Baudran déduit de ses expériences la composition suivante des bacilles tuberculeux : ceux-ci contiennent 36 à 44 % de subtances grasses, 3 à 4 % de nucléine, 3,60 à 5,50 % de cellulose, 0 gr. 006 à 0 gr. 008 % de fer, des traces de manganèse, et 50 à 56 % de substances albuminoïdes. La quantité de fer est supérieure de quelques milligrammes dans le bacille humain.

Sur la toxine et l'antitoxine cholériques.

MM. Brau et Denier. — On peut obtenir en milieu albumineux une toxine soluble avec tous les vibrions cholériques authentiques. Injectée dans les veines, cette toxine manifeste brusquement ses effets, sans période d'incubation ; la dose mortelle, pour le cobaye, est d'un quart à un dixième de cent. cube en injection intra-veineuse, d'un demi-centimètre cube en injection sous-cutanée ou intra-péritonéale ; chez le lapin elle est sensiblement plus élevée. Les animaux sont dif-

cilement immunisables quand on leur injecte la toxine sous la peau : ils acquièrent, au contraire, l'immunité active à la suite des injections intra-veineuses, et leur sérum acquiert alors des propriétés antitoxiques : un cheval ayant reçu dans les veines, en six mois, un demi-litre de toxine, fournit un sérum qui, à la dose d'un cinquantième de centimètre cube, neutralise *in vitro*, après trente minutes de contact, deux doses mortelles de toxine cholérique. Injecté préventivement sous la peau, ce sérum protège le cobaye pendant une dizaine de jours environ ; il est également curatif s'il est introduit dans le péritoine. Outre son pouvoir antitoxique, ce sérum présente encore des propriétés microbiennes, agglutinantes et précipitantes. On peut également obtenir un sérum antitoxique en injectant des cultures vivantes de vibrion cholérique dans les veines du cheval ; ce sérum est même plus actif que celui qui est préparé avec les toxines solubles.

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1906.

Action du foie sur les extraits intestinaux.

MM. ROGER et JOSUÉ. — En injectant dans les veines de l'extrait de la paroi d'intestin grêle du lapin, il y a diminution considérable et prolongée de la pression artérielle. Des quantités trop faibles pour produire ces variations rendent l'animal réfractaire aux doses plus élevées.

Le foie arrête-t-il la substance hypotensive ?

L'extrait concentré injecté dans une branche d'origine de la veine porte ne produit aucune action hépatique ; le foie, en effet, ne peut arrêter que les substances en dilution faible ; qu'il s'agisse de glycose ou de poison, les solutions concentrées traversent librement le foie ; les extraits étendus d'eau, au contraire, se montrent moins énergiques dans les injections intra-veineuses qu'avant la dilution. L'extrait dilué, injecté dans une branche de la veine porte n'abaisse la pression que dans des proportions minimes.

Si le foie neutralise le pouvoir hypotensif des extraits intestinaux, il laisse subsister, par une véritable *sélection protectrice*, l'action immunisante. Un animal qui a reçu une dose unique par la veine porte, suivie d'une injection des veines périphériques, dix minutes plus tard, de 5 à 6 cent. cubes d'extrait non dilué, ne subit aucune modification de la pression sanguine.

Salicylate de soude contre l'érysipèle.

MM. LORTAT-JACOB et VITRY ont fait une série d'expériences pour démontrer l'action préventive du salicylate de soude contre le streptocoque.

Dans trois séries d'expériences, ils ont obtenu, avec les injections intraveineuses de petites doses répétées de salicylate de soude, une augmentation de résistance du lapin à l'inoculation consécutive du streptocoque. Avec un streptocoque de virulence forte l'animal meurt en 5 jours, tandis que le témoin, non traité, meurt en 3 jours. Avec un streptocoque de moyenne virulence, aucun accident local ; tandis que les témoins ont un érysipèle typique et meurent en 6 jours, les animaux injectés ne meurent pas.

Microbisme normal de l'appendice.

MM. GILBERT et LIPPMANN apportent le résumé de leurs recherches sur la bactériologie de l'appendice chez le lapin, et surtout le chien dont l'alimentation et la forme de l'appendice se rapprochent de l'homme. Les auteurs ont pu constater que, à l'état normal, l'appendice a une flore microbienne très variée et très abondante. Les anaérobies l'emportent ; le colibacille pullule abondamment et constamment, empêchant la culture des autres germes. Les anaérobies appartiennent à la flore microbienne normale des voies biliaires, salivaires et pancréatiques et ont été décrits dans les appendicites et surtout les appendicites fétides. Le régime alimentaire influe sur la qualité du microbisme appendiculaire.

Virus rabique et virus antirabique.

M. REMLINGER. — Le virus rabique se propage presque uniquement par les nerfs. Les lymphatiques ne jouent qu'un rôle très effacé. Les animaux auxquels on inocule le virus rabique dans les ganglions ne contractent presque jamais la rage, et dans ce cas la voie de propagation est par les nerfs ganglionnaires. Le vaccin antirabique, au contraire, suit la voie lymphatique ; les ganglions axillaires sont souvent engorgés au cours du traitement pasteurien, autrement il serait indiqué de faire les inoculations dans les régions riches en nerfs, et dans les cas urgents, dans le canal rachidien la voie épidurale ou sous-arachinoïdienne.

Action précipitante du suc gastrique sur le suc pancréatique.

M. H. ISCOVESCO a vu que le suc gastrique total précipite le suc pancréatique total ou dialysé sans que l'acide du suc gastrique en soit la cause.

Le colloïde positif du suc gastrique forme avec le colloïde négatif du suc pancréatique une combinaison, un complexe insoluble dans un milieu légèrement acidifié par l'acide chlorhydrique, et dissous dans un milieu fortement acidifié par l'acide chlorhydrique.

Ces faits sont importants au point de vue du pouvoir digestif des mélanges des sucs gastrique et pancréatique.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars.

La morbidité coloniale en 1904.

M. KERMORGANT lit un rapport sur la situation sanitaire de nos colonies en 1904. Les faits les plus importants sont : 1° le rôle prépondérant de l'alcoolisme dans la tuberculose et les hépatites des pays chauds ; 2° la fréquence croissante de la lèpre et de la maladie du sommeil ; 3° les ravages sévères de la grippe à Madagascar ; 4° les résultats obtenus contre l'impaludisme et sa régression manifeste dans les localités où l'on poursuit méthodiquement la destruction des larves d'anophèles, où l'on a régulièrement recours à la quinine, soit à titre préventif, soit à titre curatif.

Les verres jaunes en ophtalmologie.

M. MOTAIS (d'Angers), afin de protéger de la lumière les yeux sensibles, emploie, depuis quinze ans, des verres jaunes légèrement orangés, dits verres jaunes hygiéniques.

Ces verres donnent un éclairement remarquable. Le ciel et les objets sont illuminés de tons chauds, très agréables à l'œil. En outre, et malgré cette luminosité, ils produisent un effet calmant, en sorte qu'avec des teintes proportionnées à l'intensité de la lumière ou à l'hyperesthésie rétinienne, on peut préserver les yeux les plus sensibles.

L'éclairement des verres jaunes est surtout précieux lorsque l'acuité visuelle des malades est notablement affaiblie (rétinites, choroïdites, myopie progressive, atrophie des nerfs optiques, kératites, etc.) Avec les verres bleus ou fumés, ces malades n'y voient plus. Avec les verres jaunes, au moins aussi calmants, l'éclairement est à peine diminué, même dans les teintes foncées.

D'après les expériences de M. Javal, reprises par MM. Tscherning et d'autres, la double action éclairante et calmante, contradictoire en apparence, des verres jaunes, s'explique par la suppression des rayons chimiques.

Mortalité tuberculeuse en France et en Allemagne.

M. HUCHARD termine cette discussion par un très beau discours montrant que la déclaration obligatoire est inutile tant qu'on ne s'attaquera pas aux causes mêmes de la tuberculose : l'alimentation insuffisante, les logements insalubres, l'alcoolisme surtout. Il montre avec éloquence toute l'étendue du péril alcoolique et le nombre croissant des cabarets. Il montre la décroissance de la tuberculose, suivant, en Suède et en Norwège la lutte sévère contre l'alcoolisme. Il signale l'interdiction de l'absinthe en Belgique. Mais se décidera-t-on jamais à agir dans un pays où le marchand de vin est roi.

M. GUÉNIOT déclare la discussion close et renvoie les nombreuses propositions faites à la Commission permanente de la tuberculose. Celle-ci les condensera et déposera son rapport.

Elle s'adjoindra pour cette rédaction les membres de l'Académie qui ont formulé des vœux. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1906

Périsigmoïdite.

M. Lejars. — On ne doit ranger sous ce nom que les inflammations d'origine intestinale. Il importe, de plus, de faire la distinction entre les inflammations de l'S iliaque, *les sigmoïdites*, et celles du tissu cellulaire périsigmoïdien : périsigmoïdite. M. Lejars relate un cas de sigmoïdite survenu chez une femme, qui, dix jours après l'accouchement, accusa une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre, constipation et sensation de gros boudin à la palpation. Au bout de dix jours les accidents s'amendèrent, pour se réveiller de nouveau quelques jours après. Guérison définitive après cette rechute.

Les *périsigmoïdites* peuvent être aiguës ou chroniques. Ces dernières peuvent mettre de longs mois, des années même à évoluer et, la distinction d'avec un néoplasme est très difficile, témoin le cas de M. Monod et celui d'une femme chez laquelle M. Lejars porta le diagnostic de néoplasmse à cause des douleurs, de la diarrhée, de la cachexie et de la tumeur iliaque gauche : or tous les troubles disparurent par le repos et le traitement médical.

M. Tuffier est intervenu deux fois dans des cas de périsigmoïdite aiguë ; de plus, il relate l'observation d'un homme âgé de 45 ans chez lequel on porta le diagnostic de néoplasme de l'S iliaque, et l'état général fut jugé si mauvais qu'on s'abstint de toute intervention ; or le malade guérit complètement par le repos.

M. Segond est intervenu deux fois chez des malades atteint l'un de *péricolite suppurée* gauche ; l'autre d'une périsigmoïdite suppurée diagnostiquée néoplasme de l'iliaque. Incision simple et guérison dans les deux cas.

Stérilisation des gants en caoutchouc employés en chirurgie.

M. Chaput insiste sur les avantages du modèle de gants qu'il emploie depuis 1899 : largeur et brièveté des doigtiers. Leur stérilisation s'obtient par le simple ébouillantage dans l'eau pendant une heure. Comme d'habitude, les gants se gonflent d'air, surnagent et risquent d'échapper en partie à la stérilisation. M. Chaput conseille d'employer un bouilleur spécial où les gants sont fixés sur un chevalet qui repose au fond du bouilleur. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 mars.

Ascite et pleurésie opalescentes chez une cardiaque. Réaction myéloïde considérable du sang.

MM. Rénon et Tixier ont observé pendant plusieurs mois une malade cardiaque, qui présentait de l'ascite et de la pleurésie opalescentes. L'examen du sang révéla une réaction myéloïde intense. Cette opalescence n'était pas due à une altération des chylifères. Ils excluent également un passage possible du liquide ascitique péritonéal dans la cavité pleurale à travers les lymphatiques du diaphragme et expliquent la teinte des liquides épanchés par la dégénérescence et la désintégration des cellules altérées, en suspension dans le liquide. Les auteurs ne croient pas non plus à un rapport de cause à effet entre la présence du liquide opalescent et la réaction myéloïde intense du sang (8 myélocytes neutrophiles, 29 hématies nucléées pour 100 leucocytes). Cette réaction peut être provoquée par un état infectieux quelconque, qui irrite d'une façon lente et continue les organes hématopoiétiques. Cette opinion va à l'encontre de la théorie de quelques auteurs, qui veulent que, pour la production de la myélocytose, il faille une infection spécifique (variole, purpura).

Surrénalite spécifique de l'adulte. Présence du tréponème pâle de Schaudinn.

MM. Jacquet et Sézary apportent une première observation sur la présence du tréponème de Schaudinn dans les viscères d'un adulte syphilitique. Le malade entra dans le service pour un chancre avec syphilides papuleuses des bourses. Il présenta en même temps un syndrome addisonnien fruste, mais net, dont il guérit par le traitement. Revenu deux mois après pour récidive des syphilides scrotales, le malade, succomba à une hémorrhagie cérébrale. A l'examen des viscères, on ne trouva lésées que les capsules surrénales : elles étaient très hypertrophiées, sclérosées, avec infiltration lymphocytique nodulaire et contenaient en quantité considérable surtout dans la zone fasciculée, le tréponème pâle. Ces tréponèmes ne furent trouvés ni dans les papules ni dans les ganglions inguinaux. Aucun des autres viscères n'en contenait. La surrénalite syphilitique, dont quelques observations cliniques existent, a désormais une base anatomique précise. Elle joue peut-être un rôle dans la pathogénie des localisations spécifiques. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mars 1906. — Présidence de MM. Berne et Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 55.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — « *L'eucaïne et la stovaïne en obstétrique* » du Dr Samuel Gache ; « *Clinical contributions* », de l'hôpital des Massachussets ; « *La Fécondité de la femme dans 70 pays* », du Dr Samuel Gache ; *La Normandie médicale* ; *Le Droit Médical* ».

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de candidature au titulariat de M. le Dr Blondin, ancien interne des hôpitaux ; parrains : MM. Delherm et Duclaux. Cette demande est prise en considération par la Société ; 2° Lettre d'excuses de M. Leudet, qui ne peut assister à la séance ; 3° lettre du secrétaire général de la Société de médecine et de chirurgie pratiques annonçant que cette Société a chargé son bureau de se mettre en rapport avec les commissions nommées par les Sociétés de médecine de Paris et médico-chirurgicale.

L' « *Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord* » invite, par une lettre circulaire, la Société de médecine à se faire représenter à son 3e Congrès, qui se tiendra à Trois-Rivières (Canada) les 26, 27 et 28 juin 1906. Les principales questions traitées seront : 1° la tuberculose ; 2° l'alcoolisme ; 3° l'hygiène infantile.

M. le Président, au nom de la Société, remercie l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord ; la Société de médecine délègue M. Adelstan de Martigny, membre correspondant à Montréal, pour la représenter à ce Congrès.

M. le Secrétaire général annonce le décès de M. le Dr H. Devalz, membre correspondant aux Eaux-Bonnes : il a adressé une lettre de condoléance à sa veuve au nom de la Société.

M. Stassano, au nom du Dr Jullien, empêché, et au sien, fait une communication sur : **Cinq cas de gommes traitées par le levurargyre**. (*Sera publiée.*)

M. Graux demande la dose exacte du médicament.

M. Stassano. — Pour les cas secondaires, nous avons donné 3 fois par semaine une injection de 10 cm³ de levurargyre ; bons résultats. — Dans les cas graves, nous avons injecté jusqu'à 100 cm³ de levurargyre ; mais nous avons vu que ces doses massives étaient inutiles, et nous obtenons de bons résultats en employant 10 cm³ en moyenne par injection. — Le lévurargyre est du mercure fixé par de la levure de bière que je cultive, et additionnée de bichlorure de mercure.

Le fait d'injecter 3 fois par semaine 10 cm³ de lévuragyre représente 9 milligrammes de mercure métal.

M. Duclaux. — Quel est l'avantage de cette médication ?

M. Stassano. — C'est d'employer une moindre quantité de mercure métal.

M. Lematte. — Pendant longtemps, on a cru que plus on augmentait la dose des médicaments, plus l'organisme en profitait : ceci est absolument faux.

Si on donne du phosphore sous forme de nucléo-prétéide vivante, on a une fixation du phosphore sur la molécule.

Pour le mercure, on a dit souvent à tort : le composé le plus riche en mercure sera le plus apte à guérir la syphilis.

Les expériences de M. Stassano prouvent que, pour agir bien et vite, il faut que le mercure, comme tous les métaux pour agir convenablement, passe par un milieu organique. Et ce qui est vrai pour le mercure est vrai pour l'iode, et tant d'autres.

M. Stassano. —Je remercie M. Lematte d'avoir mis la question au point, et je tenais aujourd'hui à publier surtout des cas spéciaux.

M. Berne. — L'intéressante communication de nos confrères Jullien et Stassano nous permet de constater, sur l'épreuve radiographique, l'aspect réel de l'hyperostose syphilitique du tibia.

Nous rapprochons cet état de celui constaté pour la première fois par le professeur Lannelongue, sur les tibias dans la syphilis héréditaire à détermination osseuse, le tibia des héréditaires, tibia en « lame de sabre », appelé aussi « tibia Lannelongue » ne présente *pas de déviation de l'axe* de l'os. Même chose dans ce cas de syphilis osseuse chez l'adulte dont nous voyons la reproduction radiographique de profil.

Sur la planche soumise à notre examen, le tibia paraît convexe et incurvé, mais n'est que modifié dans sa forme et non dans la direction de son axe ; il y a hyperostose c'est-à-dire production exagérée de la substance de l'os et du périoste ; la syphilis est ossifiante dans la plupart des cas de lésions gommeuses sous-périostées. L'iodure de potassium était employé à l'hôpital Trousseau avec grand succès par le prof. Lannelongue dans le traitement des hyperostoses gommeuses observées chez les enfants atteints de syphilis osseuse.

M. Godlewski. — On a demandé à M. Stassano les avantages de cette préparation ?

Je crois que les injections hydrargyriques, tout en faisant beaucoup de bien, peuvent faire beaucoup de mal. — Donc en employant les faibles doses de mercure métal de M. Stassano, et en obtenant ainsi de bons résultats, on peut trouver un grand avantage dans cette médication, car on pourra éviter les accidents d'hydrargyrisme.

M. Stassano. — C'est pour cela que, même en pleine stomatite, nous avons employé avec résultat le lévurargyre.

M. Graux. – Où peut-on se procurer ce médicament ?

M. Stassano. — Il est maintenant dans le commerce.

M. Christian.— Pourquoi y a-t-il eu, même avec ce médicament, des récidives dans les cas publiés par M. Stassano ?

M. Stassano. — Il n'y a pas eu de récidives dans les cas que j'apporte, car il ne s'agissait alors que d'un traitement non prolongé, et l'insuffisance du traitement a été la cause de cette récidive.

M. Christian. — On nous a appris autrefois que la syphilis tertiaire relevait uniquement de l'iodure de potassium et que, dans ces cas, le mercure était nuisible.—J'ai vu ainsi et par ces traitements des cas aggravés et guéris. — Aujourd'hui tout est changé: pourquoi ne veut-on plus employer l'iodure de potassium ?

M. Stassano.— Je vois, avec notre médication, même en 24 heures, des progrès considérables : voilà pourquoi je la préfère.

M. Christian. — Je crois qu'on a les mêmes résultats heureux avec l'iodure de potassium ; et c'est à cette médication que j'aurais encore recours si je devais soigner une syphilis tertiaire.

M. Godlewski —J'ai eu à soigner bien des syphilitiques et j'ai remarqué l'efficacité incontestable de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire. — Je crois donc qu'il faut avoir recours, dans les cas tertiaires, à ce médicament ; tel est le cas des syphilitiques hémiplégiques, chez lesquels on peut, grâce à l'iodure de potassium, obtenir de merveilleuses améliorations.

M. Monel. — Pour répondre à M. Christian, ce ne sont ni les malades ni les médecins qui ont changé ; la manière de traiter a, seule, changé.

La syphilis qui occasionne des accidents vasculaires est heureusement combattue dans certains cas par l'iodure ; mais ce sont les cas les plus rares.

Pour les gommes de la jambe, par exemple, traitez avec de l'iodure ou avec du mercure, et vous verrez la différence.

Il est essentiellement illogique, par exemple, dans les cas d'accidents de la bouche, de donner de l'iodure qui augmentera encore ces lésions par sa présence, en irritant les muqueuses. — Le mercure bien employé, dans la grande majorité des cas, peut suffire.

M. Duclaux. — Je crois que, dans certains cas, on peut employer l'iodure de potassium sous forme d'injections locales au pourtour de la plaie. — Labadie-Lagrave l'a préconisé autrefois, et j'ai eu moi-même l'occasion de le faire avec succès sur des enfants.

M. Deléage. — J'ai entendu dire autrefois que l'iodure était très dangereux à employer dans le cas de syphilis cérébrale ; pour ma part, j'ai observé un cas mortel de syphilitique traité par l'iodure.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, venu me consulter à Vichy et qui présentait une syphilis du foie avec une roséole intense. — Je lui donnai de l'iodure pendant quatre jours ; le cinquième, j'observai une vaste tache ecchymotique de la région fessière qui disparut par le régime lacté !

Le malade partit, revint consulter à Paris un dermatologiste qui lui préconise de l'iodure. — Il part en Normandie, prend son iodure et meurt en peu de jours d'une hémorragie intestinale.

Aussi serai-je très réservé dans l'emploi de l'iodure pour le cas de syphilis, surtout avec lésions hépatiques.

M. Desnos. — Le mercure à hautes doses dans les cas graves a donné de merveilleux résultats ; je crois que la syphilis est très délicate à traiter, et il faut suivre le malade avec grand soin pour voir l'effet du traitement.

M. Monel. — J'estime qu'il est prudent de faire toujours l'examen des urines avant de soigner un syphilitique ou de recommencer une série d'injections.

La variabilité des maladies est très grande, il y a un vrai doigté à acquérir pour traiter la syphilis qui ne doit plus se traiter comme autrefois selon une formule algébrique.

Election.

M. le Dr Lucien Graux, ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de Médecine de Paris.

La séance est levée à 6 h. 45.

L'un des secrétaires annuels,
Dr Mortier.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Session de mars 1906.

Conformément à un arrêté ministériel en date du 22 février dernier, le Conseil supérieur de l'Assistance publique s'est réuni en session ordinaire mardi dernier 27 mars. La session a été ouverte par M. Sarraut, sous-secrétaire d'Etat, parlant au nom de notre ami G. Clémenceau, ministre de l'intérieur. M. Sarraut s'est exprimé ainsi :

Monsieur le Ministre de l'Intérieur avait à cœur de présider à l'ouverture de vos travaux. Une obligation impérieuse de sa charge, celle d'assister au Conseil des Ministres, l'en empêche. Il m'a confié la mission de l'excuser auprès de vous et le très grand honneur de vous traduire les sentiments de

haute estime et de confiance dont il eût aimé vous apporter lui-même l'expression.

En son nom, Messieurs, je veux, une fois de plus, vous remercier du concours si précieux et si dévoué que le Conseil supérieur, depuis sa fondation, n'a cessé de donner au gouvernement de la République. Le pays et ses représentants savent combien votre part est grande dans l'œuvre d'assistance et de justice sociale qui s'est accomplie depuis dix-huit ans. Ils savent que c'est dans le sein de votre assemblée, grâce au labeur judicieux et considérable de vos délibérations, où les esprits les plus éminents comme les plus généreux associent la double et féconde collaboration de la science et de la bonté, que se sont dégagées, tracées et précisées, les lignes essentielles des lois sur la protection de l'enfance, sur les secours médicaux donnés aux malheureux, et l'obligation de l'assistance aux vieillards et aux incurables.

En ouvrant votre session de 1905, le ministre de l'intérieur vous disait qu'il comptait faire un appel plus large encore à votre bienfaisant concours et qu'il demanderait au Conseil supérieur sa collaboration constante à l'action administrative, afin d'assurer les applications pratiques des lois dont vous aviez posé les principes directeurs.

Telle est aussi, Messieurs, l'intention du ministre actuel et vous en trouverez la preuve dans l'exposé des questions inscrites à votre ordre du jour, comme aussi dans la liste de celles, plus nombreuses encore, dont l'étude, confiée à vos sections, se poursuivra et s'achèvera, nous l'espérons, à bref délai, dans le labeur de vos discussions générales.

Aussi bien, cette session marque une évolution essentielle, on peut le dire, dans le fonctionnement de votre assemblée.

Les pouvoirs publics ont pensé avec raison qu'une assemblée telle que la vôtre avait qualité non seulement pour donner des avis facultatifs, mais aussi pour collaborer plus intimement à l'action gouvernementale et à l'application des lois que votre effort avait préparées.

Et c'est ainsi que vous êtes appelés à surveiller et à régulariser l'application de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards en nommant la commission chargée de statuer définitivement sur les secours qui pourront être formés en ce qui touche l'inscription sur les listes.

D'autre part, aux termes du projet de règlement d'administration publique actuellement soumis au Conseil d'Etat, vous serez appelés à participer à l'établissement du tableau d'avancement du personnel de l'inspection de l'Assistance publique.

Ainsi, Messieurs, le Conseil supérieur se transforme ; son rôle s'élargit et se précise à la fois : d'assemblée consultative, il devient un corps ayant, sur certaines questions, un pouvoir propre et une action spéciale.

Dans cette nouvelle partie de vos attributions, le gouvernement sait que vous apporterez sans compter le concours demandé à un dévouement et une compétence dont vous avez déjà donné tant de témoignages précieux.

Et c'est pourquoi, Messieurs, au nom des déshérités et des malheureux dont il entend, par un effort justement obstiné, alléger chaque jour davantage le fardeau douloureux de misères, le Gouvernement vous remercie de l'aider si généreusement dans la tâche de solidarité humaine et de justice sociale qui sera le plus lourd devoir, mais qui sera aussi le suprême honneur de la République Française.

Après ce discours, accompagné de nombreux applaudissements, le Conseil a maintenu l'ancien Bureau (1) et aborde la discussion de la première des questions à l'ordre du jour : *Projet de Règlement d'administration publique pour l'exécution* de la loi du 24 juillet 1889 sur les *enfants moralement abandonnés*, rapport de M. Brueyre. A propos de l'article 6, prescrivant la tenue d'un *carnet* sur lequel seront indiqués, à la date où elles auront lieu, les visites effectuées par les médecins, nous avons proposé l'addition suivante : « Le médecin devra inscrire sur ce carnet le diagnostic des maladies présentées par l'enfant », tentant de constituer ainsi un essai de *carnet sanitaire* qui, en dépit des efforts de quelques médecins, ne se vulgarise pas du tout. Malgré l'appui de M. Pédebidou, le Conseil a écarté notre proposition. — Les autres questions étaient les suivantes :

3° Projet de Règlement d'administration publique, pour l'exécution du la loi du 28 juin 1904 sur les pupilles difficiles. M. Brueyre, rapporteur.

4° Avis à donner sur les demandes des communes formées en vertu de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893. M. Campagnole, rapporteur.

5° Election des 15 membres du Conseil appelés à faire partie de la Commission centrale prévue par l'article 17 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

Ont été nommés : MM. Strauss, Labiche, Labrousse, Dron, Mirman, Ogier, Paulet, Mesureur, Coulon, de Villeneuve, Alapetite, Rondel, Magnan, Ferdinand Dreyfus ; — *Suppléants* : MM. Briand, Boucart et Brunot.

6° Vote d'une liste de présentation de 3 membres du Conseil, pour l'un d'eux être appelé à faire partie du Conseil supérieur d'hygiène, en exécution de l'article 25 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique et du décret du 7 juillet 1904.

Les membres désignés sont MM. Bourneville, Drouineau et Lande. La session a été close hier vendredi.

(1) Président, M. Strauss; vice-présidents, MM. H. Thulié et Sabran.

VARIA

Banquet en l'honneur du Dr Séailles.

Vendredi 23 mars, à 7 heures 1/2, a eu lieu chez Marguery un banquet confraternel en l'honneur du Dr Séailles, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, qui a été récemment promu chevalier de la Légion d'honneur. M. Rotillon, au nom du Syndicat des médecins de la Seine ; M. Billon, au nom de la Société médicale des bureaux de bienfaisance ; M. Louis Gourichon, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France ; M. Diverneresse, au nom du Concours Médical ; M. Weil, au nom des médecins de l'état civil, Mes Rocher et Groslard, avocats du Syndicat des médecins de la Seine ; M. Suarez de Mendoza, comme médecin étranger, ont pris tour à tour la parole. M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a terminé la série des toasts. Rappelant les services rendus aux pauvres de Paris par M. Séailles comme médecin des Bureaux de bienfaisance et comme organisateur et directeur d'un dispensaire antituberculeux, qui est un des rares qui remplissent bien leur but humanitaire et prophylactique, M. Mesureur a fait remarquer que la fleur rouge qui avait poussé à la boutonnière de M. Séailles était semblable à une de ces humbles fleurs des champs qui éclosent naturellement sur le terrain qui leur est destiné ; elle n'a certes rien de commun, a-t-il ajouté, avec ces fleurs de serre qui ont besoin pour naître de tous les artifices d'une culture intensive et ne peuvent s'épanouir que sous l'influence pressante d'une chaleur artificielle. De nombreux bans ont salué toutes ces marques d'estime et de sympathie et la fête s'est terminée par la remise au Dr Séailles d'un bas-relief en bronze de Chapu « *La Pensée* » souvenir de cette belle soirée. J.-M.

La Prophylaxie de la diphtérie dans les stations balnéaires.

M. Dubief, avant de quitter le ministère de l'intérieur, a adressé à toutes les communes une circulaire relative aux mesures préventives qui doivent être prises dans les cas de diphtérie, conformément à la loi du 15 février 1902. Elle avait été dictée par les motifs suivants : Le docteur Vaucaire.

à la suite d'incidents qui s'étaient produits à la fin de la saison dans une station balnéaire, avait réclamé du conseil supérieur d'hygiène et de M. Mirman, directeur de l'hygiène publique, une enquête médicale ayant pour but de vérifier les allégations qu'il avait produites au sujet de cas de diphtérie. M. Mirman, a déclaré à la Chambre qu'il avait chargé le docteur Renault, inspecteur général des services sanitaires, médecin des hôpitaux, de procéder sur place à cette enquête, que des cas de diphtérie assez nombreux s'étaient réellement manifestés, et qu'un service de désinfection avait été organisé par la municipalité qui avait pris toutes les mesures pour empêcher la contagion de s'étendre. L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, s'est occupée de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations balnéaires, afin que certains pouvoirs soient donnés aux médecins en vue de l'isolement des malades et de la désinfection. (*Le Temps* du 27 mars.)

LES CONGRÈS

Congrès international de Médecine de 1909.

Le gouvernement royal hongrois a chargé les délégués hongrois auprès du XV[e] Congrès international de médecine, à Lisbonne, d'inviter le Congrès pour sa XVI[e] session, en 1909, à Budapest. Le gouvernement a mis à sa disposition 100,000 couronnes pour les dépenses; l'assemblée générale de la capitale de Budapest a voté la même la somme. L'invitation sera présentée par le président du comité hongrois. M. L. de Toth, conseiller ministériel.

FORMULES

XX. — Contre l'iritis rhumatismale.

Salicylate de soude	5 gr.
Caféine	0 gr. 50
Eau distillée stérilisée	25 gr.

2 ou 3 cc. en injection intraveineuse dans la veine médiane céphalique par exemple tous les jours ; ou 4 ou 6 cc., trois fois par semaine. (A. Darier, in *Sem. Méd.*)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des congestions pulmonaires et des hémoptysies par l'Hélénine.

Introduite dans le sang, l'Hélénine de Korab exerce à un haut degré une action stimulante, accompagnée de diminution de la tension vasculaire et d'abaissement de la température, rigoureusement observée par les appareils du professeur Marey du Collège de France (communication à la *Société de Biologie*). La propriété, bien démontrée, que possède l'Hélénine de diminuer la tension vasculaire, fait d'elle un médicament précieux pour combattre les congestions pulmonaires et prévenir les hémoptysies.

De là résulte l'avantage incontestable de l'employer dans les phases d'ulcérations et même de cavernes, où la fonte des tissus fait craindre la rupture d'un vaisseau ayant pour cause la disproportion entre la tension vasculaire et la paroi sanguine amincie. L'Hélénine s'administre sous forme de globules du D[r] de Korab à la dose de 2 à 4 par jour.

Radiologie médicale. — (*Cours de vacances*, par le D[r] A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques) du dimanche 8 avril au samedi 14 avril. — Matin : 10 heures. Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie — Matin : 11 heures. Exercices pratiques de radioscopie particulièrement appliquée à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac — Soir : 2 heures. Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine. Il commencera le *dimanche 8 avril à 10 heures du matin* à l'hôpital Saint-Antoine. Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 9 *avril* dans le laboratoire du D[r] Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 4 avril.* — *M. Audbert* : La rachistovaïnisation en obstétrique (MM. Pinard, Reclus, Segond, Wallich). — *Mlle Avdakoff* : La paralysie de la branche externe du spinal dans le tabes (MM. Reclus, Pinard, Segond, Wallich). — *M. Prudhomme* : Les fistules du cou d'origine dentaire (MM. Reclus, Pinard, Segond, Wallich). — *M. Sauve* : Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées (MM. Segond, Pinard, Reclus, Wallich). — *M. Bauer* : Recherches sur les voies de la circulation sanguine intrahépatique (MM. Brissaud, Roger, Richaud, Balthazard). — *M. Civatte* : Les parapsoriasis de Brocq (MM. Brissaud, Roger, Richaud, Balthazard). — *M. Sabatier* : Médecine et mutualisme (de l'Œuvre médicale dans les sociétés de prévoyance et d'assistance sociales (MM. Roger, Brissaud, Richaud, Balthazard). — *M. Noir* : Dactylite syphilitique ; Syphilis osseuse du métacarpe et du métatarse (MM. Gaucher, Retterer, Claude, Macaigne). — *M. Boisseau* : Traitement local des gommes syphilitiques par des injections d'iodure de potassium (MM. Gaucher, Retterer, Claude, Macaigne). — *M. Symoneaux* : Etude du lichen scrofulosorum (MM. Gaucher, Retterer, Claude, Macaigne).

Jeudi, 5 avril. — *M. Queuille* : L'artérite rhumatismale aiguë (artères périphériques) (MM. Debove, Joffroy, Raymond, Dupré). — *M. Charpentier* : Dégénérescence mentale et hystérie. Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale (MM. Joffroy, Debove, Raymond, Dupré. — *M. Menaut* : De la main bote dans la maladie de Friedreich (MM. Raymond, Debove, Joffroy, Dupré). — *M. Simon* : Contribution à l'étude des kystes séreux du rein (MM. Guyon, Le Dentu, Berger, Brindeau). — *M. Déhry* : La tuberculose du pubis chez l'enfant (MM. Le Dentu, Guyon, Berger, Brindeau). — *M. Devraigne* : Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements (MM. Le Dentu, Guyon, Berger, Brindeau). — *M. Alquier* : Hernies intercostales abdominales (MM. Berger, Guyon, Le Dentu, Brindeau). — *M. de la Lande de Vallière* : Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans l'infection puerpérale (MM. Cornil, Budin, Bezançon, Demelin). — *M. Voguet* : Section latérale du pubis dite opération de Gigli (MM. Budin, Cornil, Bezançon, Demelin). — *M. Baudon* : Le syndrome de Little — Valeur nosolgique — Formes cliniques — Traitement (MM. Hutinel, Gilbert, Thiroloix, Méry). — *M. Toutain* : Relations de la chorée de Sydenham avec la tuberculose (MM. Gilbert, Hutinel, Thiroloix, Méry.

Examens de doctorat. — *Lundi, 2 avril.* — 3[e] (2[e] partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Gaucher, Legry. — 1[er] (1[re] série, Oral, Salle Broussais) : MM. Blanchard, Leguèu, Branca. — 1[er] (2[e] série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Cunéo, Proust. — 1[er] (3[e] série, Oral, Salle Vulpian) : MM. Reclus, Sébileau, Rieffel. — 3[e] (2[e] partie, Oral, Salle Richet) : MM. Brissaud, Roger, Teissier. — 4[e] (Salle Béclard) : MM. Dejerine, Richaud, Macaigne. — 5[e] (Chirurgie, 1[re] partie, 1[re] série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Legueu, Pierre Duval. — 5[e] (Chirurgie, 1[re] partie, 2[e] série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Mauclaire, Tuffier.

Mardi, 3 avril. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Pozzi, Thiéry, Marion. — 3[e] (2[e] partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Desgrez, Guiard. — 1[er] Oral, Salle Richet) : MM. Poirier, Launois, Rieffel. — 3[e] (1[re] partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. De Lapersonne, Retterer, Brindeau. — 3[e] (2[e] partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Hutinel, Thiroloix, Bezançon. — 4[e] (Salle Charcot) : MM. Chantemesse, G. Ballet, Vaquez. — 5[e] (Chirurgie, 1[re] partie, Charité) : MM. Le Dentu, Auvray, Morestin. — 5[e] 2[e] partie, 1[re] série, Charité) : MM. Dieulafoy, Dupré, Renon. — 5[e] (2[e] partie, 2[e] série, Charité) : MM. Raymond, Méry, Gouget.

Mercredi, 4 avril. — 3[e] (2[e] partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 1[er] (Oral, Salle Richet) : MM. Poirier, Delens, Rieffel. — 2[e] (Salle Charcot) : MM. Gautier, Ch. Richet, Branca. — 3[e] (1[re] partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Lepage, Cunéo. — 3[e] (2[e] partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Landouzy, Déjerine, Teissier.

Jeudi, 5 avril. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. De Lapersonne, Auvray, Rieffel. — 3[e] (2[e] partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Guiart, Maillard. — 1[er] (Salle Charcot) : MM. Poirier, Launois, Marion. — 3[e] (2[e] partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Dieulafoy, Renon, Jeanselme. — 4[e] (Salle Broussais) : MM. G. Ballet, Vaquez, Langlois.

Vendredi, 6 avril. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Poirier, Mauclaire, Proust. — 3[e] (2[e] partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Macaigne. — 1[er] (Oral, Salle Richet) : MM. Reclus, Cunéo, Rieffel. — 3[e] (2[e] partie, 1[re] série, Oral, Salle Béclard) : MM. Landouzy, Teissier, Retterer. — 3[e] (2[e] partie, 2[e] série, Oral, Salle Broussais) : MM. Brissaud, Legry, Claude. — 4[e] (Salle Charcot) : MM. Gaucher, Gley, Richaud. — 5[e] (Chirurgie, 1[re] partie, 1[re] série, Necker) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5[e] (Chirurgie, 1[re] partie, 2[e] série, Necker) :

MM. Segond, Legueu, Pierre Duval. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 7 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 1er (1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Le Dentu, Launois, Morestin. — 1er (2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Berger, Thiéry, Auvray. — 1er (3e série, Oral, Salle Charcot) : MM. De Lapersonne, Retterer, Marion. — 4e (Salle Richet) : MM. G. Ballet, Vaquez, Langlois. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Roger, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Hutinel, Renon, Gouget. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Gilbert, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 au samedi 17 mars 1906, les naissances ont ete au nombre de 978, se décomposant ainsi : légitimes 711, illégitimes 267.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 984, savoir : 481 hommes et 503 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthematique : 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 25. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 5. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 199. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 77. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 17. — Pneumonie : 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 126. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité sénile : 52. — Morts violentes : 25. — Suicides : 12. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

Concours de l'assistance médicale. — Le classement pour les dix places mises au concours est le suivant : MM. les Drs Poulain, Catz, Blondin, Beauvy, Friedel, Cauzard, Vincent, Bernheim, Castex et Signoret.

Concours de médecin-adjoint des asiles. — Le concours, pour lequel les questions écrites avaient été : *Nerf facial, anatomie et physiologie*, s'est continué à l'Asile-clinique par les épreuves orales à partir du samedi 24 mars. Le jury est composé de MM. Drouineau, président ; Joffroy, Mairet, Régis, Dubuisson, Giraud, Sizaret, Antheaume.

Corps de santé militaire. Promotions. — Sont nommés *Médecins-majors de 1re classe* : Les médecins-majors de 2e classe : de Montéty, 114e inf., maintenu ; Goulon, 1er inf., maintenu ; Lenez, 155e inf., maintenu ; Benoit, 93e inf., maintenu ; Armynot du Chatelet, 151e inf., maintenu ; Wenzinger, 150e inf., maintenu.

Médecins-majors de 2e classe : Les médecins aides-majors de 1re cl. Cordier, 109e inf., maintenu ; Lannou, 93e inf., maintenu ; Picque, école du service santé, maintenu ; Billon, 77e inf., maintenu ; Savornin, 163e inf., maintenu ; Tellier, en congé à Cosne, 83e inf. ; Morel, 153e inf., maintenu ; Ecochard, 137e inf., maintenu ; Taillade, hôp. division Oran, maintenu ; Munaret, 125e inf., maintenu ; Blondel de Joigny, 159e inf., maintenu ; Pasquet, Castillon, 75e inf. ; Perrot, école service santé, maintenu ; Spindler, 117e inf., maintenu.

Mutations. — Les médecins majors de 1re classe Mickanienski, Saint-Mandé, passe Epinal ; Fribourg, Saint-Germain, à Lille ; Maguin, du 19e art., affecté hospice Nîmes ; Guillabert, du 29e art. au 19e ; Rouget, Val-de-Grâce, affecté ministère guerre.

Les médecins majors de 2e classe Guirlet, direct. 4e corps, passe 29e art. ; Pouy, 6e chass., passe école Versailles ; Genod, Alger, passe 6e chass. ; Mathieu, école de Versailles, à direct. 4e corps ; Letainturier de la Chapelle, 3e tir., passe Tonkin ; Blary, 127e inf., au 3e tir. alg.

Le médecin aide-major de 1re classe Nurdin, 3e chass. à pied, passe 127e inf.

Les médecins aides-majors de 2e classe Querleux, de Tunis, à div. Tunis ; Martin, id. ; Geay, d'Alger, passe div. Alger ; Reynaud, hôp. Lille, passe 36e inf. ; Grondone, hôp. Marseille, passe 112e inf. ; Perot, hôp. Oran, à div. Oran ; Laloy, camp Châlons, passe 25e art. ; Nugue, hôp. Belfort, au 3e bat. chas. ; Daumont, off. adm. 2e cl. hôp. Chambéry, à Besançon.

Corps de santé colonial : Promotions. — Sont promus au grade de : *Médecin principal de 2e classe* : Le médecin-major de 1re classe Roques, 22e d'infanterie coloniale.

Médecin principal de 2e classe : Simond, en congé.

Médecins majors de 1re classe : Les médecins majors de 2e classe Thoulon, Compagnie chemin de fer Yunnan, maintenu ; Legendre, Madagascar, maintenu : Cordier, Tonkin, maintenu ; Mille, 8e infanterie coloniale, maintenu.

Médecins majors de 2e classe : Les médecins aide-majors de 1re classe Imbert, Cochinchine, maintenu ; Couvy, 3e art. col., maintenu ; Clavet, corps occupation Chine, maintenu ; Gravot, attaché mission Cameroun maintenu ; Brochard, compagnie chemin de fer Chan-Si, maintenu.

Pharmacien principal de 2e classe : Le pharmacien-major de 1er classe Kérébel, en congé.

Pharmacien principal de 1er classe : Le pharmacien major de 2e classe Etchegaray, Martinique, maintenu.

Pharmacien-major de 2e classe : Le pharmacien aide-major de 1re classe Serph, établissements de l'Inde, maintenu.

Ligue française des mères de famille. — L'Assemblée générale de la Ligue française des mères de famille, fondée par Mme la Doctoresse Edwards-Pilliet, aura lieu le mercredi 4 avril, à 8 h. 1/2, à la Mairie du IVe arr. Elle sera suivie d'un concert. Nous invitons tout particulièrement MM. les Médecins et les Infirmières diplômées.

Nécrologie. — Le médecin principal de 1re classe en retraite Leplat, est décédé à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 20 mars dernier, dans sa 80e année. Médaille d'or de l'internat (médecine), il entra dans la médecine militaire et fut agrégé d'épidémiologie à l'école d'application du Val-de-Grâce. Il était, au moment de sa retraite, directeur du service de santé du 4e corps d'armée au Mans. Il a publié, entre autres travaux, dans les *Archives de Médecine*, en collaboration avec Saillard, un travail remarqué sur les *Virus charbonneux*, au moment même où Davaine s'emparait de la question.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr V. Massini, de Marseille ; de M. le Dr E. Romt, de Marseille.

Chronique des hôpitaux.

Concours de l'Internat. — Oral. Questions données le 20 mars : *Nerf moteur oculaire commun. Signes et diagnostic de la paralysie infantile* ; le 22 mars : *Ligaments larges* ; *Des hémorrhagies de la délivrance dans l'accouchement à terme et de leurs traitements* ; le 23 mars : *Orifice aortique signes et diagnostic de l'insuffisance aortique* ; le 24 mars : *Tubes urinifères, Hématurie* ; le 27 mars : *Muscles releveurs de l'anus chez l'homme. Signes, diagnostic et complications de la dysenterie.*

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le concours s'est ouvert le 26 mars. Les questions données ont été : *Rapports du rein. Hydronéphrose.* Les questions restées dans l'urne étaient : Ligaments de l'articulation du genou et ankylose du genou. Espace intercostal et abcès froids de la paroi thoracique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Octave DOIN
8, place de l'Odéon.

Revue d'Hygiène et de Médecine infantile *et Annales de la Policlinique*. H. de Rothschild. — *Directeur* : Dr H. de Rothschild ; *Secrétaire de la rédaction* : Ch. Mettling. — Sommaire du numéro I (t. V) : Travaux originaux : De l'emphysème sous-cutané, par A. Josias. — Evolution de la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants, sous l'influence du suc de viande et de la viande crue, par A. Josias et J.-Ch. Roux. — Types d'idiotie : 1 cas d'idiotie myxœdémateuse, par Bourneville, Lutaud et Tournay. — Mortalite infantile et statistique des consultations de nourrissons par P. Cavaglia. — Essais sur une psychologie des dessins d'enfants par N. Vaschidé et P. Meunier. — Analyses : Hygiène et alimentation. — Médecine. — Revue des livres. — Variétés. — Index bibliographique.

Librairie BERANGER
15, rue des Saint-Pères.

Boucher (H.). — Coup d'œil rétrospectif sur la variole et la vaccine en France, en Angleterre, en Bavière et en Suisse. In-18 de 24 pages. Imprimeries réunies à Nancy.

Foveau de Courmelles. — L'année électrique. 1 vol. In-12, de 372 pages. Prix .... 3 fr. 50.

Thiéllé (H.). — Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension, basé sur l'étude du chimisme respiratoire. 1 vol. In-8° de 140 pages, Mégard à Rouen.

Libairie HACHETTE
79, boulevard Saint-Germain

Kropotkine. — L'entr'aide. Un facteur de l'évolution. 1 vol. In-16 de 390 pages. Prix .... 3 fr. 50.

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain.

Gaussel (A.). — Les mouvements associés des yeux et les nerfs oculogyres. 1 vol. In-16 de 226 pages. Prix .... 3 fr.

Kirmisson. — Précis de chirurgie infantile. 1 vol. In-8° de 802 pages. Prix .... 12 fr.

Lacassagne (A.). — Précis de médecine légale. 1 vol. In-8° de 892 pages. Prix .... 10 fr.

Poirier et Baumgartner. — Précis de dissection. 1 vol. In-8° de 280 pages. Prix .... 6 fr.

Zimmern. — Eléments d'électrothérapie clinique 1 vol. In-8° de 394 pages.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Relations de Paris avec la Côte d'Azur.

Rapide quotidien entre Paris, Nice et Menton composé de voitures de 1re classe, de lits-salons et de wagons-lits.

Londres-Nice en 27 heures. Paris Nice en 17 heures. Correspondances directes de et pour Londres.

Aller : Paris, départ : 9 h. 20 soir ; Marseille, arrivée : 9 h. 35 matin ; Nice, arrivée : 2 h. 12 soir ; Menton, arrivée : 3 h. 24 soir.

Retour : Menton, départ : 1 h. 40 soir ; Nice, départ : 2 h. 50 soir ; Marseille départ : 8 h. soir ; Paris arrivée : 8 h. 30 matin.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 14 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 7 AVRIL 1906

Le Progrès Médical

UROLOGIE

Utilité de tenir compte des apports alimentaires dans les commentaires urologiques.

Méthode des 3 bocaux.— Chiffres rapportés au kilog corporel. — Evaluation facile du bilan de la nutrition ;

Par L. LEMATTE (1).

Que dirait-on d'un ingénieur qui, voulant évaluer le travail d'une machine, analyserait les cendres du foyer, sans s'occuper de la nature et de la quantité du combustible employé? C'est pourtant ce qu'on fait tous les jours en urologie pratique. On commet une erreur grossière en ne tenant aucun compte du régime alimentaire suivi par le malade, lorsqu'on interprète les chiffres de son analyse.

Nous avons démontré dans plusieurs études antérieures que l'excrétion urinaire contient, comme dit Cl. Bernard, « les détritus résultant des phénomènes chimiques intimes qui s'accomplissent dans tout l'organisme ».

Malgré l'autorité d'une telle affirmation, nous voyons encore l'utilité de l'analyse discutée. Dans son travail l'*Urologie, sa pseudo-faillite*, le docteur Huguet indique les principales causes de cette pseudo-faillite. Il raconte d'une manière très humoristique « comment on devient urologiste ». L'incompétence du pseudo-chimiste est un coefficient dont il faut tenir compte certainement. Le médecin a tout intérêt de ne pas laisser ses analyses s'égarer dans un laboratoire au « polarimètre d'occasion », dont parle Huguet ! J'ai dit que l'analyse devait être faite dans un « sens clinique », en insistant sur les corollaires pathologiques qui se rattachent aux constatations analytiques. Si on veut obtenir de l'urologie tout ce qu'elle peut donner, on doit faire plus.

Il faut de toute nécessité :

1° Connaître les apports alimentaires ;

2° Recueillir les émissions de vingt-quatre heures, d'une façon telle qu'on puisse dégager nettement l'influence de l'alimentation, du travail et du repos sur la qualité des émissions ;

3° Rapporter tous les chiffres au kilog. corporel ;

4° Enfin, dans les commentaires qui suivront les résultats analytiques, tenir compte des antécédents pathologiques du malade, de sa température, de son sexe, et surtout de son âge.

En un mot, l'analyse de l'urine ne sera vraiment utile que si elle est entourée de toutes les précautions qu'il convient de prendre pour qu'elle puisse préciser un diagnostic et aider le médecin à instituer une diététique spéciale et un traitement rationnel.

Une objection m'a été faite : Vous demandez trop au malade ; vous n'obtiendrez pas tous ces renseignements. Une expérience déjà longue est là pour réduire à néant ces objections. Si on se donne la peine de souligner l'utilité de ces indications, qui doivent aider le médecin dans sa tâche, on obtient de suite et de très bonne grâce ce qu'on désire.

Nous allons, dans ce travail, préciser comment il convient de mettre en pratique les données précédentes.

Volume de 24 heures.— On pourrait croire que l'absolue nécessité d'opérer sur la totalité des urines de vingt-quatre heures était chose admise. Pas du tout : il nous arrive presque tous les jours de refuser un échantillon d'urine prélevé à un moment quelconque de la journée, avant ou après le repas, le matin ou le soir ; cette prise d'essai est mise dans une fiole d'une propreté douteuse et apportée ainsi au laboratoire. Pas de renseignements, ni sur le volume de vingt-quatre heures, ni sur le poids corporel, l'âge et le régime alimentaire suivi par le malade. Faut-il encore insister sur la non-valeur d'une analyse pratiquée sur un tel échantillon ? Pour éviter au malade des transvasements inutiles nous lui envoyons un petit panier contenant trois bocaux Voici comment il faut procéder :

Méthode des trois bocaux.— A une certaine heure, le matin à jeun, le malade urine pour vider sa vessie, par exemple à 8 heures, c'est le point de départ. Toute l'urine émise jusqu'au repas de midi est recueillie dans le bocal n° 1. Puis, après le déjeuner, dans l'après-midi, après le dîner et dans la nuit, on urine dans le bocal n° 2, ces émissions sont influencées par le régime alimentaire, la digestion, le travail intellectuel ou manuel. Enfin, le lendemain, à 8 heures, le malade urine une

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Paris, le 10 février 1906.

seule fois dans le bocal n° 3 : c'est l'urine la plus éloignée du dernier repas ; elle ne subit aucune des influences physiologiques imputables à la fatigue ou à l'alimentation ; c'est l'urine du repos qui réflète l'intégrité ou l'altération des fonctions ou des organes. La composition de cette dernière émission est différente des deux autres. Sa densité, sa teneur en matières organiques et minérales, son acidité, sont variables. C'est sur cet échantillon que nous dosons l'acidité. On sait combien la digestion modifie ce facteur, qui peut tomber à 0, de cinq à huit heures après le repas. Sans attacher à l'acidité l'importance que Joulie a voulu lui donner, rapprochée de la teneur en acide phosphorique et des composés azotés mal oxydés, elle peut donner une idée de l'acidité du plasma. Nous reviendrons plus tard sur ces considérations.

Fait capital et qui mérite de fixer l'attention : seule cette méthode *dite des trois bocaux* permet de déceler les *albuminuries* et *glycosuries d'origine exclusivement alimentaire*. Pour faire l'analyse complète, nous mélangeons le contenu des trois bocaux en ayant soin de conserver un échantillon de chacune des émissions. Si, dans la recherche du sucre et de l'albumine, on décèle la présence d'un de ces deux éléments, ou tous les deux à la fois, nous recherchons séparément leur présence dans chacun des trois échantillons. Il m'est arrivé bien des fois de trouver des traces d'albumine et de glucose dans le bocal n° 2. Au contraire, dans l'urine émise le matin à jeun, on ne pouvait pas déceler ces substances. Doit-on conclure alors à une altération de l'épithélium rénal ou à une glycosurie franche ? Je ne crois pas. Une alimentation trop riche en toxines et une digestion défectueuse peuvent laisser passer des corps qui seront une cause d'irritation pour le rein, dont la vigilance sera prise en défaut et laissera transsuder un peu de sérine. C'est un avertissement qui nous indique le mauvais état du tube digestif ou la qualité défectueuse des aliments.

Lorsque la digestion est terminée, la cause disparaissant, le rein remplit son rôle ; l'albuminurie est absente à jeun : il n'y a donc pas de lésion. Si l'alimentation est normale et qu'on trouve, en chauffant l'urine de la journée (du bocal numéro 2) un léger trouble, l'attention du médecin devra se porter sur la place du rein. Les albumineries dites orthostatiques ont souvent pour cause un rein déplacé. Après le repos de la nuit, l'organe, nullement fatigué par la station verticale, a rempli sa fonction normale : on ne trouve pas d'albumine dans le bocal n° 3.

La recherche du sucre faite séparément sur nos trois échantillons fait souvent constater la présence de très petites quantités de glucose dans l'urine des repas (bocal numéro 2) et l'absence de ce sucre dans l'urine du matin. Une conclusion s'impose : les apports alimentaires doivent être modifiés. Nous avons vu des malades, dont la ration était trop riche en sucre ou en amidon, laisser passer une très petite quantité de ces substances non comburées. Un changement de régime faisait disparaître d'une façon définitive le sucre.

Cette méthode permettra au médecin de surveiller étroitement le régime de ses diabétiques. Supposons qu'on trouve dans l'urine moyenne, par litre, 40 gr. de glucose, dans l'urine des repas 35 gr., et dans l'urine à jeun 5 gr., la conclusion à tirer est que le régime n'est pas assez sévère ; le malade n'a pas suivi les prescriptions données. Il faut, en lui mettant ces chiffres sous les yeux, lui faire voir la nécessité de suivre un régime plus strict. Au contraire, si nous trouvons, après la reprise des féculents : dans l'urine des repas 5 gr. de sucre, et 4 gr. 50 à jeun, on pourra être moins strict dans l'exclusion des sucres et des féculents, puisque le régime alimentaire a ici une influence très effacée sur la production de la glucose.

Voulons-nous savoir si la digestion intestinale est normale ? Recherchons séparément l'Indican sur nos trois bocaux. On pourra souvent remarquer la présence de ce corps dans le bocal des repas et son absence à jeun. On voit l'importance que prend la séparation des émissions lorsqu'on veut apprécier la qualité de la nutrition. Chaque bocal contient une pincée de naphtol. Nous conservons ainsi à l'urine toutes ses qualités physiques et chimiques : son acidité primitive, sa teneur en urée ne varient pas pendant plusieurs jours. On comprend toute l'utilité de cette précaution pour le dosage de l'azote total et la recherche de l'alcalinité ou de l'hypoacidité pathologiques.

Chiffres de 24 heures rapportés au kilog corporel. — Ces recherches effectuées sur nos trois bocaux, il convient de faire l'analyse quantitative sur l'urine moyenne. Nous allons obtenir des chiffres que nous rapporterons au litre, puis au volume de 24 heures, puisque le malade nous a donné toute l'urine émise pendant ce temps. Nous allons inscrire ces chiffres dans notre colonne : « *Chiffres trouvés par 24 heures* », et nous allons comparer ces résultats aux moyennes inscrites en regard. Voici un exemple :

	Par 24 heures		Pour 1 kilo corporel	
Mlle A.... 50 ans, 105 kilos.	Chiffres norm.	Chiffres trouv.	Chiffres norm.	Chiffres trouv.
Matières organiques....	30-35	42	0.50	0,40
Matières minérales......	15-20	23.10	0,25	0,22
Total des matières dissoutes..................	45-55	65.10	0,75	0.62
Urée................ ..	26	28	0,35	0.26
Acide urique..........	0,50-0,60	0,38	0,008	0,003
Acide phosphorique.....	3,2-3,5	2,94	0,036	0,028
Chlorures.......... ..	10-12	12,8	0,16	0,12

Les chiffres de 24 heures nous feraient croire que cette malade a une nutrition normale du côté de l'azote, du chlore et du phosphore. Le chimiste remet ces chiffres au médecin qui est étonné des résultats : c'est une arthritique obèse, pesant 105 kilogr. Nous avons fait ici une erreur très grande en comparant les chiffres d'un individu qui pèse 105 kilogr. aux chiffres normaux qui se rapportent à une personne pesant 65 kilogr. Nous ne devons donc pas nous servir des mêmes moyennes pour ces deux individus, mais nous pouvons comparer les chiffres se rapportant à leur kilogr. corporel. Si nous observons ici ces chiffres, les commentaires changent complètement. Notre obèse oxyde trop peu : la thérapeutique et le traitement vont s'orienter pour utiliser mieux les matériaux azotés qui laissent trop de déchets dans l'économie.

Ce qui est vrai pour l'adulte, l'est *a fortiori*, pour les enfants, dont le poids varie d'année en année jusqu'à quinze ans.

En recueillant les documents de Gaube, de Caron de la Carrière, de Monfet, et ceux que notre pratique nous a fournis, nous avons composé les tableaux suivants, qui donnent les variations de poids pour les enfants, garçons et filles, et leurs chiffres urologiques de 0 à 15 ans.

UROLOGIE DE L'ENFANT.

Chez l'enfant, tous les phénomènes de la nutrition sont beaucoup plus actifs que chez l'adulte. Comme l'enfant varie constamment de poids, il est absolument nécessaire de connaître le poids corporel.

Tous les résultats analytiques doivent être rapportés au kilo corporel. — Les chiffres de l'adulte ne peuvent pas s'appliquer à l'enfant.

POIDS NORMAUX DES ENFANTS DE

	Garçons et Filles		Garçons	Filles		Garçons	Filles
	kilos		kilos	kilos		kilos	kilos
1 an...	9 300	6 ans..	24 500	19 500	11 ans..	33	31 500
2 ans..	11	7 ans..	26	22	12 ans..	36	35 500
3 ans..	12 500	8 ans..	27	23	13 ans..	38	40 500
4 ans..	15	9 ans..	29	26	14 ans..	41 500	44 500
5 ans..	16	10 ans..	31	28	15 ans..	46 500	48

COMPOSITION DE L'URINE AUX DIFFÉRENTS AGES

	15 mois à 5 ans		5 ans à 10 ans		10 ans à 15 ans	
	Urine norm.	Urine analys.	Urine norm.	Urine analys.	Urine norm.	Urine analys.
Volume par kilo corporel	29cc6	—	27cc6	—	28cc6	—
Aspect	Limpide	—	Limpide	—	Limpide	—
Couleur	Jaune pâle	—	Jaune pâle	—	Jaune pâle	—
Odeur	Sui generis	—	Sui generis	—	Sui generis	—
Densité	1,022	—	1,022	—	1,021	—
Acidité en P^2O^5	0.051	—	0,045	—	0,048	—
Matières organiques	0.81	—	0,85	—	0.68	—
Matières minérales	0.56	—	0,57	—	0,54	—
Matières totales par kilo	1.37	—	1,42	—	1.22	—
Azote-urée	0,30	—	0,30	—	0,20	—
Urée	0,69	—	0,60	—	0,40	—
Azote total	0.32	—	0,33	—	0.25	—
Acide urique	0,011	—	0,012	—	0,010	—
Acide phosphorique	0.067	—	0,053	—	0,041	—
Chlorure de sodium	0,31	—	0,32	—	0.36	—
Chaux	0.008	—	0,007	—	0,007	—
Magnésie	0.004	—	0,003	—	0,003	—

Bilan de la nutrition en tenant compte des apports alimentaires. — Ces réserves faites dans l'interprétation des chiffres, il faut aussi évaluer les apports alimentaires. Il semble paradoxal, dans l'établissement du bilan de la nutrition, de s'occuper des sorties, de calculer le poids des matériaux azotés, chlorés ou phosphorés, rejetés par l'organisme, sans tenir compte des entrées. Comment pouvoir juger du fonctionnement cellulaire, si on n'évalue pas la quantité de combustible apporté à notre machine pour réparer l'usure? C'est en méconnaissant ces données, que certains praticiens se privent des avantages qu'une analyse faite en temps opportun, pourrait leur fournir. J'ai sous les yeux deux analyses qui démontre d'une façon frappante l'absolue nécessité de connaître les apports alimentaires.

Le premier cas est une jeune fille de dix-sept ans; poids, 42 kil.. état général très mauvais, dyspepsie ancienne, grande faiblesse.

Depuis quelque temps, dit le père, elle suit un régime très fortifiant et prend deux consommés faits à la marmite américaine et deux potages au lait avec deux jaunes d'œuf.

Si on établit la balance entre les entrées et les sorties, on trouve que notre malade fait de l'autophagie et emprunte tous les jours 2 grammes d'azote à ses tissus.

Un deuxième exemple aussi frappant nous est fourni par une malade dont on nous prie de doser le sucre : depuis plusieurs semaines cette malade gardait le lit pour une sciatique grave. Tous les jours, le médecin constatait une réduction très nette de la liqueur de Fehling. Pas de polyurie.

Les chiffres des entrées et des sorties se balancent très bien. Son urine, en effet, réduit la liqueur cupro-potassique. Au polarimètre, nous voyons une déviation *à gauche* (la glucose dévie à droite). Après un nouvel interrogatoire, nous apprenons que la malade prenait par jour plus de 1 kilogr. de raisin. La suppression de cet aliment fit disparaître la lévulose de l'urine.

Ces exemples nous dispensent d'insister sur la nécessité de connaître très exactement le régime alimentaire de nos malades, si on veut interpréter leurs chiffres urologiques.

Evaluation de la ration alimentaire. — Comment peut-on évaluer d'une façon pratique la ration alimentaire du malade en expériences? Rien n'est plus facile. J'ai calculé la teneur en cc. des ustensibles de table. Voici les chiffres moyens :

Une assiette creuse à potage contient......	300 cc.
Un bol à déjeuner........................	350 cc.
Une tasse à thé..........................	120 cc.
Une tasse à café.........................	100 cc.
Un verre à boire ordinaire...............	150 cc.
Un verre à bordeaux......................	100 cc.
Une cuillerée à soupe....................	15 cc.
Une cuillerée à dessert..................	8 cc.
Une cuillerée à café.....................	5 cc.

La viande consommée à chaque repas par une personne d'appétit moyen est environ de 120 à 150 gr.

Pour les autres aliments, la quantité ingérée est en moyenne par jour ; pain, 400 gr., sel, 10 gr. ; légumes, 100 gr.

Le tableau ci-après contient les quantités d'azote, de chlore, de phosphore, d'eau et de matières minérales totales des principaux aliments et des liquides de boissons.

Avec ces renseignements, rien n'est plus facile pour faire les entrées. Le malade indique la quantité de liquide absorbée évaluée par verrées ; la nature et la quantité de viande absorbée, de pain, de légumes, etc. Avec ces tableaux, on peut, en quelques minutes, faire le bilan nutritif. Connaissant les entrées et les sorties, on peut apprécier utilement l'épargne. Si on sait qu'un individu normal a une ration moyenne qui comprend, par vingt-quatre heures : matières minérales 32-33 gr., acide phosphorique 1 gr. 75, chlore (en Nacl.) 6 à 10 gr., azote 13 à 14 gr., on pourra aussi voir si l'alimentation est rationnelle et apporte les matériaux nécessaires aux dépenses organiques.

Ces tables pourront aussi servir à composer l'alimentation des sujets chez qui on voudra insister sur la reminéralisation des plasmas. Au contraire, pour les albuminuriques, les minéraux, et surtout les chlorures alcalins doivent être diminués ; il sera facile de choisir ses aliments peu minéralisés.

Régime lacté. — Ici la nature des apports change tellement les conditions normales, qu'il est indipensable de tenir compte des entrées, si on veut juger la qualité de la nutrition.

Il faut trois litres de lait pour la ration d'entretien correspondant à 100 grammes d'albuminoïdes et 400

Tableau donnant la composition chimique des principaux aliments.

UN LITRE DE	Eau	Vin	Bière	Bouillon	Lait	Une tasse de 150 cc. Café	Thé	Chocolat	Pain 1000 gr.	Œuf Un œuf de 60 gr.
	BOISSONS									
contient en grammes :										
Matières minérales	0,25	2,50	3	4,44	7	0,40	0,028	0,30	7	0,78
Acide phosphorique P^2O^5	0	0,25	0,90	1,50	2	0,053	traces	traces	5	0,27
Chlore (en NaCl)	»	traces	0,20	0,87	1,20	0,003	traces	traces	0,80	0,078
Azote	»	0,43	1,10	1,25	5,50	0,073	traces	0,08	12	1,28
Eau	»	974	900	910	870	150	150	150	150	50

1000 GRAMMES DE :	Bœuf	Veau	Mouton	Poisson de mer	Lentilles	Haricots	Pois	Riz	Pommes de terre	Laitue	Epinards	Pommes
	VIANDES				LÉGUMES ET FRUITS							
contiennent :												
Matières minérales	11,40	13,3	13,3	14	17,93	27,19	28,8	36,5	10,9	12,40	19,8	4,9
Acide phosphor. en P^2O^5	0,80	0,90	3,81	1,33	5,55	9,8	9,9	14,18	0,57	0,61	0,20	0,50
Chlorure en NaCl	1,9	0,80	0,73	5	1,07	0,40	0,78	traces	0,48	0,35	0,20	0,16
Azote	32	26	28,5	26	32	22	33	9,60	3,4	2	6	0,60
Eau	720	788	780	720	98	110	130	144	760	890	880	850

grammes de principes ternaires (gras ou amylacés). Ces 3 litres contiennent : azote, 16 gr. 50 ; phosphore (en P^2O^5), 6 grammes ; chlorures, 3 gr. 60.

L'équilibre physiologique est rompu : le régime lacté apporte à l'organisme un surcroît d'azote et occasionne un déficit minéral considérable.

La fatigue accusée par les malades soumis au régime lacté exclusif peut être facilement diminuée par l'adjonction d'un mélange bien étudié de différents minéraux (chlorures, phosphates, sulfates, etc.). Pendant ce régime, les composés azotés inférieurs, créatine, créatinine, acide urique, diminuent et ce pour le plus grand bien de l'organisme intoxiqué, mais il est indispensable de combler le déficit en minéraux.

Régime végétarien. — A tort ou à raison, ce régime est suivi par un certain nombre de personnes. Nous devons, dans l'interprétation de nos chiffres, nous rappeler que ce régime apporte à l'individu le minimum d'azote. Il faudrait pour obtenir la quantité normale d'azote excrété, qu'un homme prenne par jour 1,205 gr. de pain, 7,600 de pommes de terre, 7 kil. de salade et 25 kil. de pommes ! Etant donnée la petite quantité d'azote contenue dans les végétaux, on ne s'étonnera pas des chiffres très faibles d'urée qu'on retrouve dans les urines. En ignorant ces remarques, on pourrait faire un diagnostic erroné, et craindre une insuffisance rénale ou hépatique, alors que la petite quantité de matériaux azotés excrétée a pour cause un minimum d'apports.

En résumé :

Pour qu'une analyse d'urine apporte au médecin les éléments nécessaires à son diagnostic, il faut :

1° Recueillir toute la quantité émise en vingt-quatre heures, en séparant les émissions qui suivent les repas, des émissions à jeun ;

2° Faire un bilan exact des entrées et des sorties, si on veut apprécier la qualité de l'épargne organique.

Avec ces notions précises, on peut, en toute connaissance de cause, instituer un régime alimentaire rationnel et un traitement utile. (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Les Laboratoires régionaux de bactériologie en Belgique.

Ainsi que le constatait M. le Pr Malvoz, la Belgique est peut-être le pays du monde le mieux pourvu de laboratoires consacrés aux diagnostics bactériologiques. L'importance de cette constatation n'échappera pas à tous ceux qui s'occupent de ces questions, et on devine combien, dans leur pratique journalière, les médecins trouvent d'utiles concours dans ces organisations. Ce mouvement prit son point de départ lors de l'épidémie cholérique de l'Europe occidentale en 1891-1892. Le Sénat de Hambourg décida qu'un institut serait mis à la disposition des autorités sanitaires et des médecins. De même les laboratoires de Gand et de Liége furent, à cette époque, chargés de l'examen des eaux suspectes et des déjections.

La découverte du sérum antidiphtérique de Roux augmenta l'importance pratique de ces services, et dès 1894, le Conseil provincial de Liége décida que le laboratoire de batériologie de l'Université recevrait des subventions destinées à permettre l'examen bactériologique des excreta et la distribution du sérum. Bientôt ce Conseil adopta le projet de création d'un institut provincial qui fonctionne depuis le 1er janvier 1896. Cet exemple a été suivi ; la province de Brabant a traité avec les Instituts bactériologiques des Universités de Bruxelles et de Louvain. La province d'Anvers, la province du Hainaut, l'ont imité tandis que les provinces de Namur et du Limbourg s'adressaient aux Instituts voisins.

L'Institut provincial de bactériologie de Liége a pris une importance considérable. C'est ainsi que depuis sa fondation en 1896, 34,920 analyses ont été faites par

(1) Consulter : *L'alimentation et les Régimes*, par Arm. Gautier. — *La Minéralogie biologique*, par Gautier. — *Origine de l'acidité urinaire*, par L. Lematte.

ses soins. L'examen des éléments de ce chiffre démontre que la progression a été surtout rapide depuis 1898.

Nous trouvons, en effet, 1,154 analyses pour 1898, 2.114 pour 1899, 4,394 pour 1901, 4,579 pour 1903 et 14.045 pour 1904. Les commentaires sont inutiles.

Parmi ces 14.045 examens, signalons : 784 envois faits au service des produits diphtériques, 1469 au service de l'analyse des expectorations tuberculeuses ; 146 au service des produits infectieux variés ; 135 au service du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, 671 au service des analyses d'eau.

Là ne s'est pas limitée la tâche de l'Institut provincial de Liége : en mai 1903, fut créé le Dispensaire du Mineur fondé sur l'initiative de l'Institut provincial de Liége. Ce dispensaire, dont le succès fut considérable, a pris la tête du mouvement de lutte contre l'ankylostomasie ; il procède par enseignement aux mineurs et en même temps qu'il leur apprend les mesures prophylactiques utiles, il étudie les mœurs et la manière d'être du parasite qui détermine cette affection. Le Conseil provincial a puissamment contribué au succès de cette œuvre en décidant que les ouvriers atteints qui se soumettraient au traitement de l'Institut recevraient un secours de chômage, sans limitation de durée.

Il y a là une innovation très heureuse qu'il importe de signaler. Il est désirable d'ailleurs que la France entre résolument dans la voie ouverte par la création des Instituts régionaux de bactériologie. Nous y reviendrons.

Lucien GRAUX.

Un cas d'hématidrose chez une hystérique.

Les hasards de la consultation — l'amenée d'une fillette de 12 ans, atteinte d'*épilepsie*, nous ont rappelé les notes très intéressantes prises sur sa mère, dont le cas mérite d'être cité.

Madame X... (de l'Eure) est venue nous consulter en avril 1892. Elle était alors âgée de 23 ans. Elle a été réglée à 11 ans 1/2, s'est mariée à 16 ans, a eu des *coliques néphrétiques* de 18 à 20 ans 1/2. Le calcul le plus volumineux avait la dimension d'un « gros haricot». Le Dr Bidault (d'Evreux) lui a déclaré n'en avoir jamais vu d'aussi grandes dimensions. Premier enfant à 20 ans, mort à un an on ne sait de quoi, avec *convulsions* terminales : « Il ne faisait qu'un cri depuis qu'il était au monde. »

Début des *crises hystériques* à 21 ans, sans motif déclaré: traction de la langue, qu'elle mordait, déviation des yeux, agitation violente, morsure des bras qui étaient tournés à l'envers. « Ma gorge était gonflée et allait jusqu'à mon menton.» Le ventre était distendu, on entendait comme si c'était de l'eau qu'il y avait dedans. «Il fallait trois hommes pour me tenir et des fois ils avaient du mal». Il y a des crises dans lesquelles « je chante et ris, d'autres dans lesquelles j'ai peur et je pleure.» La première attaque a duré 7 heures. En se réveillant et en reconnaissant le monde, elle a des pleurs abondants. Pas de miction exagérée. Fatigue générale.

La *seconde crise* a eu lieu 2 ou 3 jours après la première, puis, les crises se sont éloignées, la dernière est survenue, il y a trois semaines, l'avant-dernière 15 jours auparavant. Quatre crises au maximum en une semaine. Maximum de durée 7 à 8 heures.

Nous revoyons la malade en décembre 1892. Elle nous apprend que *trois fois*, à la fin de ses crises, elle a eu des *sueurs de sang*, sur les deux côtés du front, sur la pommette gauche, sous les aisselles, entre les fesses : « C'est rouge, rouge, quand ça sort, puis ça devient jaune.» Rien aux mains ni aux pieds. L'apparition de l'*hématidrose est précédée durant 15 minutes de douleurs vives* ; la peau des régions est rouge: « *Ça me brûle et ça me pique.* » « C'est comme la sueur quand elle sort beaucoup.» *Les douleurs cessent dès que le sang coule.* Ce sont là des prodromes classiques.

Hémianesthésie incomplète à gauche. Autrefois tout était plus marqué; depuis quelque temps, la *douleur ovarienne* prédomine tantôt à gauche, tantôt à droite.

Peu d'appétit, vomissements alimentaires presque quotidiens. Fréquents *vomissements de sang*, tous les jours pendant une semaine, puis une rémission de deux semaines. Maximum un verre. Ces *hématémèses* se produisent souvent à la suite des règles. « Celles-ci viennent régulièrement au jour dit : Ça marque et c'est tout, je souffre beaucoup et j'ai des coliques de matrice.» Leucorrhée légère, rapports non douloureux, pas d'hémorroïdes. La miction n'a jamais été involontaire ; mais Me X... ne peut se retenir longtemps : « J'ai toujours été comme ça, étant jeune ça m'échappait.»

Parfois toux sèche, quelquefois crachats avec *filets de sang*. En mouchant, il y a souvent du sang. Ces deux derniers accidents se montrent *avant l'apparition des règles*.

La coïncidence des différentes hémorrhagies, y compris les *larmes de sang*, sont fréquentes chez les hystériques atteintes d'*hématidrose*.

Son père, sobre, est mort écrasé. Sa mère, morte de la *variole noire* en 1871, était sujette à *des crises de nerfs*. Un frère, en bonne santé, n'est pas nerveux. Une sœur, une tante, deux oncles maternels, sont morts de «la poitrine». Ils n'étaient pas nerveux.

Madame T... en plus de l'enfant cité plus haut a eu une fausse couche et deux filles, l'une, Georgette, agée de 12 ans, atteinte d'*épilepsie* : elle nous amène une autre fille de 5 ans en bonne santé, sans convulsions.

Les *crises hystériques* ont disparu lorsqu'elle était enceinte de Georgette — *notre épileptique* — de quelques mois. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 12 années, elle n'en a plus eu.

Dans une brochure intitulée *Louise Lateau ou la stigmatisée belge*, nous avons eu l'occasion de parler des *sueurs de sang* chez les hystériques. Chez elle, comme chez Mlle T..., comme chez la malade de Parrot, celles de Boerhave, de Chauffard, de Magnus Huss, la *sueur de sang*, était précédée de douleurs vives et se compliquait d'hémorragies diverses, en particulier d'hématémèses. C'est en raison de la rareté des cas de ce genre que nous avons cru utile de relater celui de Mme T. (1).

BOURNEVILLE.

(1) On consultera avec intérêt l'article *Hématidrose*, de Maurice Raynaud, dans le *Dictionnaire de Jaccoud* (avec une bibliographie intéressante), ainsi que les histoires concernant les *stigmatisés*, (François d'Assises, etc.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 mars 1906.

Mucus de l'intestin.

MM. Ch. Roux et Riva ont vu que le mucus de l'intestin grêle est sécrété par la muqueuse sous forme de flocons hyalins, qui se dissolvent dans le contenu du gros intestin. Sur l'animal muni d'une fistule intestinale, les auteurs ont pu démontrer que l'extrait aqueux des fèces dissout le mucus hyalin sécrété par l'intestin grêle.

Albumine du liquide céphalo-rachidien.

MM. L. Rénon et L. Tixier rapportent un syndrome très caractérisé au cours duquel le liquide céphalo-rachidien contenait une notable proportion d'albumine (de 2 à 5 gr.). alors que l'examen cytologique ne donnait que des résultats négatifs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pathologique a donné pour les réactions cellulaires et les réactions chimiques des résultats sensiblement parallèles.

Pour les auteurs, si l'examen de l'albumine du liquide cérébro-spinal n'a pas toute la précision désirable, il fournit seul. dans certains cas. en dehors des signes cliniques. les preuves indiscutables de l'existence d'un processus méningé aigu ou chronique.

D'autre part, jamais ils n'ont observé la réaction cellulaire positive avec la réaction chimique négative. Cette dissociation, d'ailleurs. est possible. Des traces indosables d'albumine peuvent se retrouver dans le liquide céphalo-rachidien normal, et cette recherche a d'autant plus de valeur qu'elle est faite extemporanément avec les techniques usuelles pour les recherches d'albumine.

Injections de sérum antidiphtérique chez le lapin.

M. H. Lemaire a observé, après injection de sérum antidiphtérique au lapin, que le sérum est décelable dans le sang dès les premières heures, diminue vers le 6e jour,et du 7e au 11e, apparaissent les précipitines. Le sérum de cheval coexiste quelques jours puis disparaît vers le 10e jour après l'injection. Les précipitines sont encore abondantes.

Dans les injections intra-veineuses, les précipitines apparaissent de façon précoce, vers le 3e jour et sont fugaces et passagères.

Après injection de sérum antidiphtéritique, l'état général de l'animal reste normal,les précipitines le font diminuer de poids, mais il reprend vite ; l'injection n'a, localement, donné aucun accident.

Une fois sur quatre l'auteur a observé une lésion symétrique à caractère nécrotique à la face plantaire du métatarse postérieur.

Hyperglobulie dans le pneumothorax tuberculeux.

M. Raybaud (de Marseille) a observé un jeune homme de 23 ans atteint de pneumothorax droit d'origine tuberculeuse, avec augmentation des globules rouges, qui pourrait être attribué en l'absence de splénomégalie, à la gêne mécanique de la respiration.

Cellule du corps jaune du cobaye.

M. Mulon a trouvé dans des corps jaunes de 15 jours des cellules dont le cytoplasma contient des formations filamenteuses : il y a décelé 1° une substance osmophile ainsi qu'un corps gras, 2° un acide gras. Ces cellules sont identiques à celles que l'on rencontre dans la zone glanduleuse des surrénales du cobaye décrites ailleurs par l'auteur. Ceci crée un lien morphologique entre les surrénales et le corps jaune.

Réaction myéloïde du sang dans la lèpre.

M. Alézais (de Marseille) signale un cas de lèpre avec réaction myéloïde, surtout éosinophilique, du sang.

Influence du régime alimentaire sur les coefficients urologiques et sur le poids de la molécule élaborée.

MM. Desgrez et Ayrignac ont vu que la molécule la plus grosse est fournie par le régime végétarien parce que ce dernier détermine la formation et le passage dans les urines de corps azotés et aromatiques, acide hippurique et analogues de poids moléculaire très élevé. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril.

L'inversion utérine.

M. Pinard rapporte un cas d'inversion utérine chez une multipare accouchée avec le forceps. Réduite manuellement l'inversion se reproduisit quatre jours après. dans des efforts de défécation. Le ballon de Champetier de Ribes donna un excellent résultat. En cas d'inversion un peu ancienne, avec menace d'étranglement, cet instrument est très supérieur à la réduction manuelle.

En dehors des tractions intempestives sur le cordon, l'inversion utérine est assez rare. Elle peut cependant survenir par insertion du placenta, comme l'a vu le Pr Mériel. Elle peut aussi être due à l'inertie utérine.

La réduction est en général facile, surtout avec le ballon de Champetier. Mais en cas d'étranglement et de sphacèle, il faudrait faire l'hystérectomie.

La néphrotomie dans l'éclampsie.

M. Pinard rapporte un beau succès obtenu par MM. Pousson et Chambrelent, de Bordeaux, par la nephrotomie, chez une éclamptique. Sans agir sur la néphrite même,cette opération supprime le gonflement du rein, qui se trouve bientôt trop à l'étroit dans sa capsule fibreuse. Est-ce là la cause de l'albuminurie et de l'éclampsie ? Il est certain qu'Edebohls, lorsqu'il eut l'idée ingénieuse et hardie d'aller découvrir le rein et d'inciser sa capsule, vit celui-ci faire hernie par la fente, et qu'il observa aussitôt, avec la décompression du rein, la cessation des accidents éclamptiques.

Cette opération peut fournir une ressource dans des cas très graves. Mais, dans la pratique courante, elle ne doit pas faire oublier les bons résultats du régime lacté rigoureux et assez précoce, de la saignée, au besoin même de la ponction lombaire ; moyens plus simples, moins graves et très efficaces.

Les remèdes secrets.

M. Huchard lit un rapport sur les nombreux remèdes secrets proposés à l'Académie. Aucun d'entre eux ne mérite de retenir vraiment l'attention. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1906

Vingt-sept cas de botryomycose humaine.

M. Hartmann ajoute aux 5 cas apportés récemment à la Société 27 cas nouveaux dus la plupart à M. Thiéry. La spécificité des tumeurs botryomycosiques n'étant plus admise aujourd'hui, M. Hartmann propose de désigner ces tumeurs, d'après leur structure, sous le nom de *granulomes télangiectasiques*, terme qui ne préjugent en rien leur origine, rappelle leurs principales particularités anatomiques.

Anesthésie par la scopolamine.

M. Routier a employé un certain nombre de fois les injections sous-cutanées de scopolamine combinées au chloroforme et il pense qu'on exagère l'influence de la scopolamine sur la marche de l'anesthésie chloroformique.

M. Ferrier, M. Chaput, M. Segond, insistent au contraire sur les avantages des injections sous-cutanées de scopolamine-morphine avant l'administration du chloroforme. Ces avantages sont : la suppression de l'appréhension pré-opératoire et des douleurs post-opératoires et l'atténuation, dans des proportions considérables, des vomissements.

Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow.

M. Faure fait un rapport sur un mémoire de Jeanbrau et Riche.

Cholécystectomie pour lithiase de la vésicule.

M. Bazy présente une *grosse vésicule* extirpée récemment

pour lithiase biliaire. D'après l'auteur. on rencontre dans la lithiase des voies biliaires tantôt la dilatation de la vésicule, tantôt de la rétraction : dans le premier cas il y aurait sclérose vésiculaire débutant par le col de la vésicule, dans le second, la sclérose débuterait par le fond. CATZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 mars.

Traitement de la tuberculose par la recalcification.

M. P. FERRIER imite les procédés de la nature qui calcifie d'anciens foyers tuberculeux, en employant dans le traitement antituberculeux les sels de chaux (carbonates et phosphates) et les eaux minérales bicarbonatées calciques Il proscrit en même temps les causes nombreuses qui font perdre de la chaux et du phosphore à l'organisme. causes qui sont dues aux fautes alimentaires et qui consistent en introduction ou production d'acides non saturés de chaux. Donc calcification intensive, élimination des facteurs de décalcification (acides), combinées aux mesures hygiéniques, voilà comment traite M. Ferrier les tuberculeux en attendant le sérum de Behring.

M. E. SERGENT a eu d'excellents résultats avec ce traitement qui, en somme, est très rationnel.

M. RÉNON aussi a expérimenté le traitement sur six malades de son service et a observé une amélioration sensible.

Il a constaté que les ouvriers des fours à chaux, quoique éthyliques le plus souvent, ne fournissent pas de bacillaires et dans le pays environnant on a noté une diminution de la bacillose. Ces faits semblent confirmer la théorie de M. Ferrier.

Surrénalite syphilitique de l'adulte. Tréponème pâle.

M. E. HIRTZ revient sur l'observation de M. Jacquet (séance du 23) pour demander quel était l'état de l'aorte de son malade. Dans la syphilis, en effet, l'aortite et l'artériosclérose sont extrêmement fréquentes, et l'observation de M. Jacquet expliquerait très bien cette lésion. La surrénalite constatée histologiquements la présence du tréponème démontrée bactériologiquement, par M Jacquet expliquent la tendance mélanodermique des manifestations cutanées de la syphilis et l'asthénie qui caractérise cette infection.

M. JACQUET n'a pas examiné la crosse aortique, mais l'aorte abdominale était certainement athéromateuse et la mort par hémorrhagie cérébrale parle bien en faveur de l'existence de la sclérose artérielle. Cependant l'examen macroscopique n'a pas été assez complet et le sujet était âgé, ce qui diminue l'importance de la sclérose artérielle du cerveau.

M. JOSUÉ rappelle que les lésions artérielles de la syphilis sont de deux ordres : 1° lésions syphilitiques propres, épaississements et dépressions arrondis ou étoilés, nodules lymphocytaires dans la tunique externe et moyenne, bandes scléreuses, déchirures des lames élastiques ; 2° lésions athéromateuses banales, fréquentes chez les syphilitiques et ces lésions peuvent fort bien être provoquées par les altérations des capsules surrénales.

Spirochète et paralysie générale.

M. QUEYRAT n'a jamais trouvé le spirochète de Schaudinn dans les cerveaux de malades morts de P. G. Mais ce résultat n'infirme pas pour M. Queyrat le rapport de cause à effet entre la syphilis et la P. G., qui serait fonction de la syphilis dans 95 % des cas.

M. SICARD partage l'avis de M. Queyrat.

Porencéphalie acquise, probablement d'origine traumatique. Mort en état de mal épileptique.

MM. CHAUFFARD et RIVET rapportent l'observation d'un homme de 49 ans, qui succomba en état de mal épileptique après avoir présenté trois séries de crises jacksoniennes qui allaient en augmentant d'intensité. Mort avec hyperthermie dans le collapsus.

A l'autopsie on trouva une lésion de para-encéphalite typique siégeant en avant de la zone psychomotrice gauche, dans le domaine de l'artère frontale interne antérieure.

Comme étiologie, on trouve un traumatisme subi à l'âge de 13 ans. La ponction lombaire ne décela rien d'anormal, mais chaque crise était précédée, accompagnée et suivie d'une énorme hypertension artérielle (30). MM. Chauffard et Rivet ne croient pas néanmoins pouvoir mettre les crises en dépendance de cette hypertension, mais admettent plutôt la lésion porencéphalique comme provocateur et de la crise et de l'hypertension. D'ailleurs, les tentatives qui ont été faites d'inhiber les crises par les médicaments hypotenseurs et par le chloral n'ont donné aucun résultat.

M. VARIOT présente un nouveau cas de microsphygmie permanente sans lésion cardiaque, avec ichtyose congénitale et débilité mentale. FRIEDEL.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement créosoté des affections pulmonaires non tuberculeuses ;

Par le Dr M. NIGOUL

Médecin en chef du Dispensaire de la Préfecture de la Seine.

Presque toutes les maladies pulmonaires sont d'origine infectieuse ; leur pronostic dépend de la nature et de la virulence de l'agent pathogène. Mais il dépend aussi de la résistance organique. Chacun est malade à sa manière : tel arthritique ou congestif réagira par des phénomènes inflammatoires exagérés, alors que tel névropathe aura des accès de toux pénibles, une fièvre intense, peut-être du délire. Mais tous présenteront des symptômes fonctionnels et généraux analogues, variables seulement dans leur intensité, suivant la résistance du sujet et la gravité de l'infection. Infection locale, parfois générale, réactions organiques, tels sont par conséquent les deux principes pathogéniques qui doivent inspirer toute la médication pulmonaire, et, sans négliger de calmer la toux, d'abattre la fièvre, de diminuer l'expectoration, le praticien avant tout doit se laisser diriger par la préoccupation bien plus importante de détruire cette virulence et de stimuler ces réactions défensives. Mais ici les discussions commencent : « Vous cherchez, nous dit-on, à soutenir l'organisme prêt à défaillir, rien n'est plus légitime et les moyens ne manquent pas. Mais comment espérez-vous atteindre l'agent pathogène lui-même, à l'abri dans le tissu pulmonaire encombré de leucocytes détruits, et qui émet autour de lui ses toxines mortelles ? Nous n'avons pas encore un moyen efficace d'agir directement sur lui, et nous devons accorder notre attention plutôt à l'état général. »

Cet aveu d'impuissance n'est plus de mise aujourd'hui. Il était possible au temps où la Terpine, les balsamiques, les agents béchiques ordinaires remplissaient toutes nos formules, au temps où la créosote, que l'on savait pourtant antiseptique et dynamogénique, c'est-à-dire capable de réaliser le desideratum cherché, était encore difficile à manier, toxique, caustique, instable et chimiquement mal définie. Mais à l'heure actuelle, il n'en est plus ainsi. La médication créosotée est devenue pratique, car il a suffi aux chimistes de sulfoner le gaïacol, pour conserver à ce remède ses vertus curatives en lui faisant perdre ses inconvénients. Le corps ainsi formé, contenant 52 % de gaïacol cristallisé, est stable, bien défini, absolument sans toxicité sans causticité, sans le moindre danger pour le tube digestif : J'ai nommé le thiocol.

Ainsi constitué, ce corps chimique ne représente pas, à notre avis, un médicament indépendant, tout à fait personnel dans la thérapeutique moderne, mais il doit être envisagé comme le moyen pratique, vraiment sans danger, d'assurer aux malades tous les bénéfices de la médication créosotée. Et alors, le domaine de cette médication s'élargit singulière-

ment ! Désormais, nous ne reprendrons pas seulement la médication de la tuberculose que nous avions été forcé d'abandonner ; mais le thiocol nous offrira lui-même la possibilité d'intervenir contre la pneumonie, les bronchites, les localisations pulmonaires de la grippe, de la rougeole, la bronchectasie, la pleurésie, en un mot, la plupart des affections respiratoires.

Jusqu'à ce jour, presque tous les auteurs avaient perdu de vue cette nouvelle voie de la médication créosotée. Ils avaient consacré leur thèse inaugurale ou d'importantes publications, uniquement à l'action du thiocol contre le bacille de Koch (1). Ainsi ils ont fait naître dans l'esprit du praticien cette pensée que thiocol signifie presque toujours tuberculose pulmonaire.

Il importe, à notre avis, de réagir contre cette association d'idées qui tend à spécialiser ce remède au profit d'une seule maladie, alors qu'il est logique d'admettre que, s'il donne des résultats dans la bronchite bacillaire, à plus forte raison son activité sera-t-elle manifeste dans les autres infections respiratoires. Et si nous arrivons à démontrer que le thiocol exerce sur l'agent pathogène de ces maladies un véritable pouvoir antiseptique; que, d'autre part, il relève l'état général, c'est-à-dire les défenses organiques, nous aurons ainsi prouvé qu'il réalise nettement les conditions thérapeutiques exigées par la pathogénie de ces mêmes affections. Nous avons donc traité par le thiocol 9 cas de bronchite aiguë et 6 cas de bronchite catarrhale chronique. Nous avons ordonné les comprimés de thiocol dosés à 0,50 ctgr., dans 3 cas de pneumonie franche, dans 3 cas de pleurésie, dans 2 cas de bronchectasie et dans 4 cas de grippe à forme respiratoire. Nous l'avons essayé aussi dans 5 cas d'emphysème et chez 7 enfants atteints de rougeole avec gros râles muqueux et toux quinteuse pénible. Cela fait un ensemble assez considérable de faits cliniques nous permettant d'appuyer notre opinion sur la médication thiocolée.

Dans la bronchite aiguë, notre expérience nous autorise à dire qu'il faut donner le thiocol soit à la première période, avant la formation des crachats, soit vers la fin de la période de coction. Dès que le malade a la fièvre et commence à tousser, donnez 4 à 6 comprimés par jour et vous pourrez voir souvent la bronchite guérir en une semaine, avec une période de coction à peu près insignifiante. Dès le début, la fièvre tombe et les troubles gastriques disparaissent. Si vous êtes appelé au moment de l'expectoration, ne donnez pas immédiatement le thiocol, ou donnez-le à dose faible, 2 à 3 comprimés tout au plus, afin de ne pas tarir cette expectoration et de permettre l'évacuation des déchets inflammatoires déjà constitués. Mais au bout de 4 à 5 jours, prenez sans hésiter la dose de 4 à 6 comprimés et même 8, et vous arrêterez facilement la formation des crachats. Le malade toussera beaucoup moins, il reprendra des forces, son appétit augmentera, les râles disparaîtront et vous aurez en moins de 2 semaines obtenu une guérison autrement nette que par toute autre médication.

Dans la bronchite chronique et l'emphysème, les effets du remède sont encore tout à fait remarquables, et c'est ici que nous observons surtout une action asséchante énergique sur la muqueuse bronchique. Dans nos 6 observations, la bronchorrhée a nettement diminué sous l'influence de 6 à 8 comprimés, et il est arrivé chez plusieurs malades que l'expectoration a complètement cessé pendant des intervalles d'une à deux semaines. Ils toussaient encore par moments, mais leur toux était sèche et l'auscultation révélait de simples râles ronflants ; les râles humides avaient complètement disparu. Cette action asséchante du thiocol est vraiment remarquable, les praticiens ne manqueront pas de la constater. Généralement, les malades qui, une fois ces effets obtenus, continuent l'ingestion de 2 à 4 comprimés par jour, conservent ce bon état respiratoire et se mettent à l'abri des recrudescences inflammatoires. Pas plus chez le bronchitique aigu que chez le chronique, le thiocol n'a jamais incommodé les fonctions gastro-intestinales, l'appétit s'est toujours maintenu et l'état général est devenu rapidement plus satisfaisant.

(1) Voir la *Bibliographie* à la fin de ce travail.

Pour l'emphysème, nous ne trouvons pas évidemment dans ce remède le moyen de réparer des lésions irrémédiables, mais il fait disparaître les râles de bronchite concomitante, il tarit l'expectoration, diminue la toux, paraît faciliter la ventilation pulmonaire et relève encore l'état général. On connaît la grande facilité qu'ont les emphysémateux à présenter des accès de bronchite aiguë et de congestion pulmonaire. Or ici encore quand ces symptômes inflammatoires auront disparu sous l'action de 8 comprimés de thiocol par jour, on peut éviter le retour de semblables accidents en faisant absorber aux malades 2 à 3 comprimés par 24 heures un jour sur deux, pendant longtemps, avec un repos de 10 jours par mois.

Dans la pneumonie franche, nous obtenons aussi des effets énergiques avec la médication thiocolée. Plusieurs auteurs ont préconisé déjà le traitement créosoté contre la pneumonie, et ils ont montré que, par ce moyen, nous pouvons agir à la fois sur l'élément infectieux et sur l'état général affaibli. French (2) a cité plusieurs observations de guérison rapide par le thiocol. Van Zandt (3), Smith (4) et Gracey (5) ont déclaré qu'appliqué de bonne heure, ce traitement était presque spécifique de la pneumonie. G. Cain (6) prétend que, chez plusieurs pneumoniques traités par lui, aucune autre médication n'a été nécessaire et que la durée de la maladie a été nettement abrégée. Nos observations personnelles n'infirment en rien les conclusions de ces auteurs. Et pour mieux faire saisir l'action du thiocol sur l'infection pneumococcique nous citerons ici l'observation suivante :

Obs. I — Il s'agissait d'un homme de 37 ans, atteint de pneumonie franche du sommet droit. Quelques heures après le point de côté initial, la température atteignait 39°8. La dyspnée était accentuée et la toux quinteuse. Un grand nombre de râles crépitants fins éclataient au niveau du lobe supérieur du poumon droit qui offrait une matité très nette. Ce foyer était facilement perceptible en auscultant dans l'aisselle. Le cœur était normal malgré 112 pulsations.

Nous avons aussitôt ordonné, avec une révulsion des plus énergiques (ventouses scarifiées à ce niveau) 8 comprimés de thiocol par jour. Le lendemain au soir, à 4 h. 1/2, le thermomètre marquait 38°4 ; le surlendemain 37°6 et le 3e jour 37°3. La fièvre était donc tombée en 48 heures ; le pouls était presque normal. La respiration n'était plus dyspnéique et la toux ne fatiguait plus le malade. L'abondance des urines n'avait en aucun moment diminué. Il existait cependant quelques crachats hémoptoïques. La matité pulmonaire persistait encore et l'auscultation faisait entendre une respiration légèrement soufflante. L'état général n'avait pas faibli, et cependant nous n'avons pas eu recours aux stimulants habituels comme la potion de Tood, la kola, etc.

Au 4e jour, le malade a pris 6 comprimés de thiocol par 24 heures. Les crachats hémoptoïques n'ont pas reparu. L'expectoration, très peu abondante, est devenue muqueuse, la toux s'est calmée, la matité s'est éclaircie et nous avons pu considérer ce pneumonique guéri en 6 jours de traitement.

Les deux autres cas de ce genre nous ont permis d'observer que l'action curative du thiocol était d'autant plus énergique que la médication se rapprochait du début de l'affection. Ordonné plus tard dans une de ces observations, elle s'est montrée moins nette, tout en exerçant encore une action favorable sur l'évolution pathologique. Nous pensons, en effet que le thiocol s'oppose nettement aux dangers d'hépatisation grise. Comme pour la bronchite aiguë, ce remède évite les convalescences traînantes de la pneumonie, si propices aux infections nouvelles, de telle sorte qu'il nous paraît, comme aux auteurs précités, exercer nettement un pouvoir à la fois curatif et préservatif. Mais, nous le répétons, il importe de le donner dès le début et à doses fortes.

Le thiocol donne encore de bons résultats dans les localisations pulmonaires de la grippe et ici nous pouvons assurer que ce remède abrège sensiblement la durée de cette affection. Si en effet, au début de la grippe on donne en moyenne 6 comprimés de Thiocol par jour, on est surpris de constater au bout d'une semaine environ la sédation des phénomènes inflammatoires du poumon et aussi un relèvement appréciable de l'état général. Le malade a plus de forces, il

a de l'appétit, augmente ensuite de poids, et on évite ainsi de redoutables complications infectieuses.

Il en est de même dans la rougeole infantile, et pour notre part, nous avons l'habitude dès le début de la période éruptive, au moment où l'exanthème morbilleux est intense sur l'appareil broncho-pulmonaire d'ordonner le sirop Roche au thiocol par cuillerée à café de 2 heures en 2 heures. Avec cette façon de procéder, il est rare de ne pas observer l'atténuation très nette des gros râles bullaires et de la toux. Nous pensons aussi que ce remède est un préservatif des complications streptococciques au moins aussi puissant que l'antisepsie nasale et bucco-pharyngienne. Dans plusieurs cas, il nous a même semblé que le thiocol favorisait la sortie de l'exanthème. Et nous expliquons ce phénomène par ce fait que le médicament est un stimulant général des fonctions organiques.

Une autre indication très nette de la médication thiocolée est la bronchectasie et la bronchite putride.

Obs. II. — Chez une femme de 57 ans atteinte depuis fort longtemps de bronchite chronique, l'haleine était devenue fétide. Tous les matins au réveil, la malade était secouée par des accès de toux qui s'accompagnaient d'une expectoration très abondante sorte de vomique muco-purulente et de fort mauvaise odeur. Abandonnée dans un vase, ces crachats se divisaient en trois couches, dont l'inférieure était verdâtre. Il y avait eu quelques hémoptysies. A l'auscultation, on constatait les signes d'une caverne, mais l'examen des crachats les montra indemnes de bacilles et de fibres élastiques. Il s'agissait donc d'un cas bien déterminé de dilatation bronchique.

Six comprimés de Thiocol par 24 heures firent, en 10 jours environ, complètement disparaître l'odeur fétide des crachats et diminuer leur abondance. A ce moment, il se produisit une hémoptysie. Mais elle s'arrêta d'elle-même et ne reparut pas. La toux était calmée et l'état général meilleur.

Par la suite cette femme, a continué l'usage du thiocol, et sans arriver à tarir complètement son expectoration, elle est parvenue cependant à conserver les résultats acquis. Les signes physiques étaient atténués ; il n'y avait presque plus de gargouillements ; le souffle cavitaire persistait seul.

Dans nos 3 cas de pleurésie séro-fibrineuse dite *a frigore* et cependant fonction de tuberculose, nous pensons avoir empêché ou tout au moins retardé pour longtemps l'apparition des signes bacillaires sur le poumon. Sous l'influence de 4 à 6 comprimés par jour nous avons noté le relèvement de l'état général, de l'appétit, des forces, une réelle augmentation de poids et malgré toute notre attention nous n'avons pu déceler au sommet l'existence du 2e schème de Grancher. Le thiocol ne nous paraît pas avoir une action bien efficace sur l'abondance ou la résorption de l'épanchement. La médication diurétique et la ponction passent toujours ici en première ligne.

Mais nous ne craignons pas de poser en principe que, dans la pleurésie séro-fibrineuse, la médication thiocolée est indispensable pour rendre le parenchyme pulmonaire réfractaire au développement de la bacillose. C'est surtout à ce point de vue qu'elle doit être instituée.

En résumé, deux remarques s'imposent à tout médecin qui traite comme nous le faisons, les affections respiratoires non bacillaires par le thiocol. C'est d'abord la rapidité des résultats et, en second lieu, l'action favorable du médicament au point de vue pronostique sur l'évolution morbide. Nous venons de voir, en effet, que très peu de jours après le début du traitement, l'expectoration change de caractère. Elle devient muqueuse perd, sa purulence, sa mauvaise odeur, et peut se tarir complètement ensuite. La toux elle-même est calmée. La dyspnée disparaît, la fièvre tombe et l'état général s'améliore. Dans la pneumonie, les effets du thiocol sont encore plus rapides et la fièvre cède en 48 heures environ. Chez les malades atteints d'affection générale infectieuse, comme la rougeole et la grippe, le médicament prévient les complications broncho-pulmonaires. Dans la pleurésie, il s'oppose à l'envahissement pulmonaire par le bacille. En un mot, action curative et préventive, telle est la conclusion de cette étude clinique.

A cela il faut ajouter l'action stomachique et orexique du Thiocol, son pouvoir dynamogénique, sa propriété manifeste d'exalter les défenses organiques. Or, si le thiocol est un merveilleux asséchant pour la muqueuse bronchique, il n'entre pourtant pas dans la classe des balsamiques; s'il est sédatif de la toux, il ne fait pas partie du groupe des antinervins ; s'il abat rapidement la fièvre, il n'est pas un antithermique ; et la question se pose de savoir comment ce remède peut alors déterminer des effets si divers. C'est uniquement par son pouvoir antiseptique. Nous savons, en effet, d'après les recherches de Gripon (7), Martial (8), Maramaldi (9), Schnirer (10), Foussal (11), etc., que le thiocol exerce sur les agents infectieux qui habitent normalement ou pathologiquement les muqueuses respiratoires une action antiseptique certaine. Si l'on recherche dans les crachats la présence de ces microorganismes avant et après le traitement, on constate que leur nombre a sensiblement diminué et parfois même qu'ils n'existent plus après l'ingestion régulière pendant une dizaine de jours de 6 à 8 comprimés dosés à 0,50 ctgr. (Heukeshoven) (1).

D'autre part, nous savons que l'innocuité du thiocol permet de le faire absorber à des doses assez élevées pour déverser dans l'économie une quantité de principe actif suffisante pour imprégner le tissu pulmonaire, les ganglions bronchiques, et arrêter aussi l'action infectieuse.

Voilà bien la solution du problème. Comment en effet, expliquer autrement ce fait que, dans la pneumonie, la fièvre tombe en 48 heures, la toux se calme, la maladie guérit d'une façon plus rapide ? Comment expliquer autrement que, dans la bronchectasie, le caractère fétide et purulent de l'expectoration disparaît en peu de jours ? Et comment expliquer encore, si ce n'est ainsi, que dans tous les cas de bronchite aiguë et chronique, les crachats deviennent très rapidement muqueux et disparaissent ; que dans la grippe, la rougeole, maladies essentiellement infectieuses, les complications pulmonaires sont évitées ou tournent court ; que dans la pleurésie, les signes de bacillose sont des plus difficiles à apprécier sur les poumons soumis au thiocol ? Evidemment, la clinique nous prouve la vérité des notions fournies par les laboratoires, et nous pouvons affirmer que le thiocol agit sur les poumons malades par son pouvoir antiseptique. Nous n'allons pas jusqu'à dire que cette propriété s'exerce sur le bacille de Koch lui-même, bien que certains auteurs l'aient affirmé. Mais nous prétendons sans hésiter qu'il est nettement destructeur des autres agents pathogènes et des infections secondaires. Mais si le thiocol, en frappant les microbes, en arrêtant leurs toxines, permet aux défenses organiques une réaction plus énergique, il est d'autre part certain que ce remède est un accélérateur de la nutrition générale. Avec Berlioz (12), avec Maramaldi. C. Pinet, (13) Schwartz (14), Noe (15), Grumberg (16), Kaplansky (17), Schoull (18) etc., nous affirmons l'action stomachique de ce remède. Nous affirmons que jamais un seul de nos malades n'a éprouvé le moindre malaise gastrique après l'ingestion des comprimés dissous dans un quart de verre d'eau aromatisée ou sucrée ; et que ce soit le relèvement de l'appétit, que ce soit l'atténuation des lésions locales constatée à l'auscultation, que ce soit la réunion de ces deux propriététés en une même action thérapeutique, nous observons que le thiocol relève les forces, augmente le poids des malades, active en un mot la résistance de l'organisme.

Ainsi donc, en dernière analyse, la clinique démontre que la médication thiocolée, tout en étant symptomatique des affections pulmonaires, est avant tout pathogénique, puisque les deux notions directrices de toute thérapeutique pulmonaire : septicité locale, et résistance organique se trouvent précisément réalisées par le thiocol dont les deux propriétés fondamentales sont l'action antiseptique et l'action dynamogénique.

Bibliographie. — (1) Gripon. *Thèse de Paris*, 1903. — Maramaldi. De la valeur et de l'efficacité du thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Naud, éditeur, 1899.— Schnirer. Du traitement médical de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 1899 ; *Klinish. thérap. Woch.*, nos 35-36, 1899. — Foussal. *Le Progrès médical*, no 49, 1904. — Bousquet. L'évolution de la

(1) Heukeshoven.— *Expérimentelles über die Wirkung des Thiocols bei tuberculose.* (Bern, 1899).

médication créosotée. *Presse médicale*, mars 1904; *Mendelsohn Deutsche Aerzte zeitung.*, n° 21, 1900. — Jifard. *Gaz. des hôp.*, n° 24, 1904. — (2) Traitement de la pneumonie par la médication créosotée. — *Gazette des hôpitaux*, n° 3, 1904. — (3) *Medical Record*, 30 mars 1901. — (4) *Med. News*, novembre 1899. — (5) *Charlotte méd. Journ.*, décembre 1899. — (6) *The therap. Gazette*, 15 juillet 1905. — (7) *Loc. cit.* — (8) *Archives de thérap.*, n°s 2 et 18, 1904. — (9) *Loc. cit.* — (10) *Loc. cit.* — (11) *Loc. cit.* — (12) *Le Progrès médical*, 27 février 1904. — (13) *Le Concours médical*, n°s 19 et 20, 1904. — (14) *Klinisch therap. Woch.*, n° 19, 1898. — (15) *Archives générales de Méd.*, n° 42, 1903. — (16) *Thèse de Paris*, 1905. — (17) *Thèse de Paris*, 1900. — (18) *Journal des Praticiens*, n° 33, 1900.

NÉCROLOGIE

LE Dr C. A. PHISALIX.

1852-1906.



Cliché E. Pirou

« Il apparait de temps en temps sur la face de la terre des hommes rares, exquis, qui brillent par leur vertu, et dont les qualités éminentes jettent un éclat prodigieux.

« Semblables à ces étoiles extraordinaires dont on ignore les causes, et dont on sait encore moins ce qu'elles deviennent après avoir disparu, ils n'ont ni aïeuls, ni descendants : ils composent à eux seuls toute leur race » (1).

Ce court passage de La Bruyère est l'éloge le plus vrai le plus juste que l'on peut faire du Dr Phisalix, le savant collaborateur dont nous avons le douloureux regret de déplorer la perte prématurée.

Césaire-Auguste Phisalix naquit à Mouthier-Hautepierre dans le Doubs, le 8 octobre 1852. Il était fils de modestes vignerons et c'est en prenant part dans son enfance aux travaux des champs que le futur savant acquit cette passion de l'étude des choses de la nature qui devait jusqu'à la fin le posséder. Ses excellents parents jugèrent que sa constitution trop frêle ne lui permettrait guère le rude labeur du paysan, aussi favorisèrent-ils de toutes leurs forces le goût que l'enfant mettait à s'instruire. Les braves gens firent ce qu'ils purent ; leur fils commença ses études secondaires à l'établissement le plus voisin, le Petit Séminaire d'Ornans, puis de là, fut dirigé vers le Collège catholique de Besançon. Le jeune homme, par un travail assidu, reconnut les sacrifices très lourds que s'imposaient ses parents et une fois bachelier, tant pour diminuer leurs charges que par prévoyance de l'avenir, il se destina à la médecine militaire. Il prit ses premières inscriptions en 1873, à l'Ecole de médecine de Besançon, comme élève du service de Santé. Ses études médicales se terminèrent à Paris où il soutint une thèse de doctorat sur la *néphrite interstitielle aiguë* en 1877. Entré à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, il en sortit pour être attaché d'abord à l'Hôpital militaire de Lyon, puis peu après, en 1879, il fut envoyé comme aide-major au 4e régiment d'artillerie à Besançon. Ainsi de retour au pays natal, Phisalix vit renaître et se développer son penchant pour les sciences naturelles. Il consacra à leur étude les longs loisirs que lui laissait la vie de garnison. Ce ne fut pas sans lui provoquer quelques déboires. Avec l'esprit étroit et retardataire qui caractérisait encore les vieux officiers de cette époque, esprit qui venait de conduire la France au bord de l'abîme, les supérieurs du Dr Phisalix ne purent comprendre qu'un officier occupât ses loisirs à autre chose qu'à s'alcooliser dans les cafés de la garnison. Le médecin laborieux fut appelé chez le commandant qui lui reprocha ses travaux et lui infligea un blâme officiel avec le motif : « *Occupations étrangères à la médecine.* » Il fallut que le Dr Phisalix se disculpât, qu'il plaidât presque les circonstances atténuantes, qu'il donnât comme argument à la légitimité de ses études, jugées dangereuses et subversives, l'existence d'une épreuve de sciences naturelles dans les examens pour le doctorat en médecine. Ce fait est digne d'être rapporté, pour montrer tout le mérite qu'eurent les médecins militaires de cette époque pour parvenir, malgré de pareilles entraves à s'instruire et à se distinguer.

Sur ces entrefaites, l'expédition de Tunisie fut décidée et le Dr Phisalix accompagna en Kroumirie la brigade Vincendon. Dans cette campagne, où le véritable combattant fut le médecin et le seul ennemi dangereux la maladie, le Dr Phisalix, comme tous ses confrères, fit son devoir. Il en fut même une des victimes, car il contracta une grave affection intestinale qui nécessita son retour en France et dont il ne parvint jamais à guérir complètement.

Pendant son séjour en Tunisie, Phisalix continuait ses recherches en zoologie.

Les hommes, qui aimaient leur major, recueillaient soigneusement, pour lui plaire, au cours de leurs expéditions, les échantillons réputés venimeux de la faune locale. La tente des officiers, au grand effroi de quelques-uns, prit un air de laboratoire.

L'autorité supérieure intervint encore et le jeune savant dut modérer le zèle de ses pourvoyeurs et exiger d'eux plus de discrétion dans la livraison de leurs captures.

La convalescence de M. Phisalix devait être longue. Il résolut d'aller passer son congé à Roscoff et y travailla au laboratoire maritime, accumulant les documents d'une thèse de doctorat ès sciences.

Envoyé à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains tout en faisant régulièrement son service, il put y continuer ses recherches scientifiques, grâce au voisinage du laboratoire maritime de Banyuls et à la bienveillante hospitalité de M. de Lacaze-Duthiers.

Il trouva à Amélie-les-Bains un milieu intellectuel bien différent de celui de son régiment d'artillerie. Ses supérieurs surent vite l'apprécier et ne lui ménagèrent ni sympathies, ni encouragements.

On ne considéra pas ses occupations comme étrangères à la médecine, on le pria, au contraire, de faire des conférences sur l'Histoire Naturelle et toute la population de l'hôpital se fit fête d'y assister.

(1) La Bruyère. — *Les Caractères* : Ch. II. Du Mérite Personnel.

Le Dr Phisalix a toujours gardé un souvenir ému de ce réconfortant séjour à Amélie-les-Bains et a conservé une grande reconnaissance à son médecin-chef M. le Dr Haro. En lui témoignant son affectueuse estime, cet officier distingué avait su favoriser ses études, il lui facilita en outre l'obtention de sa retraite prématurée. La débilité de la santé de Phisalix l'obligea en effet à briser sa carrière militaire.

Sa situation devenait critique, mais d'autre part il pouvait se consacrer entièrement à la science et réaliser le rêve de sa vie. En avril 1884, il était nommé préparateur à la Faculté des sciences de Besançon et soutenait brillamment l'année suivante, sa thèse de doctorat ès sciences dont le sujet était : *Anatomie et physiologie de la rate chez les Ichtyopsidés*. Professeur de Zoologie médicale a l'Ecole de médecine de Besançon en 1886 suppléant dans sa chaire M. Moquin-Tandon appelé à Toulouse, il venait en 1888 d'être nommé chef des travaux de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, quand le Muséum d'Histoire Naturelle de Paris lui ouvrit ses portes. Il y entra au titre d'aide-naturaliste à la chaire de pathologie comparée, titre qui fut changé en 1892, en celui d'assistant. Il devait conserver ces fonctions jusqu'au jour de sa mort, le 16 mars 1906, c'est-à-dire pendant 18 ans. Durant cette longue période, Phisalix prit une part active à l'enseignement, soit en remplissant à diverses reprises le rôle de professeur suppléant, soit en exposant dans des conférences publiques le résultat de ses recherches biologiques.

Les TRAVAUX du Dr Phisalix eurent tout d'abord trait à l'anatomie, à l'embryologie et à la physiologie animales, et dès le début le classèrent parmi les biologistes zoologistes. Après avoir un instant évolué vers la physiologie pure et la pathologie comparée, il revint peu après au sujet favori de ses études, les recherches sur les venins. Les découvertes qu'il fit exigèrent une somme de labeur considérable, elles sont capitales et jettent un jour nouveau sur la théorie de l'immunité. Le nom de Phisalix restera indissolublement attaché à cet intéressant chapitre des sciences biologiques.

La vie privée de M. Phisalix fut d'une belle unité ; chez lui l'homme et le savant étaient si intimement unis qu'il n'était guère possible de les séparer. Il ne brigua aucune fonction, aucune poste qui pût l'éloigner ou même momentanément le distraire de ses études. Son existence de travailleur se fut continuée solitaire dans un froid célibat, s'il n'avait eu le bonheur de rencontrer sur sa route la femme supérieure digne de lui. En 1895, il épousa Mlle Picot, agrégée des lycées de jeunes filles, qui fut aussitôt son élève et peu après sa collaboratrice. Devenue docteur en médecine, Mme Phisalix sut admirablement seconder son mari et égayer les dernières années de sa vie de savant. Au lieu de disputer, dans une jalousie excusable et, pour beaucoup, légitime, son mari à la Science, dont il était si passionnément épris, elle préféra prendre une part intime à son existence austère de chercheur. Son affection bienfaisante adoucit ses derniers moments et lui laissa le suprême espoir de survivre en une collaboratrice qui ne laisserait pas inachevées les recherches entreprises en commun.

La modestie du Dr Phisalix était connue de tous ceux qui l'ont approché; il ne rechercha ni honneurs, ni récompenses, ce furent eux qui vinrent le trouver. En 1884, sur un rapport de M. Perrier, il obtint de l'Institut une récompense au Concours du Prix Da Gana Machado pour ses recherches sur les *chromatophores des céphalopodes*. En 1894, la découverte d'un *sérum antivenimeux* lui valut le Prix Monthyon, qu'il partagea avec Gab. Bertrand ; en 1898 sur un rapport du Pr Bouchard, il obtint le Prix Bréhant, pour ses travaux d'ensemble *sur les venins et les animaux venimeux*.

Officier de l'Instruction publique en 1899, il était en 1900 promu chevalier de la Légion d'honneur et était nommé en 1903, officier de l'Ordre du Lion et Soleil de Perse. M. Phisalix était depuis 1890 membre de la Société de Biologie et faisait aussi partie de la Société d'Entomologie de France.

J. NOIR.

Liste bibliographique des travaux de M. le Dr Phisalix.

De la néphrite interstitielle aigüe. *Thèse de Doctorat en méd.*, Paris 1877. — Rupture partielle de la zonule de Zinn par traumatisme du globe oculaire. *Arch. de méd. et de chirurgie milit.*; 1879, — Structure et texture de la rate chez l'anguille commune C. R. *Ac. des Sc.*, 16 juillet 1883. — Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la rate chez les Ichtyopsidés. *Thèse Doct. ès-sc. nat.*, Paris 1885 ; *Arch. Zool. Exp.*, 1885. — Anatomie et physiologie de la rate chez les poissons et les amphibiens. *Rev. bib. univ. des sc. méd.*, 30 novembre 1885. — Sur le mode de formation des chromatophores chez les céphalophodes. C. R. *Ac. des sc.*, 29 mars 1886. — De l'évolution post-embryonnaire du sac vitellin chez les oiseaux. C. R. *Ac. des sc.*, 21 juin 1886, (en collaboration avec M Charbonnel-Salle). — De la sécrétion lactée du jabot de pigeon en incubation. C. R. *Ac. des sc.*, 26 juillet 1886. (en collaboration avec M. Charbonnel-Salle). — Sur les nerfs craniens d'un embryon humain de 32 jours. C. R. *Ac. des sc.*. 24 janvier 1887. — Sur l'anatomie d'un embryon humain de 32 jours. C. R. *Ac. des sc.* 14 mars 1887. — Sur les nerfs craniens des sélaciens. *Assoc. franç. avanc. des sc.* Toulouse 1887. — Etude d'un embryon humain de 10 millim. *Arc. de zool. exp.*, 2e série, t. VI, 1888. — Note sur le ganglion ophtalmique et la première cavité céphalique chez les poissons. C. R. *Soc. de biol.* 28 juillet 1888. — Note sur la cyclopie chez les mammifères. C. R. *Soc. de Biol.*, 25 juillet 1888. — Monstres cyclopes. *Journ. de l'anat. et de la physiol*, 1888. — Nouvelles expériences sur le venin de la salamandre terrestre. C.R. *Ac. des sc.* 2 septembre 1889. — Action physiologique du venin de salamandre terrestre. C. R. *Ac. des sc.*, 16 septembre 1889, (en collaboration avec M. P. Langlois). — Expériences sur le venin de la salamandre terrestre et son alcaloïde. *Assoc. franç. avanc des sc.*, 14 août 1889. — Sur un mécanisme de transformation de la circulation veineuse chez l'embryon humain. *Soc. de biol.*, 10 mai 1890. — Influence du milieu ganglionnaire sur la vitalité du bacillus anthracis. *Cong. int. de méd. de Berlin*, 1890. — Contribution à la pathologie de l'embryon humain. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.* t. XXVI, 1890. — Etude expérimentale du rôle attribué aux cellules lymphatiques dans la protection de l'organisme contre l'invasion du bacillus anthracis et dans le mécanisme de l'immunité acquise. C. R. *Ac. des sc.*, 18 novembre 1890. — Sur un nématode, nouveau parasite du poumon chez le dauphin. *Soc. de Biologie*, 29 novembre 1890. — Sur le mode de vascularisation du jabot de pigeon. *Soc de biol.* 14 juin 1890. — Sur quelques points de la physiologie des glandes cutanées de la salamandre terrestre. *Soc. de biol.*, 3 mai 1890. — Nouvelles recherches sur les glandes à venin de la salamandre. terrestre. *Soc de biol.*, 14 mars 1891. (en collaboration avec Contejean) — Sur la nature du mouvement des chromatophores des céphalopodes. C. R. *Ac. des sc.*, 19 octobre 1891. — Nouvelles recherches sur la maladie charbonneuse ; production expérimentale du charbon chronique. *Arc. de méd. exp.* 1er mars 1891. — Recherches physiologiques sur les chromatophores des céphalopodes. *Arc. de Physiol.*, avril 1892 — De la transmission héréditaire des caractères acquis par le bacillus anthracis sous l'influence d'une température dysgénésique. C. R. *Ac. des sc.*, 21 mars 1892. — Structure et développement des chromatophores. *Arc. de Physiol.*, juillet 1892. — Chromatophores des céphalopodes. *Soc. de Biologie.* 1892, p. 44. — Régénération de la propriété sporogène chez le bacillus anthracis qui en a été préalablement destitué par la chaleur. *Soc. de Biologie.*, 30 juillet 1892. — Sur une condition qui fait varier la forme de la bactéridie dans le sang d'animaux morts du charbon. *Soc. de Biologie*, p. 981, 1902. — Abolition persistante de la fonction chromogène du bacille pyocyanique. *Soc de Biologie*, p. 576, 1892 (en collaboration avec M. Charrin). — Sur la nature du mouvement des chromatophores des céphalopodes ; causes et mécanisme de ce mouvement. *Ass. franc. pour l'avanc. des sciences*. Besançon, 1893. — Sur un phénomène d'inhibition chez les céphalopodes ; constriction paralytique des chromatophores. *Soc. de Biologie*, p. 887, 1893. — Recherches sur la toxicité du sang du crapaud commun. *Arch de Physiol.*, pp. 511 517, 5e série. 1893 (en collaboration avec Gabriel Bertrand). — Toxicité comparée du sang et du venin de crapaud commun, considérée au point de vue de la sécrétion interne des glandes cutanées de cet animal. *Soc. de Biol.*, p. 477, 1893. (en collaboration avec Gab. Bertrand). — Sur la toxicité du sang de la vipère. *Soc. Biol.*, 9 décembre 1893. (en collaboration avec Gab. Bertrand. *Ac. des Sc.*, 1893. — Influence de la chaleur sur la propriété sporogène du bacillus anthracis. Abolition persistante de cette fonction par hérédité de caractère acquis. *Arch. de Physiol.*, 1893. — Variabilité de la fonction sporogène du bacillus anthracis. *Arch. de Physiol.*, 1893. — Nouvelles recherches sur les chromatophores des céphalopodes. Centres inhibitoires du mouvement des taches pigmentaires. *Arch. de Physiol.*, janvier 1894. — Glandes venimeuses chez les couleuvres et toxicité de ces animaux. C. R. *Soc. Biol.*, p. 8, 1894 ; *Ac. des Sc.*, 1894. — Thyroïdectomie chez la Salamandre. *Soc. de Biol.*, 13 janvier 1894 (en collaboration avec M. Gley). — Atténuation du venin de vipère par la chaleur et vaccination du cobaye contre le venin. *Arch. de Physiol.* 5e série ; *Ac. des Sc.*, 5 février 1894 (en collaboration avec M. Gab. Bertrand). Sur la propriété antitoxique du sang des animaux vaccinés contre le venin de vipère. C. R. *Ac. des Sc.*, 12 février ; *Soc. Biol.*, 10 fév.; *Arch. de Physiol.*, 1894. — Vaccination et accoutumance du cobaye

contre le venin de vipère. *Congrès de Rome*, 1894. — Sur les effets de l'ablation des glandes venimeuses chez la vipère au point de vue de la sécrétion interne. *Arch. de Physiol.* n° 1, janvier 1895, (en collaboration avec Gab. Bertrand). — Recherches sur les causes de l'immunité naturelle des couleuvres contre le venin de vipère. Toxicité du sang et glandes venimeuses. *Arc de Physiol.* 3e série, VI, 1893 (en collaboration avec Gab. Bertrand). — Sur les propriétés ontitoxiques du sang de salamandre terrestre vis-à-vis du curare C. R. *Ac. des Sc.*, 20 août 1894 (en collaboration avec Contejean). — Modifications imprimées au bacillus subtilis par la chaleur. *Congrès méd. de Rome.*, 1894. — Toxicité comparée du sang et du venin de la vipère. *Arch. de Physiol.*, janvier 1894, (en collaboration avec Gab. Bertrand). — Recherches physiologiques sur la matière colorante du pyrrhocaris apterus. C. R. *Ac. des Sc.*, 1894.

Variation de virulence du venin de vipère. *Arch. Physiol.*, avril 1896 (en coll. avec Gab. Bertrand). — Sur l'emploi et le mode d'action du chlorure de chaux contre la morsure des serpents venimeux. (en coll. avec Gab. Bertrand) C. R. *Ac. des Sc.* C. R. *Soc. Biol.*, 8 juin 1895. — Sur les effets de l'ablation des glandes venimeuses chez la vipère au point de vue de la sécrétion interne. (en coll. avec Gab. Bertrand). C. R. *Soc. de Biol.* 1er déc. 1894. *Arch. de Physiol.* janv. 1895. — Sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre comme substances antivenimeuses (en coll. avec Gab. Bertrand). C. R. *Soc. Biol.*, 23 nov. 1895. — Recherches sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère. C. R. *Soc. Biol.* 27 juillet 1895 (en collab. avec Gab. Bertrand). — Influence de la saison sur la virulence du venin de vipère. *Bull. Muséum* n° 2, 1895. — Contribution à l'étude de la variabilité et du transformisme en microbiologie. A propos d'une nouvelle variété de bactérie charbonneuse (b. anthracis claviformis), (en collab. avec M. Chauveau). C. R. *Ac. Sc.* p. 801, 1895. — Sur quelques particularités relatives aux venins de vipère et de cobra. *Bull. Mus. M. Nat.* n° 3 1895 (en coll. avec G. Bertrand). — Remarques sur la toxicité du sang de cobra capello. *Soc. de Biol.*, 25 juillet 1895 (en collab. avec Gab. Bertrand).

Recherches expérimentales sur le venin du scorpion *Bull. Muséum*, n° 2, 1896. — Atténuations du venin de vipère par les courants de haute fréquence. *Soc. Biol.* 29 mars 1696. — Sur les relations qui existent entre les deux procédés d'immunisation : l'accoutumance et la vaccination. *Bull. du Muséum* n° 1, 1896 — Sur l'existence à l'état normal de substances antivenimeuses dans le sang de quelques mammifères sensibles au venin de vipère. *Bull. Musé.*, mars 1896, *Soc Biol.*, avril 1896. — Action du filtre de porcelaine sur le venin de vipère ; Séparation des substances toxiques et des substances vaccinantes. C. R. *Ac. Sc.* juin 1896. — Démonstration directe de l'existence dans le venin de vipères de principes vaccinants indépendants des substances toxiques. *Bull. Mus.*, n° 5, 1896. — Antagonisme physiologique entre les glandes labiales supérieures et les glandes à venin chez la vipère et la couleuvre : la sécrétion des premières vaccines contre les venin des secondes. Carollaire relatif à la classification des ophidiens. *Bull. Muséum.* 1895. — Propriétés immunisantes du sérum d'anguille contre le venin de vipère. *Bull. Muséum* 31 juillet 1896. — Etat actuel de nos connaissances sur les venins. *Rev. Gén. des Sciences*, 29 fév. 1896.

Entérite aiguë de coli-bacille chez deux chats de Siam. *Bull. du Muséum*, janv. 1897. — Sur quelques conditions favorisant l'infection pyocyanique, *Bull. Mus.*, fév. 1897. C. R. *Soc. Biol.*, 27 févr. 1897. — Causes de la diminution de résistance des carnassiers au charbon. *Bull. Mus.*, 30 mars 1897. — Action physiologique du venin de salamandre du Japon. Atténuation par la chaleur et vaccination de la grenouille contre le venin. *Bull. Muséum* 29 juin 1897. — Propriétés immunisantes du venin de salamandre du Japon vis-à-vis du venin de vipère. C. R. *Biol.*, 31 juillet 1897. — Sur les propriétés antitoxiques du sérum de vipère comparées à celles du sérum anti-vénimeux obtenu artificiellement. *Congrès méd. de Moscou*, août 1897. — Nouveaux procédés de séparation de l'échidnase et de l'échidno-vaccin du venin de vipère. *Congrès méd. de Moscou*, août 1897. — Venins et animaux venimeux dans la série animale (1e partie) *Cours du Muséum*, 1897. — Antagonisme entre le venin des vespidae et celui de la vipère ; le premier vaccine contre le second. C. R. *Biol.* 4 déc. 1897. — La cholestérine et les sels biliaires vaccins chimiques du venin de vipère. *Bull. Muséum* 1897. *Biol.* 11 déc. 97. C. R. *Ac. Sc.* — Etude comparée des toxines microbiennes et des venins. *Année Biolog.* 1897.

Action du venin de vipère sur le névraxe. Paraplégie spasmodique. *Soc. Biol.*, 28 janv. 1898 (en coll. avec M. Charrin). — Absence totale de veine cave inférieure chez un cobaye ; persistance de la veine cardinale gauche. C. R. *Soc. Biol.*, 5 fév. 1898. — La tyrosine, vaccin chimique du venin de vipère. C. R. *Soc. Biol.* 5 fév. 1898. — La propriété préventive du sérum antivenimeux résulte d'une réaction de l'organisme ; c'est donc en réalité une propriété vaccinante. C. A. *Soc. Biol.* 5 mars 1898. — Lésions du système nerveux dans un cas d'intoxication expérimentale par le venin de vipère. C. R. *Biol.*, 19 mars 1898. (en coll. avec MM. Charrin et Claude). — Sur une septicémie du cobaye. C. R. *Soc. Biol.*, 16 juillet 1898. — Sur la présence d'une oxydase dans la peau de rana esculenta. C. R. *Soc. Biol.*, 23 juill. 1898. — Méningo-encéphalomyélite aiguë déterminée chez le chien par le bacille de la septicémie du cobaye. C. R. *Ac. Sc.* 25 juil. 1898, *Soc. Biol.* 23 juillet. (en collab. avec M. Claude). — Panophtalmie infectieuse expérimentale. C. R. *Soc. Biol.*, 8 sept. 1898. — Sur quelques espèces de champignons étudiés au point de vue de leurs propriétés vaccinantes contre le venin de vipère. C. R. *Soc. de Biol.*, 24 sept. 1898 — Sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère réponse à Levin) *Soc. de Biol.* 4 fév. 1899 (en collab. avec Gab. Bertrand). — Sur un cas de mort par infection chlolériforme chez le felis concolor. *Bull. Mus.*, n° 1, 1899. — Sur une forme d'hépatite toxi-infectieuse expérimentale. C. R. *Soc. de Biol.*, 4 mars 1899 (en collab. avec M. Claude). — Expériences sur le venin des vives. *Bull. du Mus.* n° 5 1899. — Sur un cas de pseudo-tuberculose chez le mara. *Bull. Mus.* n° 6 1899. — Nouvelles observations sur l'échidnase. C. R. *Ac. Sc.* 10 juil. 1899. C. R. *Soc. Biol.* — Propriétés physiologiques du venin de cœlopeltis insignitus. Corollaires relatifs à la classification des opisthoglyphes. *Volume jubilaire de la Société de Biologie*, 1899. — Venins et coagulabilité du sang. C. R. *Soc. Biol.* 28 oct. 1899. — Relations entre le venin de vipère, la peptone et l'extrait de sangsue au point de vue de leur influence sur la coagulabilité du sang. C. R. *Soc. de Biol.* 4 nov. 1899. — Sur la coagulation du sang chez la vipère. C. R. *Soc. Biol.* 11 nov. 1899. — Essai sur le mécanisme des phénomènes en sérothérapie. *Rev. Gén. des Sc.* 15 nov. 1899.

Sur un cas de maladie de Maurice Raynaud, chez le cobaye. C. R. *Soc. de Biol.*, 29 janv. 1900. — Recherches physiologiques sur le Kosan. *Bull. du Mus.*, n° 2, fév. 1900. — Sur un nouveau microbe pathogène : la bactéridie myophage du lapin. *Bull. Mus.*, n° 3, mars, 1900. — Résistance du hérisson à la tuberculose humaine. C. R. *Soc. Biol.*, 28 juillet 1900. — Observations sur le sang de l'escargot, réduction de l'hémocyanine C. R. de la *Soc. de Biol.*, 28 juillet 1900. — Sur une variété de bacille charbonneux à forme courte et asporogène (bacillus Anthracis brevigemmans). C. R. *Soc. de Biol.*, 28 juillet 1900. — Un venin volatile, sécrétion cutanée du Iulus terrestris. C. R. *Soc. de Biol.*, 8 décembre 1900. *Bull. Mus.*, n° 7, 1900. — La quinone, principe actif du venin du Iulus terrestris. *Soc. Chimique*, p. 88. t. 25. 1900 (en collab. avec M. Béhal).

Recherches sur la maladie des chiens. Vaccination du chien contre l'infection expérimentale par le bacille spécifique. C. R. *Ac. des Sc.*, 7 av. 1901. — Maladie des jeunes chiens, statistique des vaccinations pratiquées du 15 mai au 31 juillet 1901 ; Résultats au 1er nov. 1901. *Soc. de Méd. Vét. Pratique*, 1901. — Action physiologique de l'ibogaïne. C. R. *Soc. Biol.*, 7 décembre 1901.

Relations de parenté entre nos deux espèces indigènes de vipères. Utilité des caractères physiologiques de classification. *Bull. Mus.*, n° 2, fév. 1902. — Sur la présence du venin en nature dans le sang du cobra. *Bull. Mus.*, n° 8. 1902, mars. — Maladie des jeunes chiens, statistique des vaccinations pratiquées du 15 mai 1901 au 15 mai 1902. C. R. *Ac. Sc.*, 26 mai 1902. — Polymorphisme des Pasteurella. C. R. *Soc. de Biol.*, 7 juin 1902. *Bull. Mus.*, 24 juin. — Choléra des autruches et des nandons. *Bull. du Muséum*, 29 av. 1902. *Bull. de la Soc. Nat. d'acclim.*, t. L. (juillet 1903). — Sur les principes actifs du venin de crapaud commun. C. R *Soc. de Biol.*, 12 juillet 1902 (en collaboration avec Gab. Bertrand). — Action du venin de vipère sur le sang de chien et de lapin. Etude comparée de l'hématolyse par les venins chez le chien et chez le lapin. *Bull. du Mus.*, n° 7, 1902. C. R. *Soc. de Biol.*, 26 juillet 1902. — Le jaune d'œuf comme milieu de culture du microbe de la tuberculose : variabilité du bacille de Koch. C. R. *Soc. Biol.*, 1902.

Recherches sur la toxine du microbe de la maladie des chiens. C. R. *Soc. Biol.*, 4 juillet 1903. — Observations à propos des notes de M. Lignières, sur le microbe de la maladie des chiens et la vaccination. C. R. *Soc. Biol*, 4 juillet 1903. — Statistique des vaccinations contre la maladie des chiens, depuis le 15 mai 1902, jusqu'au 11 juillet 1903. C. R. *Soc. de Biol.*, 10 juillet 1903. — Les venins considérés au point de vue de la Biologie générale et de la pathologie comparée, Art. *Revue Gén. des Sciences*, 30 juillet 1903. — Recherches sur les causes de l'imunité naturelle des vipères et des couleuvres. C. R. *Ac. des Sc.*, 27 juillet 1903. C. R. *Soc. Biol.*, 25 juillet 1903. — Guérison spontanée des plaies du cœur et résistance aux hémorrhagies chez la couleuvre à collier. C. R. *Soc. Biol.*, 5 décembre 1903, et *Bull. Mus.*, 29 décembre 1903. — Corrélations fonctionnelles entre les glandes à venin et l'ovaire, chez le crapaud commun. C. R. *Ac. des Sc.*, 14 décembre 1903, C. R. *Soc. de Biol.*, 19 décembre 1903.

Attaques épileptiformes et zone épileptogène chez un cobaye C. R. *Soc. Biol.*, 13 fév. 1904. — Influence des radiations du radium sur la toxicité du venin de vipère. C. R. *Ac. Sc.*, 22 fév. 1904, C. R. *Soc. de Biol.*, 27 fév. 1904. — Recherches sur le venin d'abeilles. C. R. *Ac. Sc.*, 25 juillet 1904, C. R. *Soc. de Biol.*, 23 juillet 1904. — Sur un nouveau caractère distinctif, entre le venin de vipéridés et celui des cobridés. *Bull. Mus.*, 29 nov. 1904, C. R. *Soc. de Biol.*, 3 décembre 1904. — Influence de l'émanation du radium sur la toxicité des venins. C. R. de la *Soc. de Biol.*, 25 fév. 1905. C R. *Ac. Sc.*, 27 fév. 1905. — Sur la présence du venin en nature dans les œufs de vipère, C. R. *Ac. Sc.*, 26 juin 1905, C. R. *Soc. Biol.*, 1er juillet 1905. — Sur la présence du venin dans les œufs d'abeilles, C. R. *Ac. Sc.*, 24 juillet 1905. *Soc. Ent. de France*, 26 juillet 1905. — Sur le changement de coloration des larves de Phyllodromia germanica, C. R. *de la Soc. de Biol.*, 1er juillet 1905.

Condamnation d'un dentiste non diplomé. — Afin d'arracher sans douleur treize dents à une de ses clientes, un dentiste non diplômé avait eu recours au chlorure d'éthyle, qui anesthésia la glotte de la patiente et permit ainsi à une racine de dent de pénétrer dans le poumon. Cette racine occasionna une broncho-pneumonie, dont la malade ne se débarrassa qu'en expectorant, dans une quinte de toux, le corps étranger qui avait pénétré dans le poumon. Traduit devant la 10e chambre correctionnel sous l'inculpation de blessures par imprudence, il a été condamné à un mois de prison, avec sursis. 5.000 francs de dommages-intérêts ont été alloués à la partie civile. (D'après le *Matin*.)

VARIA

Les aliénés à Madagascar.

Nous empruntons à une correspondance publiée par le *Matin* du 30 mars 1906 le passage suivant qui se passe de commentaires ! « Il n'existe pas à Madagascar de service hospitalier pour les aliénés. Dès qu'un indigène est atteint d'aliénation mentale, vous ne devineriez jamais le traitement qui lui est infligé. On rive à ses deux chevilles deux anneaux de fer reliés entre eux par une forte chaîne de 1 m. 30 de longueur. Les poignets sont de même emprisonnés et .. on le lâche sur la voie publique.

La commisération publique s'en empare, l'héberge et le nourrit, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, quand ce ne sont pas les enfants qui le harcèlent à coups de pierre !

J'en connais à Tananarive trois encore à ce jour soumis à ce traitement barbare. Et nous sommes au vingtième siècle, et nous sommes des civilisés ! »

Association des médecins du département de la Seine.

L'Assemblée générale annuelle de cette association aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. BROUARDEL, président, le dimanche 8 avril, à 2 heures très précises. Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1905 par le secrétaire général. — 2° L'élection : d'un président et de deux vice-présidents : MM. BROUARDEL, *Président sortant*, GUYON ET FERNET, *Vice-Présidents sortants* sont rééligibles et se présentent de nouveau aux suffrages. — 3° Le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la *Commission générale*. La désignation de quarante-quatre suppléants.

Mouvement de la Caisse pendant l'exercice 1905.

CAISSE GÉNÉRALE.

Recettes :

Rentes 3 %	51.838 fr.	50
Cotisations	15.560	»
Admissions	216	»
Dons et legs	10.635	»
Cotisations perpétuées	800	»
Reliquat de l'année 1904	150	85
Total	79.200 fr.	35

Dépenses et emploi :

Secours à six sociétaires et à cinquante-quatre veuves ou familles de sociétaires	38.850 fr.	»
Secours à quarante-quatre personnes étrangères à l'Association	6.575	»
Rentes aux légataires Marjolin	4.000	»
Recouvrement des cotisations	600	»
Imprimerie, dépenses diverses	1.684	45
Port des imprimés, timbres-poste	451	05
Achat de 818 francs de rente 3 %	26.920	65
Total	79.081 fr.	15

Balance :

Recettes	79.200 fr.	35
Dépenses	79.081	15
Reste	119 fr.	20

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES

Fonds Ameuille-Barthélemy.

Recettes :

Intérêts des fonds placés et reliquat de 1904	10.091 fr.	60

Dépenses :

Pensions viagères (six semestres) et frais divers	3.602 fr.	40
Achat de 177 francs de rente 3 %	5.906	40
Total	9.509 fr.	10
Reste	582 fr.	50

L'assurance médicale contre la maladie et les accidents.

Le 25 février dernier, l'Association médicale mutuelle du département de la Seine (association Lagoguey) a tenu son Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine.

Cette société, qui compte 20 ans d'existence, s'affirme de plus en plus prospère. Elle a pour but primordial le paiement à tout sociétaire malade d'une indemnité de 10 francs par jour et cela sans aucune limitation de temps, à l'inverse de toutes les sociétés similaires. Autrement dit, tout sociétaire atteint d'une incapacité de travail chronique (maladie ou accident) a droit à une rente annuelle et perpétuelle de trois mille six cent cinquante francs (3.650 fr.). Malgré que la Société ait versé jusqu'ici à ses malades environ 450 000 francs, son capital réservé, placé en bonnes rentes, s'élève à plus de 500.000 francs. Elle compte 614 sociétaires et ses recettes annuelles s'élèvent à près de 100 000 francs. On peut donc envisager avec confiance l'avenir. Nous ne saurions trop engager nos jeunes confrères à s'assurer contre les risques terribles de la maladie ou de l'accident. Nous leur offrons pour un sacrifice modique de 10 francs par mois — ce qui représente 33 centimes par jour — la sécurité morale qui leur permettra de lutter et les aidera à vaincre. Pour tous les renseignements, s'adresser soit au siège social, rue Etienne-Marcel, 37, soit au siège administratif, rue Rambuteau, 116.

LES CONGRÈS

Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (5e session).

Alger, 1er avril 1907.

Le cinquième congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie tiendra sa prochaine session à Alger, du 1er au 8 avril 1907, sous la présidence des professeurs : Queirel (de Marseille), président général et pour la section d'obstétrique ; Boursier (de Bordeaux), pour la section de gynécologie, et de M. Guinon (de Paris), pour la section de pédiatrie.

Les médecins qui désireraient faire une communication sur un sujet de leur choix voudront bien en faire part avant le 1er février 1907 au secrétariat général. La liste des questions mises à l'ordre du jour par chaque section sera incessamment publiée. Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre ; elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les rappports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès. Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au congrès, moyennant une cotisation de 10 francs ; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote. Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être, dès à présent, adressés au secrétaire général du congrès : Prof. Jules ROUVIER, 52, rue Daguerre, Alger.

2e Congrès international des colonies de vacances.

Le 2e Congrès international des colonies de vacances doit se tenir à Bordeaux, du 17 au 20 avril prochain, sous la présidence de MM. Casimir-Périer, Bourgeois, Mirman, Monod, l'abbé Lemire. Le Congrès étudiera notamment un projet de Fédération des œuvres de colonies, des questions d'assurance contre les accidents, de tarifs de transports, de fiches médicales, et le mode de placement des enfants. — Le programme du Congrès comporte en outre des visites aux principales œuvres d'hygiène sociale de la région. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs pour les sociétés et à 5 francs pour les membres individuels. Les Congressistes profiteront d'une réduction de 50 p. c. sur tous les réseaux de chemins de fer. Les adhésions sont reçues par le comité d'organisation, 10, rue Beaubadat à Bordeaux.

Deuxième congrès international d'hygiène scolaire.

(Londres, 5-10 août 1907.)

Le deuxième des Congrès internationaux d'hygiène scolaire, qui doivent se succéder à trois ans d'intervalle, se tiendra à Londres, du 5 au 10 août 1907. Il sera certainement aussi important que l'a été le premier de ces Congrès, qui a eu lieu à Nuremberg du 4 au 9 avril 1904, et qui a réuni 1.200 personnes venues des diverses régions du monde civilisé. Au Congrès de Londres, des sections particulières s'occuperont des

questions suivantes : Hygiène des bâtiments et du mobilier scolaire ; Hygiène des internats ; Méthodes de recherche de l'hygiène scolaire ; Programmes scolaires ; Enseignement de l hygiène aux maîtres et aux élèves ; Education physique des enfants et des jeunes gens ; Ecoles spéciales pour enfants anormaux : Hygiène de la jeunesse en dehors de l'école ; Hygiène du corps enseignant ; Sujets divers. Des rapports destinés à être discutés en séances plénières ou en séances de section seront faits sur des sujets particulièrement intéressants ou des questions urgentes d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique. De nombreuses communications seront également lues et discutées dans les sections.

La Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire a été chargée par le Comité permanent des Congrès internationaux d'hygiène scolaire et par le Comité d'organisation du congrès de Londres, de former un Comité français. Elle a constitué un Comité de patronage et un Comité d'action dont vous trouverez plus loin la composition. En leur nom, nous venons vous prier instamment de donner votre adhésion au Congrès de Londres et de lui permettre votre collaboration. Les Sociétés qui s'occupent d hygiène sociale ou d'enseignement sont tout particulièrement invitées à adhérer et à se faire représenter officiellement au Congrès de Londres. Dès maintenant on peut verser la cotisation règlementaire de 25 francs entre les mains du Tresorier français, M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle. Paris, et se faire inscrire pour une ou plusieurs communications devant les sections.

FORMULES

XXI. — Pour pratiquer l'anesthésie locale.

La solution suivante est plus active que les solutions de cocaïne, beaucoup moins toxique et plus facile à maintenir aseptique. Elle a été très utilisée par le Pr Braun, de Leipzig :

Novocaïne	0 gr. 25 à 2 gr.
Solution d'adrénaline à 1 p. 1000	V à X gouttes
Solution salée physiologique....	100 gr.

La novocaïne est un chlorhydrate de paraminobenzoyldiethylamino-éthanol découvert récemment par Einhorn.

(Klein, in *Bull. Thérap.*)

XXII. — Contre l'anorexie.

Glycérophosphate de chaux............	0 gr. 50
Pepsine amylacée......................	0 gr. 30
Poudre de fève de Saint-Ignace.........	0 gr. 05

Pour 1 cachet. A prendre quelques minutes avant le repas.

Concours des asiles d'aliénés. — Le concours d'adjuvat pour le recrutement des médecins des établissements d'aliénés s'est terminé le 31 mars au ministère de l'intérieur. Les dix candidats reçus sont, suivant l'ordre de classement :

MM. les Drs : 1, Claudius Vurpas. 2, Gabriel-René Dromard. 3, Jean Ducos. 4, Marie-Albert-Joseph Carpentier. 5, Grégoire Halberchstadt. 6, Joseph Levassort. 7, Raoul-Louis Benon. 8 Pierre Daday. 9. Henry Damaye. 10, Marcel Viollet.

Commission des stations hydrominérales. — Sont nommés membres de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France : MM. Mirman, directeur de l'assistance publique, les docteurs Monard, à Aix-les-Bains, Blondel, rédacteur en chef du *Journal Médical*, Bergouignan, à Evian, Mongeot, à Royat, Schlemmer, au Mont-Dore, Lucien Graux, à Paris ; MM. Bruman, directeur de l'administration départementale, Bonjean, chef du laboratoire du conseil supérieur d'hygiène publique de France, Capron, maire de Cannes.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 25 avril.* — *M. Benoit* : Contribution à l'étude du traitement de la tumeur blanche du genou par les injections modificatrices (MM. Terrier, Landouzy, Brissaud, Tuffier). — *M. Boucherie* : Contribution à l'étude des tumeurs du médiastin (MM. Landouzy, Terrier, Brissaud, Tuffier). — *M. Lavenant* : La néphrite aiguë tuberculeuse (MM. Brissaud, Terrier, Landouzy, Tuffier). — *M. Guillaume-Louis* : De la cholédocotomie (MM. Poirier, Segond, Mauclaire, Cunéo). — *M. Mestre* : Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (MM. Segond, Poirier, Mauclaire, Cunéo).

Jeudi, 26 avril. — *M. Derue* : Contribution à l'étude des fractures du calcaneum avec documents radiographiques (MM. Cornil, Berger, Budin, Demelin). — *M. Lavillette* : Angiomes intracraniens (MM. Berger, Cornil, Budin, Demelin). — *M. Bricout* : Contribution à l'étude de la conception au cours de l'aménorrhée. (Aménorrhée de la lactation et aménorrhée essentielle) (MM. Budin, Cornil, Berger, Demelin).

Examens de doctorat. — *Lundi, 23 avril.* — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM Landouzy, Desgrez, Legry. — 1er (1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Blanchard, Rieffel, Pierre Duval. — 1er (2e série, Oral, Salle Richet) : MM. Sébileau, Macaigne, Proust. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Reclus, Lepage, Cunéo. — 3e (2e partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Brissaud, Gaucher, Labbé (Marcel). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel Dieu) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Legueu, Mauclaire.

Mardi, 24 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Raymond, Guiard, Maillard. — 1er (1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Cornil, Retterer, Rieffel. — 1er (2e série, Oral, Salle Richet) : MM. Thiéry, Hartmann, Launois — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Hutinel, Thiroloix, Gouget. — 4e (Salle Corvisart) : MM. Chantemesse Vaquez, Dupré. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, de Lapersonne, Marion. — (5e Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Berger, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Méry, Renon.

Mercredi, 25 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologie) : MM Gaucher, Desgrez, Legry. — 1er (1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Blanchard, Legueu, Rieffel. — 1er (2e série, Oral, Salle Richet) : MM. Reclus, Sebileau, Branca. — 3e (2e partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Dejerine, Claude, Labbé (Marcel). — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard.

Jeudi, 26 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Desgrez, Guiart. — 1er (1re série, Oral, Salle Charcot) : MM. De Lapersonne, Thiery, Rieffel. — 1er (2e partie, Oral, Salle Richet) : MM. Poirier, Launois, Morestin. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Hutinel, Thiroloix, Bezançon. — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Vaquez, Dupré.

Vendredi, 27 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gaucher, Blanchard, Desgrez. — 1er (1re série, Oral, Salle Richet) : MM. Poirier, Mauclaire, Cunéo. — 1er (2e série, Oral, Salle Vulpian) : MM. Reclus, Macaigne, Branca. — 1er (3e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Segond, Legry, Rieffel. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Sébileau, Lepage. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Brissaud, Tessier, Claude. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 28 avril. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — (2e partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Troisier, Thiroloix, Carnot. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Méry, Gougel. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Hommage de la France au Pr Bacelli. — Le conseil des ministres a décidé que le gouvernement serait représenté par le professeur Bouchard à l'inauguration de la polyclinique fondée en Italie par le professeur Baccelli. A cette occasion, le professeur Baccelli sera promu à un grade supérieur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Médecin attaqué et blessé. — Le docteur Martin a été assailli dans une rue de Tarascon, et frappé de coups de couteau.

Conférence de la Croix-Rouge. — Le gouvernement des Etats-Unis a reçu du gouvernement suisse l'invitation de prendre part à la conférence qui aura lieu le 11 juin, à Genève, dans le but d'étendre encore davantage l'œuvre de la Croix-Rouge internationale.

THÉRAPEUTIQUE

Propriétés thérapeutiques de l'Hélénine.

Dans tous les cas de maladies de l'appareil respiratoire, les résultats généraux de l'Hélénine de Korab sont : rémission dans les phénomènes de la toux, de la dyspnée et des douleurs thoraciques, qui disparaissent rapidement. L'expectoration change toujours, devient gélatineuse et diminue en quantité. En outre, sur les voies digestives, l'Hélénine a un effet tonique très marqué augmentant l'appétit et facilitant la digestion, même chez les phtisiques dont l'anorexie était invincible (1). Ce précieux agent thérapeutique s'administre à la dose de 2 à 4 globules du Dr Korab par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 au samedi 17 mars 1906, les naissances ont été au nombre de 978, se décomposant ainsi : légitimes 711, illégitimes 267.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 984, savoir : 481 hommes et 503 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 25. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 5. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 199. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 77. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 17. — Pneumonie : 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 126. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité sénile : 52. — Morts violentes : 25. — Suicides : 12. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

Epidémie de rougeole. — Par suite d'une épidémie de rougeole qui sévit actuellement parmi la garnison de Belfort, tous les hommes accomplissant une période d'instruction militaire ont été licenciés.

Concours des prix de l'Internat (Chirurgie). — *Médaille d'or* : M. Okinczyc ; *Médaille d'argent* : M. Capette ; *Accessit* : M. André-Jean Martin.

Concours de l'internat. — Séance du 30 mars. *Questions posées : Appendice iléo-cœcal. Œdème aigu du poumon* ; le 31 mars : *Nerf grand hypoglosse. Traitement du croup.* — Nominations : *Internes titulaires* : 1 J. Roux, Chabrol, Tinel, Saissi, Combier, Joltrain, Leconte, Le Mée, Brin, Troisier ; 11 Lemarchal, Brissaud, Macé de Lépinay, Deverre, Hamel, Lebras, Silbert, Mlle Landry, Bazy, Henri Bénard ; 21 Moulu, Chenot, Hovelacque, Chénier, Eliot, M. Lasnier, Chazarain, René Bénard, Parturier, Sauphar ; 31 Rais, Mlle Debat-Ponsan, Halphen, Froget, Boudet, Ch. Foix, Lévy-Valensi, Lyon-Caen, Chastagnol, Moyrand ; 41 Flurin, Bailly, Bonvoisin, G. Durand, Marsan, Marie, H. Chené, Pinard, Garban, Lamy ; 51 Pottet, de Brunel de Serbonnes, Schæffer, Monsaingeon, Ehrenpreis, Marcorelles, A. Chevallier, Debré, Garipuy, Cawadias ; 61 Duverger, P. Merle, Guyader, Vezard, V. d'Heucqueville, Le Moine.

Internes provisoires : 1 Deroye, Petiteau, Olivier, Duvoir, Mlle Giry, Senlecq, Burnier, Martin, Deroide, Cléret ; 11 Pérol, Touraine, Roudinesco, Dubosc, Robert, Jacoulet, Laroche, Coryllos, Stévenin, Cosbron ; 21 Boulard, Davesne, Rousseau-Langwelt, Cruet, Basset, Fernet, Boudol, Strœhlin, Duchet-Suchaux, Bourdier ; 31 Houzel, L. Brisset, Gendron, Chambord, Cadenat, Ribérol, Cottenot, Braun, Henry, Lemercier ; 41 Charrier, Galup, Mallein, Fimbel, Duval, Blanc, Lorin, Porée, Pénard, Houdard ; 51 Paul-Boncour, Brémond, Grasset, Dehelly, Paillard, Bécus, Guggenheim, Pélissier, Frinault, Debertrand ; 61 Barbet, Sorrel, Vuillet.

Nécrologie. — Une des illustrations du corps médical de Strasbourg, le professeur Aubenas, vient de mourir dans sa soixante-dix septième année. Après l'annexion, M. Aubenas, qui en 1869 avait été nommé officiellement professeur suppléant à l'école d'accouchement, contribua à créer à Strasbourg l'école libre de médecine qui subsista jusqu'en septembre 1872. Dès la fondation de l'université de Strasbourg, il y obtint la chaire de gynécologie et resta à ce poste jusqu'au moment de sa retraite, en 1893. Depuis 1871, M. Aubenas était médecin titulaire des hospices civils de Strasbourg. (*Le Temps*, 2 avril 1906.)

Nous avons le vif regret d'annoncer le décès de M. le Dr Paul Vibert, médecin de l'hôpital du Puy, mort des suites d'un phlegmon de la main contracté en pansant un malade ; de M. le Dr Lafitte, de la Brède.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques de Gynécologie Médicale le jeudi 3 mai à 10 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — (Laboratoire de la salle Serres.)

Enseignement médical libre

Clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre.) — MM. les Drs Laquerrière, directeur de la Clinique, et Delherm, ancien interne des Hôpitaux de Paris, commenceront, le 23 avril, une série de 12 conférences pratiques d'Electrothérapie.

Programme : I et II. Electrophysique et Appareils. — III,

Électrophysiologie. — IV et V, Gynécologie. — VI et VII, Tube digestif. — VIII et IX, Maladies nerveuses. — X, Dermatoses. XI, Maladies de la nutrition. — XI., Applications chirurgicales applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc. etc.) — Le prix de la série est fixé à 50 fr. Ces conférences auront lieu le soir à 8 h. 1/2. On est prié de s'inscrire d'avance; s'adresser à la Clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie DOIN
8, place de l'Odéon.

Desnos. — Neuvième session de l'association française d'urologie. Paris, octobre 1905. 1 vol. In-8° de 640 pages. Prix. 10 fr.

François-Frank. — L'œuvre de E. J. Marey. In-8° de 56 pages. Prix .... 1 fr. 50.

Penières. — Le rhumatisme pathogénie, et traitement. In-8° de 30 pages. Prix .... 1 fr.

Perret. — La diarrhée infantile chez les nourrissons de 0 à 2 ans. — Historique. — Prophylaxie. — Traitement. In-8° de 68 pages. Prix .... 2 fr.

Sersiron. — Rapport sur le paludisme en Algérie, considéré comme maladie sociale. In-8° de 32 pages. Prix .... 1 fr.

Vigné (Ch.). — Les accidents du travail dans la marine marchande et la caisse de prévoyance. In-8° de 100 pages. Prix. 3 fr.

Librairie G. STEINHEIL
1, rue Casimir-Delavigne

Belletrud et Ed. Mercier. — L'affaire Ardison. 1 vol. In-8° de 123 pages.

Grasset (J.). — Ceux qui sont tristes parce qu'ils pleurent et ceux qui pleurent parce qu'ils sont tristes. In-8° de 16 pages.

Junès (T.). — Essai sur la polyarthrite aiguë tuberculeuse bénigne, ses applications à la médecine infantile. 1 vol. In-8° de 136 pages.

Jolicœur (R.). — L'idée de persécution stigmate de dégénérescence. 1 vol. In-8° de 106 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 15 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 14 AVRIL 1906

Le Progrès Médical

HYGIÈNE URBAINE

Rôle des casiers sanitaires des maisons dans l'assainissement des villes ;

Par le Dr **LUCIEN-GRAUX**.

Depuis longtemps, les hygiénistes montrent l'influence de l'habitation sur la propagation de la tuberculose et insistent sur l'importance de l'encombrement et de la petitesse des locaux sur la diffusion de la maladie. De nombreuses statistiques ont établi que les quartiers riches présentaient une faible mortalité tuberculeuse, tandis que les quartiers surpeuplés avaient une léthalité effroyable.

Toutefois l'influence du logement dans l'étiologie de la tuberculose n'est apparue nettement aux yeux de tous qu'au Congrès de la tuberculose, qui vient de tenir ses assises à Paris, où elle a été mise très nettement en lumière dans le rapport si précis de MM. Juillerat et Bonnier. Si nous rapprochons ces données des faits rapportés précédemment par M. Juillerat, chef du Bureau de l'Assainissement de l'habitation de Paris, dans ses rapports à M. le directeur des affaires municipales, et dans son livre sur le *Casier sanitaire des maisons*, ainsi que des documents fournis par lui à MM. Rénon, Noir et à nous-même, nous pouvons, sans crainte, affirmer que l'on sait aujourd'hui le rôle que joue l'habitation dans la propagation de la tuberculose, que l'on peut dire d'une façon très précise quelles sont les maisons où l'on meurt à Paris de cette maladie et pourquoi on en meurt.

Ces données si importantes et si exactes nous sont fournies par un organisme de création relativement récente puisqu'il n'a que douze années d'existence à Paris : c'est *le casier sanitaire des maisons*.

Depuis longtemps, un service analogue fonctionnait à Bruxelles, puisque en 1876 M. Lamouroux, conseiller municipal de Paris, proposait, sans succès d'ailleurs, de créer à Paris un fichier analogue.

Ce n'est qu'en 1893 lorsque les services d'hygiène furent transférés de la direction des travaux de Paris à la direction des affaires municipales, que M. Menant le distingué directeur des affaires municipales, créa le Bureau de l'Assainissement de l'habitation et chargea M. Juillerat, chef de ce nouveau service, de l'organisation du Casier sanitaire des maisons de Paris. Peu après, le conseil municipal ratifiait la création nouvelle à la suite d'un rapport favorable de M. Escudier.

Chaque maison de Paris possède à l'heure actuelle un casier sanitaire à l'annexe de la rue Lobau. Elle est décrite d'une façon très précise et un plan par terre au 2,000e a été établi sur place pour chaque immeuble.

Le casier sanitaire d'une maison quelconque comprend les éléments suivants :

1° UNE CHEMISE portant l'indication de l'arrondissement, du quartier, de la rue et du numéro de l'immeuble ;

2° UN PLAN PAR TERRE AU DEUX-MILLIÈME de la maison, avec l'indication des canalisations, fosses, puits, puisards, fontaines, fosses à fumier, etc. ;

3° UNE FEUILLE DE DESCRIPTION de l'immeuble ;

4° UNE FEUILLE INDIQUANT LES DÉCÈS par maladies transmissibles, survenus *chaque jour* dans la maison ;

5° UNE FEUILLE RELATANT LES DÉSINFECTIONS opérées, leurs dates et leurs causes ;

6° UNE OU PLUSIEURS FEUILLES, contenant l'indication des travaux prescrits par le bureau d'hygiène et la suite donnée à ces prescriptions ;

7° UNE FEUILLE contenant les résultats d'une enquête sanitaire, quand cette enquête aura été reconnue nécessaire.

Tous les dossiers des maisons d'une même rue sont contenus dans UNE CHEMISE EN CARTON portant les indications générales utiles à connaître : longueur et largeur de la voie ; nombre de maisons, nombre d'habitants ; système d'égouts ; canalisation d'eau, etc.

*
* *

Toutes les maisons de Paris possèdent à l'heure actuelle des casiers sanitaires analogues à celui que je viens de décrire. Il a été, en effet, effectué sur place 73.031 descriptions de maisons du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1900. De plus, on dut établir 6 951 descriptions nouvelles de maisons récemment bâties. Depuis 1900, on a revu sur place 48.461 maisons décrites avant 1897.

On a inscrit sur les casiers 138.766 décès par maladies transmissibles du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1905

ainsi que 283.157 désinfections. Le service d'hygiène a fait inscrire 18.000 travaux à exécuter et 251 enquêtes sanitaires.

Ainsi le casier révèle constamment l'état sanitaire d'une maison donnée. Lorsque celle-ci est démolie on conserve son dossier qui est frappé d'un timbre indiquant la date de la démolition et ce casier est placé dans le dossier de la nouvelle maison construite sur son emplacement.

Des casiers sanitaires analogues à celui de Paris, que nous avons pris pour modèle, existent dans diverses villes de province et de l'étranger. Il est inutile de signaler les différences de peu d'importance qu'y a entre eux.

* * *

Cette énorme quantité de documents entassés dans les casiers sanitaires n'est heureusement pas demeurée improductive, grâce à l'intelligente initiative du chef du bureau de l'assainissement, M. Paul Juillerat.

Dès 1900 il établissait la situation sanitaire du 3e arrondissement de Paris en classant les maisons d'après leur hauteur. Ce tableau, qu'il communiqua au Dr A.J. Martin fut, on le sait, soumis par ce dernier à la commission de la tuberculose et publié dans le rapport général de M. Brouardel.

Depuis cette époque, M. Juillerat a établi la répartition par étage des cas de tuberculose constatés et non plus seulement des décès.

Il a groupé ensemble les maisons comportant le même nombre d'étages, en les divisant chacune en deux branches : la première comprenant les étages inférieurs: la seconde les étages supérieurs. Les étages inférieurs étaient toujours beaucoup plus durement frappés que les étages supérieurs. C'est pourtant dans les étages supérieurs qu'habite la population la moins aisée, celle que ses conditions sociales devraient prédisposer plus que toute autre aux atteintes du fléau. En outre, les rez-de-chaussée, occupés en grande partie par des boutiques, sont généralement peu peuplés et les chiffres, pourtant faibles des tableaux, constituent une proportion considérable. Le chiffre relativement élevé des cas constatés au 6e étage, provient de la fréquence de la tuberculose chez les domestiques habitant cet étage qui, la plupart du temps, sont contaminés dans les étages inférieurs.

Voici le relevé des cas de tuberculose constatés en 1903 et 1904 dans 1.500 maisons de 6 étages, avec la proportion des cas pour 100 habitants. Pour 45.257 habitants logés aux rez-de-chaussée, 1er étage, 2e étage et 3e étage, le nombre de cas a été de 830, soit une proportion de 18,339 pour 1.000 habitants.

Sur 48,404 personnes habitant les 4e, 5e et 6e étages, le nombre de cas a été de 757, soit une proportion de 15,639 pour 1.000 habitants.

On obtient le tableau suivant (1) en examinant étage par étage :

	Rez-de-chaussée	1er	2e	3e	4e	5e	6e	Total	ETAGES Inférieurs	Supérieurs
Nombre de cas.	199	232	184	218	205	232	320	1587	830	757

(1) Voir Lucien-Graux. — *La tuberculose et l'habitation urbaine*, Paris, Rousset p 20.

Nombre total		93.661
Proportion des cas pour 100 habitants.		1,6944
Etages inférieurs (rez-de-chaussée, 1er, 2e et 3e).		
Nombre d'habitants		45.257
— de cas.		830
Proportion des cas pour 100 habitants.		1,8339
Etages supérieurs (4e, 5e et 6e).		
Nombre d'habitants		48.404
— de cas		757
Proportion des cas pour 100 habitants.		1,5639

* * *

Il existe six îlots de maisons situés dans les IV, Ve, XI, XII, XIV et XIXe arrondissements où la mortalité tuberculeuse est particulièrement effroyable.

C'est ainsi que celui du IVe arrondissement par exemple renferme 12 rues, desservant 281 maisons comptant 9,715 habitants.

30 maisons n'ont pas de décès tuberculeux ; 238 en ont présenté.

La mortalité tuberculeuse *annuelle* est de 12,47 pour 1000 habitants depuis 10 ans. Elle n'est que de 1,61 pour toutes les autres maladies contagieuses.

Dans une des rues, elle atteint 42,63 pour 1000 habitants dans les hôtels garnis.

Nous pourrions multiplier ces exemples.

* * *

Un autre résultat important du casier sanitaire consiste dans l'établissement d'une *Liste des maisons tuberculeuses de Paris*.

Cette liste existe à l'heure actuelle. Elle est particulièrement suggestive.

Paris compte environ 80.000 maisons. Celles-ci peuvent se répartir en trois groupes. Celles où on ne meurt pas de la tuberculose, celles où on en meurt peu et les maisons foyers de tuberculose.

En 11 ans, il y a eu un total de 101.496 décès dus à la tuberculose et répartis dans 39.477 maisons.

Sur 80.000 maisons, il y en a 34.214 où il y a eu peu de décès par tuberculose, soit un total de 63.487 décès. C'est là le 1er groupe.

Une 2e statistique permet de constater que 29.509 décès se sont produits dans 4.443 maisons. Ce sont là les maisons suspectes.

Mais c'est le 3e groupe qui doit retenir l'attention de l'hygiéniste : dans 820 maisons, véritables foyers de tuberculose, il y a eu 11.500 décès, soit 10 % du chiffre total, soit une moyenne de 9.834 pour 1000 habitants, alors qu'on sait que la mortalité moyenne de la ville n'est que de 4,95 pour 1000.

La population totale de ces 820 maisons est de 106.300 habitants.

Mais il y a mieux. Sur ces 820 maisons, 195 sont des hôtels garnis, dont la population totale est de 13.630 habitants, qui ont fourni en onze ans une mortalité totale de 2.888, soit, par an, une mortalité annuelle de 19,26 pour 1000 habitants.

Ces chiffres ont ému M. le Préfet de la Seine qui, le 10 avril 1905, a nommé une commission chargée d'étudier l'influence de l'habitation sur l'étiologie et la propagation de la tuberculose à Paris et de rechercher les mesures à prendre pour combattre le développement de cette maladie.

Ajoutons que les statistiques qui viennent d'être déterminées pour l'année 1905 confirment de la façon la plus complète tous les résultats déjà énoncés.

***

Les documents du casier sanitaire nous permettent donc de déterminer les maisons tuberculeuses. Il y a un fait très net à l'heure actuelle : c'est l'influence du soleil.

Partout où pénètre le soleil, le bacille tuberculeux ne résiste pas, partout où il ne peut pénétrer, un foyer de tuberculose peut se rencontrer. Des maisons insalubres et sordides, comme notamment celles que l'on rencontre près des fortifications où elles sont enveloppées de lumière et de soleil, ne présentent pas de cas de tuberculose, tandis que des maisons bâties récemment dans des quartiers riches et construites avec grand luxe contiennent parfois de véritables foyers de tuberculose lorsqu'elles ont de petites cours sur lesquelles prennent jour une population nombreuse de domestiques.

On sait que depuis plusieurs années on réclame dans toutes les Sociétés en faveur des espaces libres, ces réservoirs d'air, ces poumons de la cité.

Certes, nul plus que nous, ne désire l'établissement des squares et des parcs, la création de jardins ouvriers, mais qu'on ne s'y trompe point, ces squares, ces jardins n'ont de valeur que comme lieux de promenades. S'ils servent à l'aération des maisons situées à 50 mètres, ils ne leur donnent en aucune façon de la lumière et du soleil puisque les logis séparés par un simple rideau de maisons présentent fréquemment une mortalité tuberculeuse constante effroyable.

Ici encore le casier sanitaire nous apporte des faits irréfutables qui doivent forcer l'attention. La Seine, réservoir d'air admirable, côtoie un îlot de maisons qui à 30 mètres à peine, présente depuis dix ans une mortalité annuelle de 10.40 pour 1000.

Un 2e lot est à une distance de 50 mètres du parc des Buttes-Chaumont. Sa mortalité tuberculeuse annuelle est de 7,16 pour 1000. Un autre îlot situé à 100 mètres du square de la tour Saint-Jacques et de la place de l'Hôtel-de-Ville présente une mortalité tuberculeuse moyenne de 12,40 pour 1000.

« Si on examine, dit M. Juillerat, deux voies parallèles de grande longueur, par exemple la voie formée d'une part par le boulevard Saint-Michel, le boulevard de Sébastopol et le boulevard de Strasbourg, et d'autre part la voie formée par la rue Saint-Jacques, la rue du Petit-Pont et la rue Saint-Martin, nous constatons les faits suivants : L'ensemble des trois boulevards nous donne, pour la période de onze années écoulée du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1905, une mortalité moyenne de 1,34 pour 1.000 ; les rues Saint-Jacques, du Petit Pont et Saint-Martin, presque rigoureusement parallèles à nos boulevards, séparées d'eux par une distance qui n'excède pas 150 mètres, présentent ensemble, depuis onze ans, une mortalité tuberculeuse annuelle de 5,54 pour 1.000.

Et pourtant que de réservoirs d'air sur le *trajet commun* des deux voies : les jardins du Val-de-Grâce, le Luxembourg, le square Cluny, la Seine, le parvis Notre-Dame, le marché aux Fleurs, la place du Chatelet, la place de l'Hôtel-de-Ville, le square de la tour Saint-Jacques, celui des Arts-et-Métiers. »

Il semble donc bien établi par les statistiques du casier sanitaire que les *espaces libres* n'ont qu'une influence *locale*, c'est-à-dire sur les maisons qui les bordent directement.

Un simple rideau de maisons arrête net leurs bienfaits. Dès lors l'on peut se demander si l'on ne doit pas avant tout assainir les maisons tuberculeuses. *C'est dans l'intérieur même des maisons qu'il faut créer des espaces libres*, disions-nous déjà il y a près d'un an (1).

Les maisons tuberculeuses ont, en effet, ce fait commun qu'elles ont des cours insuffisantes, très étroites, véritables puits où la lumière directe et *à fortiori* le soleil ne pénètrent jamais aux étages inférieurs (2). Parfois même ces cours sont couvertes à des hauteurs variées. Nous avons constaté nous-même des faits analogues à Nantes, lors de notre enquête sanitaire en Bretagne (3). « De véritables foyers tuberculeux, écrivions-nous, se trouvent rue du M... et rue S..., qui cependant sont larges, mais dont les maisons ont des cours très étroites formant de véritables ruelles, sans aboutissant, où le soleil ne pénètre pas. Un philanthrope nantais paraît décidé à assainir ces quartiers. Il voudrait acheter ces maisons malsaines et *éventrer leurs façades* de façon à permettre au soleil de pénétrer dans les cours malsaines actuelles. »

***

Tels sont les résultats que donne l'examen du casier sanitaire des maisons. Sont-ils exacts ? On peut faire divers reproches à ces statistiques.

C'est ainsi que l'on peut dire tout d'abord qui si des maisons données ont une mortalité tuberculeuse effroyable, cela tient non pas à la façon dont sont construites ces habitations, mais bien à leurs locataires qui forment une population surpeuplée, mal nourrie, alcoolisée.

Il est certain que les maisons tuberculeuses sont le plus souvent habitées par des malheureux, *entassés* dans des locaux trop étroits. Mais ce n'est pas toujours le cas. La statistique possède des listes de maisons meurtrières qui se trouvent situées dans les quartiers riches.

D'autre part certaines maisons possèdent une population très dense. On rencontre plusieurs personnes vivant à l'étroit dans une seule chambre : il n'y a généralement *pas* de tuberculose si la chambre est au soleil, mais si celle-ci est mal éclairée la mortalité devient effroyable.

J'ai pu faire des recherches personnelles dans le casier sanitaire des maisons de Paris et voici les documents inédits et probants que je puis apporter ici :

Dans le XVIe arrondissement, rue X., n° 13, se trouve une maison n'ayant pas quarante ans d'existence. J'ai trouvé 12 décès par tuberculose dans cette maison depuis 1894 et pas un seul cas de maladies transmissibles. Or que m'a révélé l'enquête sur place : il y a dans la cour, pourtant assez vaste, deux hangars obstruant le jour et l'air d'une partie des logements de ces deux bâtiments, dans la hauteur du rez-de-chaussée. Ces hangars ne laissent au-devant des baies qu'un prospect de 1 m. 75 c'est-à-dire absolument insuffisant.

Dans une autre maison du XVIe, n° 17, rue X., je trouve 10 décès par tuberculose contre 1 seul dû à la rougeole. Cette maison, qui contient environ 237 habitants, n'a que des cours très étroites et tout en longueur puisque cette maison a une profondeur de près de 80 mètres.

Dans un autre quartier riche, le VIIe, rue X., n° 21, je trouve une maison datant de 45 ans et présentant 12

(1) Lucien Graux. — Influence de l'aération sur la propagation de la tuberculose. (*Progrès médical* 22 avril 1905.)

(2) L'article 22 du règlement sanitaire de Paris (22 juin 1904) exige comme minimum de vue directe des pièces destinées à l'habitation 6 mètres sur les voies publiques et privées. L'article 23 exige 4 mètres de vue directe quand ces pièces donnent sur une cour.

(3) *Progrès médical*, 28 oct. 1905.

décès par tuberculose et ayant une population de 63 habitants. Là encore se rencontrent deux toutes petites cours sur lesquelles deux chambres prennent jour. On a dû proposer l'interdiction de l'habitation dans trois de ces logements en raison de l'étroitesse de ces cours.

Dans le VI[e] rue B., n° 5, une maison de 295 m. de superficie possède une cour de 20 mètres. Elle a une population de 92 habitants; 7 décès par tuberculose.

Dans le III[e] rue X., n° 15, la superficie de la maison est de 528 m. pour une cour de 88 m. mais celle-ci est couverte au 1[er] étage. Population : 131 habitants; 11 décès par tuberculose. Plusieurs concierges y sont morts tuberculeux.

Voici une autre maison située cette fois dans un quartier excentrique, dans le XX[e]. Elle est peu peuplée et a une cour en proportion avec sa superficie (54 m. pour 260 m.), 70 habitants sont logés dans une vingtaine d'appartements. Mais plusieurs pièces prennent jour sur des courettes de 5 m., de 5 m. 50 et de 6 m. De plus la cour de 54 m., est couverte au 1[er] étage. Mortalité par tuberculose : 11 décès.

On pourrait multiplier ces exemples.

La réciproque est vraie. Des taudis, des logis immondes, parfaitement insalubres, mais situés en pleine lumière et largement ensoleillés, n'ont pas de tuberculose. Il en est de même des maisons surpeuplées, dans des quartiers ouvriers, si elles ont de grandes cours.

J'en ai trouvé des exemples typiques dans mes recherches dans le casier sanitaire. Une maison située dans le XX[e] arrondissement dans un quartier surpeuplé rue X., n° 90, possède 158 habitants. Elle a 5 corps de bâtiments, une profondeur de 100 m. une superficie de 3000 mètres carrés mais la superficie des cours avec les hangars comprend 2350 m. c. Il n'y a pas eu en 12 ans un seul décès par la tuberculose Je pourrais donner de nombreux exemples analogues.

Les maisons meurtrières ne sont mortelles que pour la tuberculose. La mortalité des autres maladies infectieuses s'y trouve normale. Ce fait résulte dans cette donnée de M. Juillerat : la tuberculose est la maladie de l'obscurité.

Des faits paradoxaux en apparence ont finalement confirmé cette théorie. Ainsi, pour donner un exemple inédit je puis citer le cas suivant : une maison présentait un nombre important de décès tuberculeux, au rez-de-chaussée, sur une cour, et pourtant cette cour était d'après le plan l'une des plus belles et des plus grandes que nous puissions voir à Paris.

Une enquête sur place révéla ce fait que les locaux tuberculeux ne recevait pas la lumière directe ni les rayons de soleil à cause d'une marquise qui les arrêtaient d'une façon complète.

Notre théorie était donc une fois de plus vérifiée. Peut-être suffira-t-il d'enlever cette marquise pour arracher à la mort les habitants de cet appartement maudit.

Un autre reproche a été fait : le casier sanitaire ne tient pas compte du mouvement des malades. il est évident qu'un tuberculeux habitant un logis suffisant, peut par suite de la maladie et partant de la privation ou de la diminution de ses ressources être amené à prendre un appartement moins cher et échouer ainsi finalement dans ces maisons sordides ou ces hôtels garnis borgnes que la statistique nous représente comme ayant une léthalité tuberculeuse effroyable.

Là est évidemment un reproche sérieux et il y aurait un intérêt puissant à savoir où débutent en effet les cas de tuberculose. Mais pour cela, il faudrait rendre la déclaration de la tuberculose obligatoire. Il n'est pas nécessaire, que ce soit d'ailleurs le médecin, mais le chef de famille, par exemple, qui soit astreint à déclarer la maladie.

Il y a, en effet, un cercle vicieux. Ces maisons meurtrières qui ont en grande majorité des loyers bas, attirent les malades qui y meurent. Mais si ces malades avaient à leur disposition des locaux identiques comme prix, mais salubres, ensoleillés, qui nous dit qu'ils ne guériraient pas ?

Il est certain que si, demain, on peut démolir les îlots malsains, les maisons maudites, et construire à leur place des rues aérées, des maisons de rapport superbes, la tuberculose aura disparu de ces endroits ; mais la population malheureuse, malade et alcoolisée qui les habitait se reportera tout entière (l'histoire de Paris le démontre) dans des îlots voisins, aux maisons insalubres mais aux loyers bas, dont la léthalité tuberculeuse n'est pas bonne à l'heure actuelle, mais qui deviendra tout d'un coup déplorable.

Ce qu'il faudrait, en effet, c'est construire des maisons nouvelles suivant les règles dites de l'hygiène, c'est-à-dire la hauteur maximum des maisons ne pouvant excéder la largeur des rues, et, les cours, destinées à éclairer des pièces habitables ayant une largeur minimum égale à la hauteur des bâtiments qu'elles desservent.

Ces maisons ayant le même confortable ou plutôt le même manque de confortable que les anciennes, mais ensoleillées et aérées, aux loyers bas, recueilleraient l'ancienne population et un foyer de tuberculose de Paris serait éteint.

La mortalité tuberculeuse a diminué d'une façon remarquable à Londres avec son extension en surface. Comment peut-on expliquer autrement que par l'action de la lumière et du soleil ce fait que des maisons, des hôtels garnis analogues, dans un même quartier, aux loyers identiques, ont une mortalité tuberculeuse différente, suivant que la rue est orientée de telle ou telle façon, qu'elle est plus ou moins large, suivant, en un mot, que ces maisons sont ou non baignées par le soleil une partie de la journée ?

Enfin nous avons déjà indiqué ce fait curieux que ces maisons borgnes, ces hôtels garnis louches, habités par une population plus malheureuse encore, pouvaient ne présenter que peu de tuberculose situés dans des quartiers excentriques, en pleine lumière. Ces maisons, insalubres d'ailleurs, étant parfois de véritables foyers de maladies infectieuses !

Les malades qui quittent les appartements riches pour faute de ressources, échouer dans les maisons pauvres, n'iraient donc, la plupart du temps, que dans les maisons tuberculeuses ?

Non, il est évident que ces maisons renferment une cause de mort en elles-mêmes.

D'ailleurs, n'oublions pas que nos statistiques sont certainement inférieures, à la vérité. Combien parmi ces malades de ces maisons pauvres, vont passer leurs derniers jours et mourir sur un lit d'hôpital, enlevant ainsi des unités à ces maisons meurtrières ?

Combien d'autres vont mourir en province !

Certes, nous ne nierons pas l'importance capitale du terrain du malade. Les individus alcoolisés, en état de dénutrition (1), les émigrés des campagnes à Paris (2),

(1) Landouzy. — Enquête sur l'alimentation. Paris, Masson.
(2) Georges Bourgeois. — Exode rural et tuberculose. Paris Masson.

constituent autant de proies faciles pour la maladie.

Mais c'est surtout lorsque ces sujets tout préparés à recevoir le germe de la tuberculose se trouveront privés de soleil qu'ils deviendront malades. C'est ainsi que les cuisinières vivant continuellement près d'une courette sans soleil et sans lumière directe deviennent tuberculeuses par ce fait seul, et non à cause de leurs mansardes où le soleil a vite fait de détruire les bacilles nocifs.

On parle toujours de l'alcoolisme, qui joue, il est incontestable, un rôle des plus importants dans l'étiologie de la maladie. Mais si l'on prend des individus identiques, des matelots par exemple, tous alcooliques, on peut voir que les pêcheurs habitués à vivre au grand air ne sont pas tuberculeux, tandis que les marins de l'Etat, entassés dans des navires à plusieurs étages et vivant continuellement au-dessous du pont deviennent tuberculeux dans des proportions considérables (1).

Il est facile aussi de montrer dans les campagnes les maisons des paysans avec ces petites fenêtres que l'on arrive à restreindre le plus possible à cause de l'impôt sur la lumière, l'impôt des portes et fenêtres. En Bretagne cette étroitesse hors de toute idée des fenêtres (uniques par maisons d'ailleurs) et la disposition des lits clos favorisent étrangement la propagation de la tuberculose parmi une population de plus en plus alcoolisée. Le bacille de Koch installé dans une maison n'y est jamais détruit par le soleil qui n'y pénètre pas. Toute la famille disparaîtra.

*
* *

Nous croyons donc que les casiers sanitaires des maisons, peuvent rendre des services inappréciables. Si l'on songe qu'à Paris, il suffit d'un employé pour 8000 maisons, on voit que ce service est bien peu coûteux, et on ne peut qu'approuver le Congrès de la Tuberculose d'avoir demandé l'établissement, dans toutes les villes, de casiers sanitaires des maisons. Le Dr Marcel Durand a également proposé au Conseil Général de créer des casiers sanitaires dans les communes du département de la Seine.

On a beaucoup vanté l'œuvre prophylactique et sociale des dispensaires antituberculeux. C'est avec raison que M Fillassier a pu demander que l'on établit une entente entre les services sanitaires et les administrations des œuvres d'assistance. Les enquêteurs des dispensaires feraient ainsi profiter les casiers sanitaires des résultats de leurs investigations, et ceux-ci à leur tour, leur donneraient des indications précieuses sur la salubrité des immeubles qui les intéressent et pourraient même prescrire les mesures nécessaires, le cas échéant. Le Dispensaire Siegfried-Robin, de l'hôpital Beaujon, s'est empressé, parmi les premiers, de mettre en pratique cette excellente mesure.

Les Casiers sanitaires forment une arme excellente pour la lutte contre la tuberculose. Si la tuberculose a été rangée parmi les maladies à déclaration facultative, c'est parce que, dans la pratique, on ne peut rien contre elle. Le sérum anti-tuberculeux n'a pas été encore découvert et les rapports si documentés de M. Thoinot au Comité consultatif d'hygiène, et de M. Josias à l'Académie de médecine, ont démontré que la désinfection n'était dans ce cas particulier qu'une mesure illusoire et impraticable.

(1) Dr Henry-Thierry. — Les habitations flottantes. Ier Congrès de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation. Paris 1904.

Dans notre communication au Congrès de la Tuberculose nous établissions que par l'article 1er, § 2, du règlement sanitaire, pris en vertu de la loi de 1902, article qui détermine les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, tout maire a le droit d'empêcher une chambre de devenir un foyer de tuberculose et de *proscrire pour l'habitation toute pièce qui ne peut recevoir la lumière solaire directe* d'une façon constante (1).

Or rien n'a été fait dans ce sens dans les divers règlements sanitaires pris en vertu de la loi de 1902, même à Paris.

Ce serait alors au Casier sanitaire des maisons de nous signaler ces locaux inhabitables. Cette mesure, combinée avec une pratique raisonnée de la désinfection, ferait certainement décroître dans une proportion importante le chiffre actuel des décès par la tuberculose.

*
* *

Les propriétaires seuls peuvent avoir aujourd'hui *communication* du casier sanitaire de leurs maisons. On ne leur en donne aucune copie. Les locataires n'ont pas le droit d'en prendre connaissance. M. André Lefèvre avait proposé de créer une plaque sanitaire qui serait apposée, sur la demande du propriétaire, sur les maisons reconnues salubres. C'est là une proposition intéressante.

Mais ce que l'on pourrait faire et c'est là le vœu *nouveau* que nous émettrons ici, c'est que l'on remît au propriétaire, sur sa demande un *extrait du Casier sanitaire de sa maison*, comme l'on délivre dans une autre administration un *Extrait du casier judiciaire* aux intéressés.

Ainsi tout locataire soucieux de sa santé pourrait demander à son propriétaire communication de ce dossier et connaître ainsi le passé sanitaire du logis où sa famille et lui vont vivre, de même qu'un patron demande à son employé de lui faire connaître son passé judiciaire.

Les propriétaires ne sont pas tous les assoiffés d'argent que l'on représente, et j'en sais qui viennent dire très franchement à la Préfecture : ma maison est tuberculeuse, que faut-il faire pour la rendre salubre ?

Il serait à souhaiter que chaque propriétaire possédât bientôt l'*Extrait du casier sanitaire* de sa maison et essayât de lui-même de la rendre plus saine.

*
* *

On voit toute l'influence bienfaisante que peut avoir le casier sanitaire des maisons et toute l'utilité de cet organisme si peu coûteux. Qui nous dit qu'en même temps qu'il y a des maisons tuberculeuses, il n'y a pas d'autres maisons où sont en permanence d'autres maladies ?

A Saint-Brieuc, ne dit-on pas qu'il y a des maisons typhiques ? (2). Dès maintenant nous pouvons dire que le service du casier sanitaire de Paris fait une enquête à ce point de vue. Peut-être certaines maladies infectieuses sont-elles plus fréquentes dans des maisons déterminées ? Le casier sanitaire pourrait, en nous fournissant des données précises sur ces sujets, permettre de faire des recherches curieuses et utiles.

(1) Insuffisance de la loi de 1902 et des règlements sanitaires français dans la lutte contre la tuberculose.

(2) Fillassier. — Enquête sanitaire à Saint-Brieuc. *Progrès médical*, 1906.

*

Quoi qu'il en soit, il semble dès maintenant que l'on doive attribuer un rôle de plus en plus important au casier sanitaire des maisons dans l'assainissement des villes.

BIBLIOGRAPHIE

BERNHEIM. — De l'influence de l'habitation sur la propagation de la tuberculose. *Revue Int. de la Tuberculose*, novembre 1904.
DELFORGE. — Les habitations à bon marché, par la mutualité immobilière, Paris, Rousset.
FILLASSIER. — Les casiers sanitaires des villes et les œuvres d'assistance. Entente nécessaire. *Académie des Sciences morales et politiques*, 1905.
GRAUX (Lucien). — La tuberculose et l'habitation urbaine. Paris, Rousset. — Les arrêtés municipaux et les lois sanitaires. Paris, Rousset. — Insuffisance de la loi de 1902 et des règlements sanitaires français dans la lutte contre la tuberculose (*Congrès de la Tuberculose*, 1905). — Influence de l'aération sur la propagation de la tuberculose. *Progrès médical*, 22 avril 1905.
JUILLERAT. — L'habitation urbaine. *Congrès intern. d'ass. et de salub. de l'habit.*, Paris, 1904. — Le casier sanitaire des maisons. Paris, Rousset. 1905.
JUILLERAT et BONNIER. — La tuberculose et l'habitation. *Congrès Intern. de la Tuberculose*, 1905.
LAHOR. — Les habitations à bon marché. Paris, Larousse.
LANDOUZY. — Aperçus de médecine sociale Paris, Alcan, 1905.
MICHON. — L'hygiène de Paris et les lois de 1902, 1903. *Thèse de Paris*. 1905.
NOIR. — La tuberculose pulmonaire chez les indigents et les nécessiteux dans un coin du Vieux-Paris. *Congrès de la Tuberculose*, 1905.
RÉNON. — Les maladies populaires. Paris, Masson. — Où doit porter l'effort dans la défense sociale contre la tuberculose? *Congrès de la Tuberculose*. — La défense sociale dans la tuberculose Conférence faite à l'Exposition de Liège.
STRAUSS. — La Croisade sanitaire.
STRAUSS et FILLASSIER. — Commentaire de la loi 1902. 2e éd., Paris, Rousset.
VIGNE. — Le casier sanitaire des maisons. *Avenir médical*, 1906.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La réforme des études médicales. La délégation des syndicats médicaux chez le ministre de l'instruction publique.

Par des manifestations tumultueuses, les étudiants en médecine de Paris sont parvenus à démontrer que tout n'était pas pour le mieux dans les meilleures des écoles de médecine possibles. Tout le monde parla de réformes et un ministre de l'instruction publique, bien intentionné, demanda aux facultés de médecine d'en élaborer le projet. Les étudiants se plaignaient que leurs maîtres n'avaient aucun souci de les préparer à remplir utilement la profession à laquelle ils se destinaient, qu'on avait la prétention de tout leur enseigner sous prétexte que la médecine empruntait ses moyens de diagnostic ou ses agents thérapeutiques à toutes les sciences et qu'en somme, on ne leur apprenait rien d'utilisable. Le ministre, en demandant l'avis des professeurs de faculté, paraissait faire à ces plaintes, indiscutablement fondées, une réponse amèrement ironique ; c'était un peu (qu'on nous passe la comparaison) comme si un magistrat, après avoir fait arrêter un délinquant en flagrant délit, le priait d'instruire son procès et de se juger lui-même.

Le conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France a pensé qu'il était du devoir de ceux que leurs confrères ont chargés de veiller aux intérêts moraux et matériels de la profession médicale d'intervenir dans la question. En vertu des droits que la loi de 1884 confère aux syndicats professionnels, le conseil de l'Union a nommé une commission d'étude composée de MM. Louis Gourichon, J. Noir, Berthod, Leredde, Jeanne et Millon, rapporteur.

Cette commission a rédigé une lettre à M. le Ministre de l'Instruction publique et une délégation, conduite par M. Dubuisson, député, à laquelle sont venus se joindre les représentants des principales Sociétés médicales de praticiens de Paris est allée remettre, mercredi, 11 avril, cette lettre au ministre. M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux, a exposé lui-même la situation au ministre. Cette intervention des médecins *praticiens* est logique et nécessaire. On ne comprendrait guère que l'on pût entreprendre la réforme sérieuse d'un enseignement, avant tout *professionnel*, sans demander l'avis de ceux qui exercent cette profession. Sans discuter la compétence spéciale du corps enseignant, nous ferons remarquer qu'il lui est impossible, surtout à Paris, d'apprécier sainement les besoins des praticiens et en particulier des praticiens de la campagne. En effet, le corps enseignant des facultés est composé de médecins haut placés pourvus d'une clientèle très riche, les gens de plus modeste condition, c'est-à-dire la presque totalité des malades, n'ont recours à eux que dans des consultations exceptionnelles que le taux élevé des honoraires rend relativement très rares. Le professeur ne connaît donc, en fait de malades, que les malades riches. On nous objectera qu'il voit tous les jours des malades pauvres à l'hôpital. Cela est vrai, mais, c'est dans un milieu totalement différent de leur domicile, car à l'hôpital, tout est combiné pour faciliter la tâche des médecins.

Le praticien, au contraire, doit s'ingénier pour adapter à chaque milieu les mesures indispensables d'hygiène, de prophylaxie et de thérapeutique. Aussi, seul, le praticien est à même, après quelques années d'exercice, de signaler les lacunes les plus graves de son éducation professionnelle. Il sait que ses malades en ont souffert, qu'il a dû péniblement, lui-même, acquérir par l'expérience et le travail, au sortir de la Faculté, la presque totalité des connaissances qui lui sont nécessaires pour remplir utilement, consciencieusement, honnêtement sa mission. Son avis est donc indispensable dans l'étude des réformes de l'enseignement médical, et les syndicats médicaux, en demandant à être entendus, remplissent le plus strict de leurs devoirs.

La lettre que les délégués des syndicats ont remis au ministre fait remarquer que les praticiens ne se placent pas absolument au même point de vue que les professeurs ; elle proteste contre la durée trop courte des études médicales, contre « la confusion et l'illogisme » qui règnent dans les Facultés, où nombre de professeurs bornent leur enseignement à des « cours de parade et sans utilité ».

Elle proteste contre la tendance à créer des diplômes secondaires de psychiâtre, de légiste, d'hygiéniste,

etc., etc., qui « diminuent progressivement la valeur du diplôme de docteur en médecine et le ravaleront d'ici peu à un vague officiat. » Elle constate les variations excessives de sévérité et d'indulgence dans les examens. Elle montre le favoritisme devenu « la monnaie courante de nos concours », et constate que « l'agrégation est une épreuve souvent peu loyale, qui a pu rebuter les meilleurs d'entre les bons et les décourager dès la première épreuve. » — « Pourquoi ne le dirions-nous pas, ajoutent les signataires de la lettre, puisque c'est un sentiment unanime dans le monde médical, et puisque des Professeurs, voire même un Doyen, l'ont écrit récemment. » Et la lettre de l'Union des Syndicats médicaux de France au Ministre de l'Instruction Publique conclut sagement ainsi :

Il nous semble que, dans une matière aussi vaste, ce n'est que par un débat minutieux qu'une appréciation raisonnable peut se faire jour. Aussi venons-nous, en matière de conclusion, vous demander que l'étude de la réforme de l'enseignement médical soit discutée dans un esprit démocratique, qu'elle soit faite non d'une manière arbitraire, en choisissant au hasard parmi les vœux émanés des Facultés, consultées séparément, mais qu'elle soit le fruit d'un travail prolongé, d'un effort considérable et synthétique, émanant du corps médical dans son ensemble. Nous demandons que vous confiiez l'étude des réformes de l'enseignement médical à une Commission comprenant des membres du corps enseignant et, en nombre au moins égal, des membres désignés par les Syndicats médicaux. Nous ne savons ce qui résultera des travaux de cette Commission ; mais ce que nous savons bien, c'est que plus elle sera ouverte aux bonnes volontés, plus sérieux, plus prolongés seront ses efforts, plus vous aurez rendu service à la cause de l'enseignement national et aux intérêts de la santé publique.

Il n'est pas douteux que cette lettre reçoive l'approbation de l'unanimité des médecins praticiens.

Depuis sa rédaction, d'importantes Sociétés scientifiques de médecins indépendants ont adhéré à cette campagne de rénovation des études médicales.

Le Ministre de l'Instruction Publique, M. Briand, dont nous connaissons bien l'esprit large et vraiment démocrate, a compris qu'il ne fallait pas laisser étouffer une réforme qui intéresse à un si haut point la santé publique sous des remaniements vagues de programmes et des transformations plus apparentes que réelles.

Il a répondu à la nombreuse délégation des médecins praticiens (1) que sa demande lui paraissait parfaitement légitime et réalisable, qu'il ne lui répondrait pas par des promesses banales qui pourraient ne pas être suivies d'effet, mais qu'il ferait très sérieusement étudier la question et tâcherait, dans l'intéret public, d'obtenir une réforme sérieuse de l'enseignement médical.

J. Noir.

(1) Cette délégation comprenait : MM. Gairal, des Ardennes, président de l'Union des syndicats médicaux, Dubuisson, vice-président, député du Finistère, Louis Gourichon, vice-président, J. Noir, secrétaire général, R. Millon, secrétaire général adjoint, Rotillon, président du Syndicat des médecins de la Seine, Paul Berthod, Leredde, Hamon, membres de l'Union, de Grissac, délégué du Concours Médical et du Sou Médical, membre de l'Union.

A cette délégation étaient venus spontanément se joindre : M. Gillet, vice-président et délégué de la Société médico-chirurgicale, M. Ducor, président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, M. Dignat, président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril.

La paratuberculose.

Le Prof. Poncet, de Lyon, complétant la série de ses communications antérieures, montre que le bacille tuberculeux et ses toxines sont susceptibles de produire dans l'organisme des lésions très diverses Le rhumatisme tuberculeux peut donner les formes d'arthrites les plus variées, le plus souvent sans bacilles visibles. M. Poncet croit également à l'origine toxi-tuberculeuse de certaines tumeurs du sein et de la glande thyroïde, les adénomes, que les chirurgiens ont souvent quelques difficultés à distinguer du cancer. Pour lui, ces adénomes ont tous les caractères des tumeurs inflammatoires de réaction : on n'y découvre aucune forme microbienne constante, ni même souvent aucun bacille. Mais, par l'étude de l'hérédité des sujets, par la comparaison des formes cliniques, M. Poncet n'en conclut pas moins à leur nature tuberculeuse.

Par la connaissance de ces lésions indirectes dues à l'inflammation provoquée par les toxines, le domaine de la tuberculose, déjà si vaste, se trouve encore notablement agrandi.

M. Labbé fait une objection à cette théorie ingénieuse. Diverses lésions tuberculeuses telles que les grains riziformes des synoviales ne renferment pas de bacilles. Mais elles sont néanmoins inoculables. Cette inoculation ne paraît pas se réaliser pour les adénomes du rein et du corps thyroïde.

Le Pr Fournier rapproche la paratuberculose de la parasyphilis. La syphilis produit des lésions indirectes résistant au traitement spécifique et qui cependant ne seraient pas survenues sans elle. Le microbe récemment découvert de la syphilis ne se retrouve pas dans ces lésions, pas plus que le bacille de la tuberculose dans certaines tuberculides, dans le lupus érythémateux. Il s'agit cependant bien de toxiinfections spéciales, remarquables souvent par leur marche lente et leur caractère atténué. Les rapports de la syphilis avec le tabes et avec la paralysie générale ne se comprennent bien que par ces réactions indirectes de la syphilis. Le traitement précoce et suffisamment intensif est le meilleur moyen de prévenir ces graves manifestations.

L'opération de Delorme dans l'empyème.

M. Picqué montre les beaux résultats que peut donner dans certaines pleurésies purulentes, résistant à l'incision simple et même à la résection costale une opération plus complète : la décortication du poumon avec ablation de la plèvre épaissie. Il présente un malade chez qui le résultat de cette opération, imaginée par Delorme, a été excellent.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril.

Eruption médicamenteuse.

MM. Gaucher, Boisseau, Desmoulières. — Un malade atteint de cystinurie et de bronchite présenta à chaque médication anti bronchitique une éruption urticarienne généralisée et très prurigineuse Les médicaments absorbés étaient l'eau de laurier-cerise, la belladone et l'opium. Aussitôt l'éruption constituée, les symptômes de bronchite disparurent, pour réapparaître après la guérison et la desquamation de l'éruption. L'examen des urines démontra une autointoxication par fermentations intestinales anormales et une fonction hépatique défectueuse. La moindre hétéro-intoxi-

cation détermina donc les phénomènes morbides du côté de la peau.

Indications opératoires dans la lithiase biliaire.

M. Léon Bernard oppose aux dangers de la méthode expulsive et à l'incertitude des méthodes de stérilisation l'efficacité et la sécurité de l'intervention chirurgicale. Cette intervention devra être précoce et même, dans les cas de coliques hépatiques simples, qui récidivent, il vaut mieux attaquer le mal dans la vésicule que d'attendre. D'ailleurs, le diagnostic de colique hépatique est appliqué souvent à des phases plus avancées de la lithiase. Plus l'opération est précoce, plus elle est aisée, efficace et bénigne.

Spirochète et Syphilis. Etude bactériologique, clinique. et expérimentale.

MM. Thibierge, Ravaut et Le Sourd ont recherché le spirochète sur des frottis, sur des coupes et sur les lésions expérimentales produites par inoculation aux singes. Pour le frottis, ils ont trouvé le spirochète 30 fois sur 39 chancres syphilitiques, en utilisant surtout la sérosité qui s'exsude après grattage Les résultats par examen des coupes et par inoculation sont les mêmes ; les auteurs ont constaté l'absence du spirochète dans le liquide céphalorachidien et le liquide pleural. Le procédé le plus sensible est l'inoculation, puis vient l'examen des coupes, puis le frottis. Ce dernier procédé cependant, bien exécuté, permet de reconnaître la nature syphilitique d'une lésion et de porter un diagnostic ferme en cas de doute. Ces méthodes sont en tous points identiques à celles employées pour le diagnostic des lésions tuberculeuses.

Purpura hémorrhagique grave prétuberculeux.

MM. Carnot, Bensaude et P. Harvier. — Une jeune femme sans antécédents tuberculeux, affaiblie par une grossesse et un allaitement de six mois, maigrit et fut atteinte d'une forme grave de purpura hémorrhagique (hémorrhagies nasales, gingivales, rénales). Après une période d'état très mauvaise, les hémorrhagies cessent, une amélioration survient, mais une tuberculose galopante s'installe et arrive à l'excavation en six semaines. Le pronostic de ce purpura prétuberculeux n'est pas toujours si grave, comme plusieurs observations en font foi, malgré le mauvais état général, les lésions sanguines, et la marche rapide de la tuberculose.

M. Lion présente une malade qui a tous les signes d'une sténose de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Les aliments s'arrêtent au-dessus du cardia pendant deux heures, puis après une série de mouvements de déglutition d'air, toute la masse alimentaire tombe dans l'estomac avec un bruit de glouglou Ces étapes des masses alimentaires sont nettement démontrées par la radiographie.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 avril 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45.

A l'unanimité, le procès-verbal de la précédente réunion est adopté.

Correspondance imprimée. — Journaux habituels ; Travaux de la Société de Médecine de Nancy. — *Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales* par le Dr Lucien Graux; — *Modifications à apporter aux articles* 7, 11, 19, 20 *de la loi du 15 février 1902*, par le Dr Lucien Graux : — *Choix d'un logement*, par P. Juillerat ; *Les habitations à bon marché* par A. Delforge.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Lucien Graux, qui remercie la Société d'avoir bien voulu le nommer membre titulaire.

2°) Lettre de M. le Dr Blondin s'excusant de ne pouvoir venir lire son travail de candidature.

M. Dubar donne lecture du rapport de la Commission nommée pour étudier les modifications aux statuts de la Société de Médecine de Paris.

Rapport de la Commission nommée pour étudier les « Modifications aux Statuts » de la Société de Médecine de Paris.

M. Dubar, rapporteur.

Durant l'année scolaire 1904-1905, la Société de Médecine de Paris, désireuse d'occuper la place à laquelle elle a droit dans le monde médical, nommait une Commission chargée d'étudier les moyens propres à agrandir son champ d'action, à élargir ses moyens d'activité et de vitalité et surtout le moyen d'apporter un remède sérieux à l'insuffisance de la publication et du retentissement au dehors des travaux scientifiques auxquels elle consacrait le meilleur de son temps et de son talent.

Après 15 mois d'efforts, cette commission établissait un projet de fusion avec la Société Médico-Chirurgicale, projet qui fut établi durant de nombreuses séances au sein de chaque société respective.

Chaque article fut ainsi discuté, approuvé et le projet adopté dans son ensemble.

Tout allait pour le mieux, quand le 14 janvier 1906 en séance extraordinaire, la Société de Médecine — convoquée régulièrement — rejetait ce projet de fusion à *deux* par un vote ainsi décomposé :

Pour la fusion............	23
Contre la fusion............	16 + 1 bulletin blanc

Dans cette même séance, il est vrai, un amendement fut présenté par notre distingué collègue Coudray demandant la fusion des trois Sociétés : Médico-Chirurgicale, Médecine et Chirurgie Pratiques et Société de Médecine de Paris sous l'impérieuse raison que le groupement de tous leurs membres serait seul capable d assurer un avenir certain à la nouvelle Société.

Du reste, ces Sociétés, réunies fréquemment en des Assemblées plénières, voisinaient au mieux de leurs intérêts, justifiant le propos d'un membre qui — au sortir d'une de ces réunions plénières — déclarait spontanément, dans la chaleur communicative des discussions « qu'il fallait fusionner les 3 « sociétés, faire des sections et rivaliser avec l'Académie de « Médecine » (Dr Doléris 26 nov. 1904.)

Cet amendement fut voté à l'unanimité des quarante membres présents.

La Société de Médecine de Paris affirmait par un vote, son désir et sa volonté de voir groupées en une Société unique les trois Sociétés précitées.

Dès lors, la tâche se simplifie, il n'y a qu'à suivre les indications reçues.

Ouverte à tous les progrès, comprenant qu'il s'agit d'un intérêt vital et désireuse avant tout d'aboutir, la Société de Médecine de Paris entre dans le domaine des réalités en provoquant une réunion plénière des Commissions nommées par les trois Sociétés.

Le 28 mars, les trois commissions se réunissent sous la présidence de M. Desnos, acclamé à l'unanimité.

La Société Médico-Chirurgicale, entre autres points particuliers sur lesquels tout le monde est d'accord, pose comme principe qu'il faut éviter les questions personnelles. M. Christian partage cette manière de voir. Il pense aussi que les questions de personnes devront être écartées, si l'on veut rester sur le terrain de la justice et de l'équité sous la forme des droits acquis et aussi parce que c'est la seule façon de faire aboutir la fusion.

L'ordre du jour suivant est déposé :

« Les membres des Commissions des Sociétés de Médecine « de Paris, Médico-Chirurgicale, de Médecine et de Chirurgie « Pratiques nommées dans ces Sociétés en vue de la fusion en « une Société unique, intitulée *Société de Médecine de P...* « réunis le 28 mars 1806 déclarent adopter cette fusion dans la « forme suivante :

« Vu les déclarations du Conseil d'Etat, les membres des « Sociétés Médico-Chirurgicale, de Médecine et de Chirurgie « pratiques entreront dans la Société de Médecine de Paris « sous le titre *Dispositions transitoires*, à savoir :

« Les membres de la Société de Médecine et de Chirurgie « pratiques et de la Société Médico-Chirurgicale sont dispen- « sés des obligations et conditions imposées par les articles « 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 et 14.

« Les statuts nouveaux seront élaborés par les trois Com- « missions et soumis à l'approbation de leurs Sociétés res- « pectives.

« La Société de Médecine de Paris continue à faire les dé- « marches nécessaires pour obtenir la transformation de ses « Statuts en ce sens. »

(*Adopté à l unanimité.* Suivent les 14 signatures.)

Conformément à cet ordre du jour un rapporteur a été désigné dans chaque Société et les « Modifications aux Statuts de la Société de Médecine de Paris élaborées en commun, avec le projet ancien comme base.

Les anciens statuts de la Société persistent, ils ont simplement subi des modifications de détail.

La Société de Médecine de Paris garde donc son titre et ses Statuts, elle reste elle-même aux yeux des plus exigeants ; c'est son agrandissement que nous demandons.

A son passé glorieux, à son esprit de tradition — peut-être trop longtemps gardé par des Sénateurs respectables mais timorés, — il convenait d'ajouter une force nouvelle.

Cette force, ce sang nouveau si l'on peut dire, vous la trouverez dans le nombre et vous me permettrez de vous dire que la loi du nombre est vraie partout.

Que tous ceux qui ont pris à cœur cette noble tâche et qui ont contribué au succès final trouvent ici un écho de gratitude et de haut témoignage.

Et puis soyons unis ! Soyons forts !

L'heure n'est plus aux divisions, soyons des hommes d'action et non des gens de parole.

Travaillons ! ! ....

M. Buret fait observer que les statuts imposent, pour le vote en Assemblée générale, la date de la séance qui suit la lecture et la discussion du rapport.

La prochaine séance aura lieu le 28 avril 1906 ; or, plusieurs de nos collègues, retenus au Congrès de Lisbonne, ne pourront peut-être pas être rentrés. D'un autre côté, certains membres peuvent être souffrants et empêchés ce jour-là, il ne serait que justice de tenir compte de leur opinion du moment où le secret du vote peut être sauvegardé. D'ailleurs, la Société a déjà eu à se prononcer sur cette question et, dans une circonstance analogue, le 24 février 1894, le vote par correspondance a été admis.

M. le Président met la question aux voix : la proposition du secrétaire général est adoptée.

La discussion est déclarée close : le vote, sur convocation spéciale, *aura lieu le samedi 28 avril 1906, à 6 heures.* Chaque membre titulaire viendra, à l'appel de son nom, déposer dans l'urne le bulletin de vote qu'il aura détaché de la lettre de convocation : il aura à écrire « *oui* » ou « *non* » au-dessous de la question suivante : « *Approuvez-vous le texte des nouveaux statuts, dont un exemplaire vous a été récemment adressé ?* »

Les sociétaires absents de Paris ou empêchés n'auront qu'à détacher ce même bulletin préalablement rempli et le mettre sous enveloppe fermée. Ils placeront le pli dans une seconde enveloppe, avec leur carte de visite, et adresseront le tout au secrétaire général. Celui-ci, à l'appel du nom du sociétaire absent, déposera dans l'urne le bulletin enfermé sous pli, *sans l'ouvrir.* Ce système de la double enveloppe assure le secret du vote, conformément aux statuts.

Le « bon à tirer » des nouveaux statuts proposés a été donné le 7 avril : l'imprimeur est chargé de l'expédition. Les exemplaires parviendront vraisemblablement avant Pâques.

Il a été décidé, en outre, que la liste générale des membres des trois sociétés similaires serait jointe à cet envoi. Le secrétaire général est chargé de s'occuper de l'impression de cette liste.

La Société ayant compris la nécessité de s'agrandir, chacun des membres est engagé à lire attentivement les nouveaux statuts et à venir voter, ou tout au moins envoyer son bulletin de vote le 28 avril. Il est *indispensable* que tous expriment leur opinion.

Le Bureau rappelle que, aux termes des statuts, toute demande de modification doit, pour être soumise à l'approbation du gouvernement, réunir en sa faveur les deux tiers des suffrages exprimés et que cette majorité doit, pour être valable, comprendre la *moitié plus un* des membres titulaires inscrits. Or, la liste actuelle comprenant 65 membres, la majorité doit être, au minimum, de 34 voix. Ce chiffre sera suffisant si le nombre des votants ne dépasse pas 51. Avec 52 suffrages, la majorité des 2 tiers est 35 : avec 53 et 54, elle est de 36 ; avec 55, il faut 37 : avec 56 et 57,—38 ; avec 58, –39 ; avec 59 et 60, –40 ; avec 61, —41 ; avec 62 et 63,—42 ; avec 63,— 43 ; et avec 65,—44.

La séance est levée à 6 h. 15.

Le Secrétaire général, F. Buret. *Le Secrétaire annuel.* Mortier

NÉCROLOGIE

Obsèques du Dr Phisalix.

Les restes du Dr Phisalix ont été transportés à Mouthiers-Hautepierre, son pays natal ; à la gare de Lyon, lors de la levée du corps, les discours suivants ont été prononcés devant une nombreuse assistance de collègues et d'amis.

Discours de M. Ed. Perrier, *Directeur du Muséum d'histoire naturelle.*

Messieurs,

L'homme exquis auquel nous disons aujourd'hui un dernier adieu laisse au Muséum et dans la Science un vide aussi grand que dans le cœur de ses amis. Bon, dévoué, modeste, il avait toutes les qualités qui suscitent l'affection, et cette loyauté sans capitulation qui commande, l'estime : ses travaux étaient, comme ses actes de la vie courante, marqués au coin de cette exactitude et de cette précision qui sont la probité du savant.

Il était venu tardivement et d'un peu loin à la science. Médecin-major dans un régiment d'artillerie à Besançon, il avait quitté l'armée pour se consacrer exclusivement à la Science et s'était tout de suite fait remarquer par des travaux importants de physiologie. Mais il avait laissé parmi ses camarades de l'armée de tels souvenirs que ses anciens chefs ne cessèrent de s'enquérir de ses travaux, et que son camarade, le Dr Schneider, médecin de sa Majesté le Shah de Perse, lors d'une des dernières visites de ce souverain au muséum, me demanda de le signaler tout particulièrement pour la Croix d'officier de l'ordre du Lion et du Soleil de Perse, qui lui fut effectivement décernée sans qu'il se doutât que sa candidature avait été posée. Il était déjà chevalier de la Légion d'honneur.

Phisalix était depuis 1888 assistant, au Muséum, de la chaire de pathologie comparée. Après des recherches de pure physiologie notamment des recherches délicates sur les changements de couleur chez les animaux qui lui valurent le titre de lauréat de l'Institut, il s'était fait une spécialité de l'étude des virus et des venins. Ses recherches sur les venins des abeilles, des batraciens, des serpents, sont aujourd'hui classiques. Dans des substances demeurées longtemps mystérieuses, il découvrit des ferments spéciaux qu'il sut définir nettement, dont il détermina avec rigueur toutes les propriétés. Mais cela ne lui suffisait pas ; il trouva le moyen de neutraliser plusieurs d'entre eux et peut disputer à Calmette, qu'il semble bien avoir devancé d'ailleurs, l'honneur d'avoir trouvé un puissant antidote contre les venins des serpents les plus redoutables.

L'étude des maladies microbiennes lui fournit aussi l'occasion d'importantes découvertes. Il avait réussi dans ces dernières années à immuniser les jeunes chiens contre la maladie qui cause parmi eux tant de ravages.

A Besançon, où il avait fait ses premiers travaux, Phisalix avait trouvé une compagne digne de lui. Mademoiselle Marie Picot,

qui s'était déjà distinguée à l'Ecole normale supérieure de jeunes filles de Sèvres par son goût pour les sciences naturelles, y continuait ses études. Elle a conquis depuis sa licence ès sciences naturelles et le doctorat en médecine. Devenue Madame Phisalix, non seulement elle allégea sa vie des menus détails de l'existence quotidienne, mais elle se fit sa compagne assidue de laboratoire, sa collaboratrice intelligente et active, comme elle a été jusqu'au dernier jour sa gardienne dévouée.

Hélas ! moins que personne elle ne pouvait se faire illusion sur les progrès d'un mal insidieux, laissant parfois renaître l'espoir pour réapparaître bientôt aggravé. Lui, se montra jusqu'à la fin courageux pour elle, ne voulant pas laisser paraître la certitude qui se faisait plus nette chaque jour dans son esprit que la fin était proche. Il la voyait venir sans effroi, cherchant seulement à élever son esprit toujours plus haut, rêvant de ne laisser planer aucune ombre sur son souvenir.

Vous pouvez, cher ami, dormir en paix; tous vos maîtres, tous vos collègues, tous vos amis ressentent également la perte qu'ils viennent de faire, et le Muséum regrette en vous un de ses plus fidèles serviteurs, un de ceux qui pouvaient encore lui apporter de la gloire. Je suis leur interprète ému, et je vous apporte surtout le tribut des regrets et les adieux de l'homme éminent qui vous avait attaché à lui et qui m'a prié de prendre la parole en son nom particulier, comme je le fais au nom du Muséum tout entier.

Ces témoignages unanimes de sympathie adouciront votre peine ; je l'espère, Madame, mais vous avez une autre consolation. Vous n'avez pas été seulement la compagne de Phisalix ; vous avez partagé sa pensée ; elle continuera à vivre en vous et vous serez de ces femmes privilégiées qui ne perdent pas leurs morts parce que leur esprit continue à les inspirer.

Après M. le Prof. Perrier, M. le Dr Gley a pris la parole au nom des assistants du Muséum d'histoire naturelle, collègues de M. Phisalix.

Discours de M. Gley.

Messieurs,

Il y a neuf ans, disparaissait soudainement du laboratoire de pathologie comparée du Muséum un jeune physiologiste dont les travaux déjà nombreux et d'une rare originalité annonçaient une des plus amples et des plus fructueuses moissons scientifiques qu'il fût loisible d'espérer. Et voilà qu'aujourd'hui s'en va, dans la maturité d'un esprit exercé, en possession de toutes ses forces, l'Assistant du même laboratoire.

A ce rapprochement que tous sans doute ont fait, dans la maison à laquelle ont appartenu Contejean et Phisalix, de quelle tristesse n'être pas saisi, et de quels regrets ! Ce sont ces regrets que je suis chargé d'exprimer au nom des Assistants du Muséum.

Lorsque le professeur Chauveau fit entrer Phisalix dans son laboratoire, il y a près de vingt ans, notre Collègue était déjà connu par de très intéressants travaux d'histologie et d'embryologie qu'il avait su poursuivre tout en remplissant au mieux les fonctions de son grade dans la médecine militaire, et par sa thèse de doctorat ès sciences sur le développement, la structure et le rôle de la rate chez les poissons osseux.

Mais c'est dans le laboratoire que se développa vraiment sa vie. C'est là qu'il conçut et mena à bien, grâce à un labeur persévérant, ses recherches sur les chromatophores des céphalopodes et sur leur innervation, sur les variations du bacille du charbon et de ses fonctions, et particulièrement ce bel et solide ensemble de travaux si méthodiquement conduit, avec l'aide fréquente de son ami Gabriel Bertrand sur les venins des serpents, leur propriétés toxiques et les moyens de les atténuer, la vaccination antivenimeuse et les antitoxines de ces venins.

Que de notions neuves sont sorties de ces travaux, depuis la connaissance de la toxicité du sang des serpents venimeux, comparée à celle de leur venin, jusqu'à la découverte du sérum antivenimeux. Tout le monde sait que cette découverte, faite simultanément dans un autre laboratoire, a constitué une des applications les plus brillantes de la sérothérapie. Ainsi les sagaces et patientes études de notre collègue n'ont pas seulement fourni des résultats d'une telle importance que leur place est désormais fixée dans toute doctrine de l'immunité, mais elles sont aussi pour beaucoup dans l'institution, du traitement que l'on peut qualifier d'infaillible, des terribles accidents dus à la morsure des serpents. Heureux le savant auquel il est ainsi donné de justifier le mot de Taine : que les travaux de laboratoire et de cabinet ne reçoivent toute leur sanction et tout leur prix que par les emplois utiles qu'on en fait ! Et quel plus utile emploi du labeur du physiologiste que de sauver des vies humaines !

Fidèle à la méthode comparative, Phisalix a étendu à d'autres espèces animales ses recherches sur les venins. Ses études sur les poisons des batraciens et sur ceux des insectes le conduisirent encore à des découvertes très intéressantes.

Toutes ces recherches ont reçu la publicité à laquelle elles avaient droit, et notre collègue eut plusieurs fois l'occasion de les exposer avec succès dans des conférences au Muséum. Elles lui valurent aussi les distinctions et la grande notoriété qu'il méritait.

L'hommage que nous lui rendons ne serait point complet si je n'ajoutais que nous avons toujours trouvé en lui un collègue courtois et serviable, d'une cordialité simple, d'une sûre loyauté. A ces qualités qu'il portait dans ses relations avec nous, nous imaginons aisément les qualités de l'homme privé et nous compatissons à la douleur de celle qu'il n'avait pas seulement choisie, comme dit l'*Ecclésiaste*, pour manger son pain en joie avec elle, mais aussi pour vivre avec lui toute sa vie scientifique. De cette vie, trop tôt fermée, la science, permanente et indestructible, gardera du moins la trace.

Au nom de la Société de Biologie, M. J.-P. Langlois a adressé à son regretté collègue un dernier hommage.

Discours de M. J.-P. Langlois.

Messieurs,

Notre Président, étant retenu par ses devoirs professionnels, m'a chargé de représenter la Société de Biologie et d'adresser, en son nom, le dernier adieu à notre regretté collègue Phisalix. Depuis plusieurs mois, à nos réunions du samedi, nous ne voyions plus Phisalix, et son absence était douloureusement constatée, car nous connaissions tous son assiduité à suivre nos séances. La maladie seule pouvait l'éloigner ainsi du centre scientifique qu'il affectionnait tant.

Phisalix était, suivant l'expression du XVIIIe siècle, « un curieux de la nature ». Son esprit chercheur le poussait en effet à porter ses investigations dans les différentes branches du domaine biologique. Ses travaux sur les chromatophores des céphalopodes le classent parmi les biologistes zoologistes. Dans ses longues et patientes recherches au laboratoire de Roscoff, il réussit à pénétrer le mécanisme de la chromo-constriction, à donner la clef d'un phénomène peu connu avant lui. Bactériologiste, il s'attaque à la biologie si troublante de la bactéridie charbonneuse et, ici encore, il a la joie d'appporter une nouvelle page à l'histoire déjà bien chargée de cet agent pathogène. Il parvient à créer une race asporogène.

Mais l'œuvre principale de notre cher collègue est constituée par son étude magistrale sur les venins. Ce sont ses travaux faits en collaboration fréquente avec Bertrand, et ceux de Calmette, qui ont doté la science française de cette nouvelle conquête si précieuse : la vaccination contre les morsures des serpents. Je ne me rappelle pas sans une réelle émotion notre collaboration dans l'étude physiologique du venin de la salamandre, point de départ de ses recherches sur les substances vaccinantes contre les poisons des glandes à venin. Sériant le « problème », il montre tout d'abord que la substance toxique du venin de vipère existe dans le sang de l'animal, que par le chauffage on peut obtenir dans le venin et même dans le sang une substance vaccinante. Enfin il parvient à expliquer l'immunité des serpents contre leur propre venin par l'existence d'une substance antitoxique coexistant dans leur sang.

Malgré une santé depuis bien longtemps précaire, Phisalix fut toujours un travailleur infatigable, amant passionné de la science, et il avait trouvé en Madame Phisalix non seulement l'épouse dévouée et attentive, mais une collaboratrice fidèle. Au nom de la Société de Biologie, où Phisalix comptait de si nombreux amis, nous la prions d'accepter nos sincères regrets.

Le dimanche 18 mars 1906, à Mouthier-Hautepierre, les obsèques du Dr Phisalix ont été célébrées. M. Jouffroy, maire de Mouthier, a prononcé sur la tombe le discours suivant :

Dicours de M. Jouffroy, *maire de Mouthier.*

Mesdames, Messieurs,

En qualité de maire et surtout d'ami personnel du défunt, j'ai le pénible et bien douloureux devoir de ne pas laisser fermer cette tombe sans adresser un adieu amer à la dépouille mortelle du docteur Phisalix, qu'une mort prématurée vient de ravir à l'affection des siens et de ses nombreux amis.

Né en 1852, d'une modeste famille de vignerons, le jeune Phisalix montra de très bonne heure un goût prononcé pour l'étude ; ses condisciples ne tardèrent pas à constater la supériorité de son intelligence et à prévoir qu'il était appelé à un brillant avenir. Les débuts de la vie ne furent pas pour lui sans difficultés, mais sa grande intelligence, doublée d'une incroyable énergie, en raison de tous les obstacles. Il débuta dans l'armée comme

médecin-major au 4e d'artillerie, c'est en cette qualité qu'il fit la campagne de Tunisie. A son retour, il s'occupa plus spécialement de sciences naturelles et fréquenta assidûment les laboratoires de Roscof et de Banyuls. Depuis 1880, il a sucessivement passé avec succès, à la faculté des sciences de Paris, ses examens de licence et de de doctorat ès sciences naturelles. La science fut le culte de toute sa vie, les recherches auxquelles il se livra le menèrent à faire des découvertes importantes qui laisseront son nom à la postérité et qui feront dire que le docteur Phisalix a été une illustration pour son pays et pour le village qui l'a vu naître.

Phisalix ne fut pas seulement un savant, il fut aussi un grand cœur qui s'intéressait à tout ce qui était de nature à améliorer la situation de son village, qu'il aimait passionnément et où il a voulu venir dormir son dernier sommeil au milieu des siens.

Ce fut toujours aussi un modeste, qui garda jusqu'au bout son caractère d'origine plébéienne; sous une apparence qui paraissait un peu froide, de prime abord, on ne tardait pas à découvrir la bonté de son âme et la tendresse de ses sentiments. Arrivé par la tenacité de son travail à une situation qu'il n'avait jamais espérée, marié depuis quelques années à une compagne aimante, dévouée et absolument digne de lui, Phisalix semblait devoir vivre heureux encore de longues années, mais l'impitoyable mort est venue mettre un terme à ce bonheur bien mérité et faire couler les larmes de son épouse éplorée et de sa vénérable mère qui ne croyait pas avoir la douleur de lui survivre. J'adresse à l'une et à l'autre, l'expression de ma douloureuse sympathie.

Adieu, bien cher ami, que la terre te soit légère. Nous veillerons sur ta tombe avec le plus grand respect, nous puiserons dans ta mémoire le souvenir des enseignements que tu nous a laissés. Adieu docteur Phisalix, adieu !

M. le Dr Desgrez, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, ami personnel du Dr Phisalix, est venu au nom des amis et des collègues du défunt lui adresser le suprême adieu.

Discours de M. le Dr Desgrez.

Mesdames, Messieurs,

Dans la foule émue des amis et des admirateurs qui ont accompagné, hier soir, à la gare de Lyon, la dépouille mortelle de Phisalix, l'Université de Paris et les Sociétés savantes, l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, la Société de biologie, et le Muséum d'histoire naturelle, ont tenu à honneur d'être représentés par quelques-uns de leurs membres les plus illustres. C'est que si la mort paraît parfois se plaire à briser les plus belles espérances, elle s'est montrée plus cruelle, plus aveugle que jamais, en frappant, dans la maturité de son talent, dans le plein épanouissement de son œuvre, le chercheur infatigable dont les travaux ont projeté une lumière éclatante sur quelques-uns des problèmes les plus difficiles de la biologie générale ! Les voix autorisées des maîtres de la science ont célébré hier, au moment du départ suprême, les mérites exceptionnels de l'œuvre scientifique de Phisalix. Mais puisqu'il est venu, selon son désir le plus cher, dormir son dernier sommeil à l'ombre de la maison qui a abrité son berceau, dans l'humble cimetière où reposent ses aïeux, ne convenait-il pas que l'un de ces enfants de la Comté qu'il a le plus honorés de son affection vint jusqu'ici lui renouveler, avec l'adieu suprême, le témoignage des sentiments d'admiration et de regret de tous ceux qui furent les confidents de sa pensée, les témoins de son labeur, de ses luttes comme de ses victoires ?

Césaire-Auguste Phisalix, est né à Mouthier le 8 octobre 1852. Ses parents, qui étaient cultivateurs et avaient plusieurs enfants, s'imposèrent les plus lourds sacrifices pour le placer comme élève interne, d'abord au petit séminaire d'Ornans, pris au collège catholique de Besançon. Phisalix manifesta dès cette époque une préférence marquée pour les sciences naturelles qui devaient, un peu plus tard, faire la grande passion de sa vie et le conduire aux plus belles découvertes.

Etudiant en médecine à Besançon, puis élève du service de santé militaire, il vint à Paris, en 1873, faire un stage au Val-de-Grâce et couronner ses études de médecine par une thèse très remarquée sur la néphrite aiguë. En 1881-1882, il fait, comme médecin militaire, la campagne de Tunisie. C'est là qu'il contracte une affection gastro-intestinale des plus graves, qui l'oblige à prendre, en 1883, une retraite prématurée.

Au lieu de chercher, dans l'exercice de la profession médicale, le repos et le confort qui constituent l'idéal de tant d'autres existences, Phisalix rentre à la Faculté des sciences de Besançon, ou il obtint, en 1884, le poste de préparateur de zoologie et de botanique, près la chaire de Moquin-Tandon. Si cette situation n'apportait pas la fortune, pas même l'aisance, elle apportait du moins le bonheur puisque notre compatriote revenait définitivement à ses études, aux sciences naturelles ! De cette époque datent les premiers travaux importants de Phisalix, sur divers sujets de zoologie et d'embryologie. Il passe, en 1885, sa thèse de doctorat ès sciences, puis est nommé, au concours, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon, en 1886. Mais l'activité de Phisalix avait besoin de s'exercer dans un champ d'études plus vaste que celui d'une modeste faculté de province. Aussi le retrouvons-nous à Paris, en 1888, comme aide-naturaliste, au Muséum, titre qui fut changé (en 1892) en celui d'assistant.

Au laboratoire du professeur Chauveau, Phisalix trouva les moyens de poursuivre les recherches dont il accumulait les matériaux depuis plusieurs années. Parmi ces travaux, l'Institut accordait, en 1894, sur un rapport très élogieux du professeur Perrier, une première récompense à des recherches relatives aux variations de couleur de la peau de céphalopodes. Quel que fût leur intérêt, ces recherches ne suffisaient pas à satisfaire l'ardeur scientifique de notre jeune savant. La même année, en effet, l'Académie des sciences lui décernait un de ses prix Monthyon pour ses premiers travaux sur les venins, exécuté en collaboration avec Gabriel Bertrand. Par ces mémorables recherches Phisalix inaugurait un champ nouveau d'investigations scientifiques Il établissait, en effet, que l'immunisation n'est pas produite directement par la matière vaccinante, mais qu'elle résulte d'une réaction de l'organisme. C'était la démonstration expérimentale d'une idée féconde, introduite en pathologie générale par le professeur Bouchard. C'était une conquête d'importance décisive dans la biologie des animaux venimeux. Elle conduisait son auteur à fixer la nature et l'action physiologique de leurs venins pour les comparer à celle des toxines microbiennes, surtout au point de vue des phénomènes de l'immunité. Elle le conduisit, en outre, à la mémorable découverte du vaccin contre les morsures des animaux venimeux. Et c'est ainsi, par un travail opiniâtre, par une suite de recherches logiques que l'humble enfant de Mouthier, que le petit naturaliste parti de Besançon avec un bagage scientifique modeste, avec des ressources pécuniaires plus modestes encore ; mais avec la noble ambition de la conquête scientifique, réalisa une découverte pour l'importance de laquelle l'histoire des sciences lui décernera le titre de bienfaiteur de l'humanité !

Sur le rapport du professeur Bouchard, l'Académie des sciences attribua à Phisalix, en 1898, le grand prix Bréant. Comme cette magnifique récompense paraissait encore inférieure à l'importance des services rendus, le gouvernement y ajouta bientôt la croix de la Légion d'honneur. Phisalix, qui rêvait d'autres conquêtes, continua la série de ses recherches. Il montra bientôt que la bile agit comme antidote chimique et comme vaccin, que les sels biliaires exercent vis-à-vis du venin de vipère, la même neutralisation chimique que la bile entière, qu'un certain nombre de substances chimiques sont douées d'une action physiologique analogue, etc., etc.

Je ne saurais prolonger outre mesure, mes chers compatriotes, cette liste des secrets arrachés à la nature par l'inlassable activité du savant que nous pleurons aujourd'hui. Tous ses travaux marquent autant d'étapes glorieuses sur lesquelles prendront un appui solide les chercheurs de l'avenir.

En 1895, Phisalix épousa Mlle Picot, qui devint bientôt sa meilleure élève et sa collaboratrice dévouée. Agrégée des lycées de jeunes filles, Mme Phisalix fit honneur à son maître en débutant dans la vie scientifique par une thèse de doctorat de médecine qui lui valut une medaille d'argent de la Faculté de Paris. Aux mérites de cette collaboration, elle sut unir ceux de la femme idéale en prodiguant à son mari tous les soins délicats qu'exigeait une santé restée fragile depuis la campagne de Tunisie et épuisée encore davantage par une activité incessante, par un labeur immense. En m'inclinant respectueusement devant la pauvre mère qui a partagé la joie des triomphes de son fils, mais qui va connaître la douleur amère de lui survivre, en m'inclinant devant la compagne dévouée du savant si prématurément arraché à son affectueuse tendresse, je leur apporte à toutes les deux l'hommage de douloureuse sympathie de nombreux amis que je représente à cette cérémonie,

Et maintenant mon cher ami, mon cher Phisalix, il me reste à vous redire encore une fois : Adieu ! Adieu ! Vos travaux ont creusé un sillon lumineux dans un domaine scientifique resté inculte jusqu'à vous. Les savants qui s'engageront dans la voie que vous avez ouverte salueront en vous un des conquérants pacifiques les plus glorieux de notre époque. Ils béniront votre nom comme le bénissent, tous les jours, les victimes des reptiles venimeux que vos admirables travaux arrachent à une mort certaine. Le petit village de Mouthier peut s'enorgueillir de vous avoir donné le jour. Les futurs historiens de notre belle province graveront dans ses annales votre nom en lettres d'or, à côté des noms immortels de Cuvier et de Pasteur !

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des tuberculoses et affections des voies respiratoires.

Dans son *Traité de médecine*, le docteur Ferrand dit ; « L'Emulsion Marchais est, d'après l'avis des médecins, la meilleure préparation créosotée ; elle diminue rapidement la toux, l'expectoration, la fièvre et active la digestion. »

Le professeur Trélat, ancien président de l'Académie de Médecine, écrit, février 1885 : L'Emulsion Marchais me paraît un bon médicament : j'en use personnellement, je la conseille et j'en donne à mes malades de l'hôpital. » L'Emulsion Marchais se prend à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, dans lait, tisane, bouillon.

VARIA

Concours d'adjuvat des Asiles publics d'aliénés de 1906.

Le concours, commencé le 19 mars 1906, a fini le 31 mars 1906. Le jury était ainsi composé : M. le Dr Drouineau, inspecteur général des services administratifs, président.

Membres : MM. le Dr Joffroy, professeur à la faculté de médecine de Paris ; le Dr Mairet, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; le Dr Régis, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux ; le Dr Giraud, directeur médecin à l'asile de Saint-Yorne ; le Dr Dubuisson, directeur médecin à l'asile de Bracqueville (Haute-Garonne) ; le Dr Sizaret, médecin en chef à l'asile de Saint-Méen. — Membre suppléant : le Dr Antheaume, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Questions choisies par le Jury. — *1° Question écrite : Nerf facial* (Anatomie et physiologie). — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Circulation sanguine du cerveau (anatomie et physiologie) ; 2° Les espaces sous-arachnoïdiens cérébro-spinaux ; Liquide céphalo-rachidien (anatomie et physiologie).

2e Question écrite : Quelles sont, dans la loi du 30 juin 1838, les dispositions prévues pour éviter les séquestrations arbitraires : Questions restées dans l'urne : 1° De la correspondance de l'aliéné placé dans un asile et de la responsabilité médicale ou administrative. Droits de l'aliéné, de la famille, du service médical et du service administratif ; 2° Aliénés non interdits. Administration de leurs biens.

Questions orales. — 1re Séance : 1° *Insuffisance aortique* (*Symptômes et diagnostic*). *Tétanos* (Symptômes et diagnostic). Questions restées dans l'urne : 1° Complication de la scarlatine. Luxation de l'épaule ; 2° Rétention d'urine. Complications de la rougeole.

2e Séance : 2° *Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. Fistules anales* (symptômes, diagnostic et traitement). Questions restées dans l'urne : 3° Complications de la scarlatine, luxation de l'épaule ; 4° Varioloïde. (Causes, signes et marche de la maladie) — Signes et diagnostic de la hernie étranglée.

3e Séance : 3° *Symptômes et diagnostic de la pleurésie franche aiguë. Symptômes, diagnostic et traitement des fractures de côtes.* Questions restées dans l'urne : 5° Symptômes et diagnostic des anévrismes de l'aorte, tumeur blanche du genou ; 6° Appendicite (médecine et chirurgie).

4e Séance : 4° *Diagnostic de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. Diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou.* Questions restées dans l'urne : 7° Appendicites (médecine et chirurgie) : 8° symptômes, diagnostic et terminaison de la phelgmatia alba dolens Diagnostic et traitement des hernies étranglées.

Nombre de places mises au concours 10. — Candidats reçus, 10, dont les noms suivant par ordre de classement : 1° M. Vurpas (de Sainte-Anne) ; 2° M. Dromard (du Dépôt) ; 3° M. Ducos (de Château-Picon) ; 4° M. Charpentier (de Sainte-Anne) ; 5° M. Halberschtadt (de Villejuif) ; 6° M. Levassort (du Dépôt) ; 7° M. Renon (de Ville-Evrard) ; 8° M. Daday (de l'asile privé de Privas) ; 9° M. Damaye (de Villejuif) ; 10° M. Viollet (de Sainte-Anne). — 24 candidats s'étaient fait inscrire. — 18 seulement ont pris part aux épreuves.

De l'anesthésie chirurgicale par la scopolamine-morphine.

L'article très documenté de M. Morel et Viron, publié dans le n° 7 du *Progrès médical* (p. 97) sur la *scopolamine*, a renseigné nos lecteurs sur ce médicament, encore très discuté.

Voici un extrait du travail de M. le Dr Lorendan, publié dans le *Bulletin médical de Québec* (février 1906), à titre documentaire.

Si je suivais la routine, je ferais mon article, puis je tirerais les conclusions. J'aime mieux faire autrement ; l'expérience que j'ai de cet anesthésique me permet d'en tracer immédiatement les règles suivantes, sans hésitation.

1° La scopolamine-morphine en injections hypodermiques suivant les indications et procédés que j'ai décrits dans le *Bulletin*, est un excellent anesthésique, d'avenir brillant, mais à indications spéciales.

2° La scopolamine-morphine n'est pas appelée à remplacer le chloroforme, mais les deux anesthésiques, administrés conjointement, dans les conditions déterminées, diminuent les dangers, les inconvénients de chacun d'eux séparément.

3° Le coefficient toxicologique de la scopolamine-morphine sur la cellule de notre économie est moindre que celui du chloroforme et la manifestation en est plus facile, parce que la méthode d'administration est plus précise, mieux ordonnée et laisse moins à l'appréciation individuelle.

Voyages d'Etudes Médicales-Stations hydrominérales et climatiques de France.

V. E. M. 1906. — Le 8e voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du professeur Landouzy, du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les Stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage. — Le programme détaillé sera publié en mai 1906.

Douze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1906 par : le Professeur Henrot. — les Administrations des Eaux minérales de : Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian (4 bourses), Pougues, Royat, Vichy — le Conseil municipal des Eaux-Bonnes — la Compagnie générale des Eaux Minérales et Bains de Mer. Elles sont attribuées par leurs fondateurs à : 1° un Médecin anglais, un Médecin belge, un Médecin danois, un Médecin italien ; 2° deux Médecins, membres du Concours médical et de l'Association générale des Médecins de France ; 3° deux Internes des Hôpitaux de Paris ; 4° un Etudiant de la Faculté de Bordeaux, un de Lyon, un de Paris, un de Reims. Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, ou à M. le Dr Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris.

LES CONGRÈS

Deuxième congrès international d'hygiène scolaire.

(Londres, 5-10 août 1907.)

Le deuxième des Congrès internationaux d'hygiène scolaire, qui doivent se succéder à trois ans d'intervalle, se tiendra à Londres, du 5 au 10 août 1907. Il sera certainement aussi important que l'a été le premier de ces Congrès, qui a eu lieu à Nuremberg du 4 au 9 avril 1904, et qui a réuni 1.200 personnes venues des diverses régions du monde civilisé. Il convient que la France soit beaucoup plus largement représentée au Congrès de Londres qu'elle ne l'a été au Congrès de Nuremberg, non seulement par des délégations officielles, mais par de nombreux adhérents à titre privé. Notre pays a le devoir de prendre une large part au mouvement de rénovation de l'hygiène de la jeunesse des écoles si intense dans toutes les nations cultivées. Au Congrès de Londres, des sections particulières s'occuperont des questions suivantes Hygiène des bâtiments et du mobilier scolaire ; Hygiène des internats ; Méthodes de recherche de l'hygiène scolaire ; Programmes scolaires ; Enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves ; Education physique des enfants et des jeunes gens ; Ecoles spéciales pour enfants anormaux ; Hygiène de la jeunesse en dehors de l'école ; Hygiène du corps enseignant ; Sujets divers.

Des rapports destinés à être discutés en séances plénières ou en séances de section seront faits sur des sujets particulièrement intéressants ou des questions urgentes d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique. De nombreuses communications seront également lues et discutées dans les sections. La Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène sco-

...a été chargée par le Comité permanent des Congrès internationaux d'hygiène scolaire et par le Comité d'organisation du congrès de Londres, de former un Comité français. ...a constitué un Comité de patronage et un Comité d'action dont vous trouverez plus loin la composition. En leur nom, nous venons vous prier instamment de donner votre adhésion au Congrès de Londres et de lui promettre votre collaboration. Les Sociétés qui s'occupent d'hygiène sociale et d'enseignement sont tout particulièrement invitées à adhérer et à se faire représenter officiellement au Congrès de Londres. Dès maintenant on peut verser la cotisation réglementaire de 25 francs entre les mains du Trésorier français, M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle, Paris, et vous faire inscrire pour une ou plusieurs communications devant les sections. Il importe, pour la prompte élaboration du programme, que le titre des communications proposées soit communiqué le plus tôt possible au Comité de Londres. Des ...luctions importantes seront certainement consenties par les Compagnies de chemins de fer anglais et français et par les Compagnies de navigation. Le Comité de Londres assu... le logement des Congressistes suivant leur désir. Des ...es spéciales du prix de 10 francs permettront aux Dames d'assister aux séances plénières et aux réunions, réceptions et parties de plaisir organisés à propos du Congrès.

XVe Congrès international de médecine

(19-26 avril 1906).

Le programme définitif des fêtes du Congrès est arrêté comme suit : — 19 Avril : Séance solennelle d'inauguration, à ... heures de l'après-midi, dans les locaux de la Société de Géographie. — Soir : Réception par le Président du Congrès à l'école de médecine (siège du Congrès. — 20 avril Après-midi : Garden-party offert par M. Cook à Monserrate. — 21 Avril Dîner du Roi aux premiers délégués des Gouvernements. — ... Avril, Course de taureaux à Villa Franca, avec aller et retour en bateau. — 23 Avril : Soirée offerte aux congressistes par la Société de Géographie. — 24 Avril : Garden-party offert par le Roi à Necessidades. — Soir : Réception, par le Gouvernement, des délégués des Gouvernements et de ceux des écoles de médecine et sociétés scientifiques. — 25 Avril : Réception de tous les congressistes par la Ville. A ces fêtes sont admis tous les congressistes, à l'exception du dîner du Roi (pour ... seuls chefs des délégations officielles) et de la réception ... Gouvernement (pour tous les délégués).

Les travaux scientifiques du Congrès se font à l'école de médecine les 20, 21, 23, 24, 25 avril. Les séances des 20 sections auront lieu de 8 1/2 à 2 ou 3 heures, selon les jours, et ensuite les conférences générales les jours où il n'y a pas une fête d'après-midi.

Le programme des sections, tant pour les travaux scientifiques que pour les fêtes, excursions, visites aux établissements publics, n'est pas encore définitivement arrêté.

Voyages. Arrangements définitifs. — *France* Billets directs ... une gare française quelconque à Port-Bou ou Irun, avec la réduction de 50 0/0 et faculté d'arrêts en route. Obligation de faire l'aller et le retour par voie ferrée, avec faculté de suivre au retour un itinéraire différent de l'aller. Enregistrement des bagages directement pour la frontière ou pour les ...es d'arrêt. Document nécessaire : carte verte (coupons A, B, C). — *Espagne* et *Portugal*. Faculté de voyager dans toutes les directions. En *Espagne*, par km. et par personne : Pesetas ...05 en 1re cl., 0.0375 en 2e cl., plus 10 0/0 pour le Tsésor (environ demi-tarif). En *Portugal* : demi-tarif. *Port Bou-Lisbonne* (... Barcelone-Saragosse-Madrid-Valencia d'Alcantara) : Pesetas 83.80 en 1re cl., 63.65 en 2e cl., *Irun-Lisbonne* (via Medina-Pampilhosa) : Pesetas 62.60 en 1 cl., 47.75 en 2 cl. Document nécessaire carte verte. — *Italie*, Billets d'aller et retour ... une gare italienne à Vintimille ou Modane : parcours jus... km., 1 cl. L. 0.074 ; 2 cl. L. 0.052 p. km.; — de 201 à ..., 1 cl. » 0.061 : 2 cl. » 0.043 »; — pour plus de 400 », 1 cl. » 0.049 ; 2 cl. » 0.035 » Documents nécessaires ; carte verte et feuille spéciale. — *Norvège, Bulgarie*. Réduction de 50 % sur le ... des billets simples, sur présentation de la carte verte. ...es ces concessions *sont valables* du 5 avril au 25 mai. — *Angleterre*. Billets spéciaux d'aller et retour Londres-Irun, au prix de L. 6.13.0 en 1re cl. et 4.12.0 en seconde classe. Valables via Dover et Calais, ou Folkestone et Boulogne, pour une durée de 45 jours.

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine.

(Paris, 28 au 31 mai 1906).

Siège 28, rue Serpente (Hôtel des Sociétés savantes).

En raison des élections, le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, qui devait se tenir à Paris le 30 avril, aura lieu du 28 au 31 mai, sous la présidence de M. le Professeur Brouardel.

FORMULES

XXIII. — Contre les névralgies faciales.

Butyl-chloral hydraté	10 gr.
Alcool	10 gr.
Glycérine	20 gr.
Eau distillée	120 gr.

Une à deux cuillerées à soupe par jour de cette solution.

(H. Bocquillon-Limousin).

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'hélénine sur le bacille de la tuberculose

Ainsi que le fait avait été déjà signalé par le Dr de Korab (*Académie des Sciences*, 1882), Pilatte (*Thèse de Montpellier*, 1885) a remarqué que des quantités minimes d'hélénine suffisaient à empêcher le développement des bacilles tuberculeux. Il faut en conclure que l'hélénine a une puissante action pour empêcher le développement de la phtisie, action qui a été constatée et admise par MM. Erhard et Cornil et par Hanot (*Traité de la phtisie pulmonaire*). L'hélénine s'administre à la dose de 2 ou 3 globules du Dr Korab par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 au samedi 17 mars 1906, les naissances ont été au nombre de 978, se décomposant ainsi : légitimes 711, illégitimes 267.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 984, savoir : 481 hommes et 503 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 25. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 5. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 199. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 77. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 17. — Pneumonie : 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 126. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 : autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale 10. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité sénile : 52. — Morts violentes : 25. — Suicides : 12. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

Légion d'honneur. — M. le Dr Bérillon, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours de médecins des hopitaux. — *Jury provisoire* : MM. A. Renault, Œttinger, P. Marie, Béclère, Richardière, Parmentier, Gaucher, Hip. Martin-Roux et Duplay.

PRIX. — L'Institut de France (Académie des sciences morales et politiques) met au concours pour 1906 (prix Saintour, 3.000 fr.) le sujet suivant : « Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés au double point de vue de la liberté individuelle et de la sécurité des personnes ». — (*Dépôt des mémoires au plus tard le 31 décembre 1906.*)

AVIS A NOS CONFRÈRES. — Un groupe de médecins prient les confrères qui seraient assurés à la Compagnie *La Mutuelle de Bordeaux*, anciennement *l'Union Française*, ou qui seraient en relations avec cette Compagnie, de bien vouloir envoyer leur nom au secrétaire du groupe, le Dr MILLÉE, 8, rue de Milan.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Modifications au stage*. — Les ministres de l'Instruction Publique et de l'Intérieur ont soumis à la signature du Président de la République le décret suivant, modifiant le stage des étudiants en médecine :

Art. 1er. — L'article 1er, paragraphe 4, et l'article 7, paragraphes 1 et 2, du décret du 20 novembre 1893 ci-dessus visé, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 1er, § 4. — Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant 4 mois aux services d'accouchement. Ils devront accomplir les quatre autres mois de cette troisième année de stage dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 7. § *1er*. — L'enseignement durera du 1er novembre au 30 juin.

§ 2. — Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent quatre mois dans un service de médecine et quatre mois dans un service de chirurgie.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes et le ministre de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à partir du 1er novembre 1906. — Fait à Paris, le 6 avril 1906. A. FALLIÈRES.

VICTIME DE LA SCIENCE. — Un ingénieur chimiste norvégien, M. Gustave Jiebsen, âgé de vingt-quatre ans, manipulait un mélange d'aluminium et d'oxyde de cuivre dans le laboratoire du professeur Moissan, à la Sorbonne, lorsque, par suite de causes encore inconnues, une explosion se produisit dans le creuset. Renversé par la violence du coup et grièvement brûlé au visage et aux mains. M. Jiebsen a été transporté à l'Hôtel-Dieu, où les premiers soins lui furent prodigués, et de là dans une maison de santé. On craint qu'il ne perde la vue. (L'*Aurore*, 11 avril 1905).

SUICIDE D'UN MÉDECIN. — M. le Dr Georges Bellemain, médecin de la préfecture de police, des postes et télégraphes, et de la Compagnie de l'Ouest, s'est suicidé, à son domicile, 64, rue Boursault, en absorbant du cyanure de potassium.

LE Pr BOUCHARD EN ITALIE. — On télégraphie de Rome au *Temps* du 11 avril, que le départ du professeur Bouchard, venu pour assister à l'inauguration de la clinique Humbert, a donné lieu à des manifestations de sympathie pour la France. On a remis un bouquet à M. Bouchard, qui a embrassé M. Baccelli. Le public, venu en foule à la gare, l'a salué par de nombreux cris de : « Vive la France ! » auxquels M. Bouchard a répondu par le cri de : « Vive l'Italie ! »

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE AU JAPON. — On mande de Tokio au *Daily Telegraph*, le 9 avril, que le docteur Ichigami, bactériologiste éminent, a annoncé, au cours d'une réunion de la société médicale du Japon, que depuis plusieurs années il avait expérimenté avec quelque succès une nouvelle antitoxine découverte par lui pour le traitement de la tuberculose. Un tiers environ des malades traités par son système ont été guéris. Les rapports reçus de sept hôpitaux où son antitoxine a été employée constatent que, sur 219 malades, 79 ont été complètement guéris, 80 ont éprouvé une grande amélioration, 15 sont morts et 45 ont cessé le traitement pour une raison quelconque. (*Le Temps*).

ECOLE DE SANTÉ ET ÉCOLE D'ADMINISTRATION DE LA MARINE. — Un décret dispose que les jeunes gens admis à l'école principale de santé de la marine, à l'école d'administration de la marine ou à l'emploi d'administrateur stagiaire de l'inscription maritime doivent contracter en entrant à l'école ou au moment de leur nomination à l'emploi un engagement par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien de 3e classe ou de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe, de commissaire ou d'administrateur de 3e classe.

Ceux qui n'ont pas encore été inscrits sur les tableaux de recensement s'engagent, en outre, par le même acte, à servir pendant un an aux conditions ordinaires avant l'entrée à l'école. Cette année de service sera accomplie dans le corps des équipages [de la] flotte.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — Le Dr Jacques Ca[...] ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé assistan[t de] chirurgie auprès du Dr Ménard, chirurgien en chef de l'hô[pital] maritime de Berck.

LE JOURNALISME MEDICAL EN PROVINCE. — Parmi les nouv[elles] publications médicales nous nous faisons un plaisir de signale[r les] *Archives medico-chirurgicales du Poitou*, publiées sous la [di]rection de nos confrères R. Morichau, Beauchant, Léon Po[...] de Poitiers, Jean Petit et Georges Renon, de Niort. Nos meill[eurs] souhaits de succès aux Nouvelles Archives.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mor[t de] M. le Dr Louis LÉPINE, professeur à l'École de Médecine de [Gre]noble ; de M. le Dr DENNETIÈRES, d'Orchies (Nord) ; M. [...] MARDUEL, médecin du Dispensaire, secrétaire général de la Soc[iété] de médecine de Lyon ; M. le Dr MIARD, de Paris ; M. le Dr [...]LEMAIN, de Paris.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr P. DALCHÉ commencer[a ses] leçons de *Gynécologie médicale* le jeudi 9 mai à 10 heures [...]ratoire de la Salle Serres) et les continuera les jeudis suivants [à la] même heure.

Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux. M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra [ses] conférences cliniques sur les maladies du système nerveux sa[medi] 5 mai 1906, à 10 h. 1/4 du matin, et les continuera les samedis [sui]vants à la même heure. Les conférences auront lieu dans l'am[phi]théâtre de l'hôpital.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — *Cours et exe[rcices] techniques de médecine opératoire regionale*, sous la directio[n de] M. Pierre SÉBILEAU, avec l'assistance de MM. Chifoliau et [...]vrier, prosecteurs. — *Opérations sur les organes génitaux [de la] femme*, par M. A. RICARD, professeur agrégé, chirurgien de [l'hô]pital Saint-Louis et M. A. GOSSET, professeur agrégé, chiru[rgien] des hôpitaux.

Ce cours commencera le mardi 1er mai. — Il aura lieu à 3 [heu]res. I. Opérations gynécologiques par voie abominale. Techn[ique] générale : mardi 1er mai. — II. Hystérectomie et myomect[omie] pour fibromes : jeudi 3 mai. — III. Hystérectomie pour can[cer.] Evidement pelvien : samedi 5 mai. — IV. Castration simp[le,] castration double. Hystérectomie pour annexites suppurées : [lun]di 8 mai. — V. Hystéropexies. Raccourcissement des ligam[ents] ronds : jeudi 10 mai. — VI. Opérations sur la vulve ou sur [le pé]rinée : samedi 12 mai. — VII. Fistules vésico-vaginales et [...] vaginales : mardi 15 mai. — VIII. Colpotomie. Amputati[on du] col : jeudi 17 mai. — IX. Opérations plastiques sur le col : s[amedi] 19 mai. — X. Hystérectomies vaginales : mardi 22 mai.

Les élèves répèteront les opérations sous la direction des [pro]secteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs. Le [nom]bre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 fran[cs. Le] cours est gratuit pour les internes des hôpitaux. Se faire insc[rire,] 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

Opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme, [par] M. J. ALBARRAN, professeur agrégé, chirurgien de la maison [mu]nicipale de santé et M. Robert PROUST, professeur agrégé. [Ce] cours commencera le mercredi 2 mai. — Il aura lieu à 3 he[ures.] I. Considérations générales sur les indications opératoires. [Pré]cautions spéciales avant, pendant et après l'opération. O[péra]tions sur le rein par la voie lombaire. Manière d'aborder [le] rein. Exploration sanglante. Néphrolithotomie. Néphrosto[mie :] mercredi 2 mai. — II. Néphropexie. Décapsulation. Opéra[tions] conservatrices dans les rétentions rénales : vendredi 4 mai. [—] Néphrectomie lombaire. Néphrectomie pour cancer : lundi [...] — IV. Découverte de l'uretère. Uretérolithotomie. Suture e[t] section de l'uretère : mercredi 9 mai. — V. Implantation d[e l'u]retère sur la peau, sur la vessie et sur l'intestin. Cathét[érisme] urétéral : vendredi 11 mai. — VI. Lithotritie. Extraction des [corps] étrangers de la vessie. Cystoscopie : lundi 14 mai. — VII [...] hypogastrique pour calculs, pour tumeurs. Cystectomie pa[rtielle] et totale : mercredi 16 mai. — VIII. Prostatectomie périné[ale,] prostatectomie transvésicale : vendredi 18 mai. — IX. Ur[étroto]mie interne. Uréthrotomie externe. Résection de l'urèthre [...] 21 mai. — X. Exstrophie de la vessie. Hypospadias : me[...] mai.

Les élèves répèteront les opérations sous la direction des [...]teurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs. Le [...] des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le [...] est gratuit pour les internes des hôpitaux. Se faire inscrire [...] rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

M. Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre, commencera le lundi 23 avril 1906, à l'amphithéâtre d'anatomie, avec le concours de MM. les docteurs Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux, un *cours de médecine opératoire* en dix leçons, moyennant le versement d'un droit de 40 francs. Le cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux Se faire inscrire à l'amphithéâtre, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Conférences pratiques d'anatomie pathologique préparatoire au 3e examen de doctorat. — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de douze conférences pratiques d'anatomie pathologique, en vue de la préparation des élèves à la 2e partie du 3e examen sera faite par le Dr Pautrier, sous-chef du Laboratoire, à partir du 23 avril 1906. Chaque conférence sera suivie d'un exercice pratique et d'une reconnaissance des coupes. Le cours est ouvert à tous les étudiants en médecine, moyennant le versement d'un droit de 40 francs ; il est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des places est limité. Se faire inscrire à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme des conférences. — Première conférence : Prélèvement des pièces ; technique et indications de la biopsie ; les services qu'elle rend ; sang normal ; technique d'un examen du sang. — Deuxième conférence : Sang à l'état pathologique ; notions de diagnostic et de pronostic fournies par l'examen du sang. — Troisième conférence : Examen des liquides organiques ; cytodiagnostic ; ponction lombaire ; sa technique, sa signification diagnostique. — Quatrième conférence : Processus généraux ; Inflammation et sa valeur ; inflammations aiguës et nodulaires chroniques, anatomie pathologique générale de la tuberculose et de la syphilis ; cellules géantes ; gommes. — Cinquième conférence : Processus de dégénérescence ; tuméfaction trouble ; dégénérescences hyaline, amyloïde, etc. ; nécrose, gangrène ; processus de sclérose. — Sixième et septième conférences : Tumeurs (épithélioma, sarcome) ; différents types de néoplasmes. — Huitième conférence : Lésions du système vasculaire et lymphatique ; myocardites, artérites, phlébites ; lésions des ganglions et de la rate. — Neuvième conférence : Anatomie pathologique générale du système respiratoire ; lésions des bronches et du poumon ; pneumonie ; tuberculose pulmonaire. — Dixième conférence : Anatomie pathologique du tube digestif ; cancer, tuberculose, syphilis de la langue ; ulcère, cancer de l'estomac et de l'intestin ; appendicite ; lésions du foie : cirrhoses, foie cardiaque. — Onzième conférence : Néphrites ; anatomie pathologique du rein, du testicule, des ovaires, des trompes, de l'utérus. — Douzième conférence : Anatomie pathologique générale du système nerveux ; myélites, paralysie générale, tabes. Une séance supplémentaire sera réservée à la technique d'une autopsie.

Enseignement médical libre.

Cours d'électrothérapie et de radiographie. — Le Dr Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès-sciences physiques et naturelles, reprendra son cours libre d'électrothérapie et de radiographie à l'Ecole Pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le lundi 23 avril 1906 à 6 heures du soir, et le continuera les lundis à la même heure. Programme : électrothérapie, radiographie, radiations nouvelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes.

Séguin (Edouard). — **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés** dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets, non sourds, bègues, etc. Préface par Bourneville, 1 vol. In-8° de 534 pages avec un portrait de l'auteur. Prix 10
Pour nos abonnés 8

Bourneville. — Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages. Prix 1
Pour nos abonnés. Prix 0.75

Bourneville. — Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral. In-18 de 24 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) 0.50

PAILHAS (B.). — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905, suivi de la description complète. 1 vol. In-8° de 154 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco)........ 1.50

Librairie HACHETTE ET Cie, PARIS.

L'Entr'aide, un facteur de l'évolution, par PIERRE KROPOTKINE, traduit de l'anglais sur l'édition revue et corrigée, par L. BRÉAL. — Un volume in-16, broché, 3 fr. 50. — Qu'est-ce que l'*Entr'aide* ? C'est, opposée à l'implacable « struggle fort life », la théorie de l'aide mutuelle que les êtres se prêtent l'un l'autre à tous les degrés du monde animal, c'est la réfutation de l'instinct régi par la seule férocité et condamnant le faible à disparaître. — L'auteur, qui est à la fois naturaliste, géographe et sociologue, relève et nous fait suivre ces lois de l'*entr'aide* chez les crustacés comme chez les insectes, comme chez les ruminants, nous les montre ensuite parmi les sauvages d'aujourd'hui, parmi les barbares, dans la cité du moyen âge et chez nous enfin. — Ce livre, où les faits parlent et protestent mieux qu'aucune déduction philosophique, peut et doit être mis en toutes les mains : il n'est pas de lecteur qui n'y trouve matière à réflexion.

Librairie JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

ADAMKIEWIGZ (ALBERT). — Pensée inconsciente et vision pensée. Traduit de l'allemand par la baronne HENRI DE R... CHILD. Un volume in-8° de 100 pages. Prix............

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

BALTHAZARD. — Précis de médecine légale. 1 vol. In-8° d... pages. Prix..............

BROUARDEL et MOSNY. — Traité d'hygiène fasc. II. — ... et l'eau, avec la collaboration de Launay (L). Martel (E.-A.) ... ean (Ed.), Ogier (J.). 1 vol. In-8° de 464 pages. Prix......

CAMESCASSE et LEHMAN. — La chirurgie enseignée par la ... réoscopie fasc. II hystérectomie vaginale. Prix.........

DUVAL et GLEY. — Traité élémentaire de physiologie ... 1 vol. In-8° de 484 pages. Prix ....

VIBERT. — Les accidents du travail. 1 vol. In-8° de 716 p... Prix..................

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. No 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 21 AVRIL 1906

Le Progrès Médical

REVUE DE CHIRURGIE BIOLOGIQUE

De l'appendicectomie préventive :

(EN CAS D'APPENDICE SAIN)

Par le Dr M. **TOUZÉ**.

Enlever un organe alors qu'il est parfaitement sain, et recommander cette pratique, voilà, certes, un acte condamnable, une proposition audacieuse, une thèse difficile à soutenir. C'est cependant ce que nous avons cherché à justifier, à propos d'une éventualité spéciale et d'un viscère très particulier. Le présent article est entièrement consacré à la défense d'une ligne de conduite érigée depuis bientôt dix ans en véritable méthode thérapeutique par notre maître, le Prof. Longuet, pour qui l'ablation de l'appendice vermiculaire est chose utile et légitime en dehors de toute lésion, dans certains cas plus loin spécifiés, à l'occasion d'une intervention quelconque nécessitant l'anesthésie générale. Nous n'envisageons donc ici l'appendicectomie que pour appendice rigoureusement sain, vérifié comme tel à la fois par l'examen macroscopique et par l'examen microscopique laissant délibérément de côté les interventions fort nombreuses motivées par une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique par quelque appendicite fruste à lésion folliculaire. Ainsi la question se trouve nettement précisée, circonscrite à un petit groupe de faits jusqu'ici fort restreints. Et c'est parce qu'elle prête à la discussion, à la critique, voire même aux reproches, que le moment est venu de l'étudier sous ses multiples faces. N'a-t-on pas écrit récemment que le chirurgien fait œuvre coupable en enlevant trop d'appendices et surtout des appendices peu malades ! Que ne dira-t-on pas du présent mémoire ! « Nous ne croyons pas que l'on ait le droit de profiter d'une laparotomie faite pour une lésion quelconque de l'abdomen, pour réséquer un appendice reconnu sain.....Le seul traitement préventif radical de l'appendicite ne serait autre que la résection systématique de l'appendice chez l'enfant. Nous ne saurions approuver une telle conduite » (1). Tel est l'état présent des esprits.

Pour l'exposé de la méthode thérapeutique dont il s'agit, nous reproduisons à la lettre, afin de ne point les déformer, l'enseignement et les communications de Longuet. A cela nous ajoutons, en participation personnelle, quelques documents épars cueillis dans la littérature médicale et qui apportent un nouvel appui à sa manière de voir. Puis nous élargissons la question par une enquête d'ordre strictement zoologique. Plusieurs interventions pratiquées avec notre maître chez des singes inférieurs, des chiens, ou des lapins, nous ont tout naturellement conduit à pousser nos investigations dans la série animale, afin d'élucider la signification, le rôle de ce singulier organe, l'appendice vermiculaire, rôle d'où découle la légitimité ou non d'en pratiquer l'exérèse alors qu'il est parfaitement sain.

A. — **L'appendicectomie tardive à froid** (Méthode de Trèves, 1888). — *L'appendicectomie tardive à froid* pour appendicite chronique date de 1888, époque où Trèves (1), en Angleterre, l'érigea en méthode générale. Elle fut vite acceptée malgré les hostilités du début, en France, grâce à l'initiative de Schwartz (2), 1891 ; en Suisse, grâce à Roux (3) (de Lausanne), 1892 ; en Amérique, grâce à Bull, W. (4) (de New-York). Et cette résection à froid de l'appendice est aujourd'hui si bien implantée dans la thérapeutique qu'elle ne rencontra pas d'opposition lorsqu'elle fut récemment appliquée à *l'appendicite chronique d'emblée* sans crise par les professeurs Ewald (5) 1899, et Sonnenbourg (6) 1900, en Allemagne ; par Longuet (7), 1902,

(1) MOROD et VARWERTS. — De l'appendicite. Volume de *l'Encyclopédie*. Paris, 1898.

(1) TRÈVES. — *Société médico-Chirurgicale* de Londres. 14 février 1888 ; — et *Lancet*, p. 267, février 1889 ; — et *British Médical Journal* (13 cas opérés par Trèves) 22 avril 1893 ; — Puis MAYO-ROBSON, GORDON, JESSOP, BARLING, suivirent la conduite de Trèves en Angleterre.

(2) SCHWARTZ. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 mars 1891 ; — Puis RECLUS, TERRIER, QUENU, etc., suivirent la conduite de Schwartz en France (même indication bibliographique).

(3) ROUX (de Lausane). — *Congrès de Chirurgie* tenu à Lyon, 1894.

(4) BULL (W.). — *New-York medical record.*, 31 mars 1894.

(5) EWALD. — Du traitement de l'appendicite chronique larvée. *Semaine médicale* p. 134, 1899.

(6 SONNENBURG. — Pathologie und therapie der pérityphilitis, 4e édition. Berlin, 1900.

(7) LONGUET (L.). — Dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical. Mémoire détaillé basé sur les 30 premiers cas opérés. *Semaine Médicale*, 4 juin 1902 ; — ET LONGUET (L.): Trois cas d'ap-

en France ; par Hochenegg (1), 1905 en Autriche.

B. — **L'appendicectomie précoce à chaud** (Méthode de Kummel, 1890). — Quand Kummel (2) (de Hambourg) préconisa le premier, en 1890, *l'appendicectomie précoce* pour *appendicite aiguë*, il souleva en Allemagne, comme partout du reste, un tolle général. Puis peu à peu le calme se fit et la méthode, d'abord vigoureusement repoussée, trouva quelques défenseurs, En Amérique, Morton (3), dès 1891 ; en France, le professeur Dieulafoy (4), dès 1896, prirent l'initiative du mouvement. Aujourd'hui l'accord est général, et malgré les plus violentes oppositions, la réelle valeur de l'ablation du vermium n'est guère contestée, lorsqu'on intervient dans les 24, dans les 48 premières heures de la crise, avant l'entrée en scène du long, du triste cortège des complications, parmi lesquelles l'infection péritonéale figure en première ligne.

C. — **L'appendicectomie préventive en cas d'appendice sain** (Méthode de L. Longuet, 1897.) — *L'appendicectomie préventive en cas d'appendice sain* est une troisième modalité thérapeutique, une voie nouvelle dans laquelle Longuet est entré depuis 1897 (5). Oui, l'exérèse du vermium sain apparaît comme une sage mesure en certaines éventualités plus loin spécifiées. Voilà ce que justifie le présent travail. Mais précisons de suite qu'il n'est nullement question de systématiser cette conduite chez tout sujet bien portant quel qu'il soit. Une aussi outrancière formule ne saurait évidemment arrêter sérieusement l'attention. L'heure n'est point, malgré l'innocuité de la chirurgie en certaines mains, de proposer ni même d'accepter, sur la demande des intéressés, de laparotomiser ceux que hante la crainte d'une appendicite imaginaire dont l'éclosion n'aura peut-être jamais lieu. Et si cette méthode trouve crédit auprès de certains opérateurs étrangers, gardons-nous d'imiter leur exagération, du moins quant à présent. Il en est tout autrement s'il s'agit d'un malade appelé à subir une opération pour une affection quelconque, par exemple une intervention abdominale ou para-abdominale. Or, c'est à ces cas seulement que je fais allusion. A deux reprises, en 1897, trouvant un appendice d'aspect normal dans un sac de hernie inguinale, Longuet n'hésita pas au cours de la cure, à faire le sacrifice du processus vermiforme pourtant facilement réductible et vérifié sain par l'examen histologique. En 1902, il suivit la même conduite au cours d'une salpingectomie. — Puis en 1903, au cours d'une hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome. — Puis 1904, au cours d'une néphrorraphie pour rein flottant. — Enfin, en 1905, au cours d'une cœliotomie abdominale pour constipation invétérée. Puis, cette année, dans trois autres cas d'affection pelvienne : sans parler de nombreuses observations où l'examen microscopique a fait défaut, et que nous laissons de côté. A ces faits, j'en puis ajouter quelques autres analogues, épars dans la littérature, provenant de Peterson (1), 1903, puis 1 cas de Lejars (2), 1905 (appendicectomie au cours de laparotomie), enfin 1 cas de Kirmisson (3), 1905 (appendicectomie au cours d'une cure radicale de hernie inguinale). Si bien que nous voici en face d'un premier lot de documents cliniques susceptibles de confirmer ou d'infirmer notre manière de voir. Mais allant plus loin, il est intéressant de faire appel à la chirurgie expérimentale pour savoir par elle si l'ablation de l'appendice sain est chose permise. Ainsi nous sommes amenés à discuter la valeur physiologique, la signification du vermium. Est-ce un organe de quelque utilité pour l'organisme ? (4)

I. — Innocuité en biologie humaine. — Rien n'est plus simple que de démontrer l'innocuité clinique de l'appendicectomie préventive au sens où nous la comprenons ; il suffit d'exposer les observations avec leur résultat immédiat. Voici l'exposé de nos cas groupés en série. Nous renvoyons pour le détail des observations à notre thèse inaugurale.

A. — *Appendicectomi s complémentaires de cures radicales de hernies.* — Obs. I (Longuet 1895). Hernie inguinale. — Cure radicale. — Ablation de l'appendice trouvé dans le sac herniaire. — Guérison. — Obs. II (Longuet 1897). Hernie crurale. — Cure radicale. — Ablation de l'appendice hernié. — Guérison (5). Obs. III (Kirmisson 1905). Hernie inguinale. — Présence de l'appendice dans le sac reconnue avant l'opération. — Cure radicale. — Ablation de l'appendice hernié. — Guérison (6).

pendicectomie pour dypepsie appendiculaire, *Progrès Médical*, n° 38, septembre 1902 ; — Et Témoin : *Gazette de Gynécologie*, XIX, 305, 1904 ; — Et Siredey : Sur certaines formes frustes d'appendicite chronique (mêmes conclusions pour l'enfance). Discussion à la *Société de Médecine des Hôpitaux*, novembre 1903 ; — Et Guinard : Appendicectomie pour appendicalgie, *Bulletin de la Société de Chirurgie* de Paris, février-mars 1904. Discussion : Quénu, Walther, Lejars, Berger, Routier, Moty, Potherat, mêmes conclusions que dans le mémoire de Longuet.

(1) Hochenegg. — *Wiener medicin Wochenschrift*, n° 51, p. 1345, 1905.

(2) Kummel (de Hambourg). — Traitement radical de la pérityphilite par résection précoce de l'appendice vermiforme. *Archives für Klinische Chirurgie*, XL. 3, 1890.

(3) Morton. — *Société médicale de Philadelphie*, 28 septembre 1891. Dalton (de Saint-Louis), cité par Talamon, appendicite et pérityphlite, Paris, Rueff, p. 217, 1892. Worcester : in *Boston medical Journal*, 1893.

(4) Dieulafoy. — *Presse médicale*, 1896 et 1897, et Poirier, Hartmann, Tuffier, Pozzi, Lejars, Picqué, etc. *Société de chirurgie*, 1899.

(5) : Voir Longuet (L.). — *Cours de chirurgie fait à l'Ecole de médecine de Rouen*, semestre d'été 1902. — De l'appendicectomie complémentaire en cas d'appendice sain. *Société de médecine de Reims*, novembre 1905. — « De l'appendicectomie complémentaire en cas d'appendice sain ». *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, n°s 1 et 2, 1906. — « Un cas d'appendicectomie, pour appendice sain au cours d'une laparotomie motivée par une constipation chronique invétérée ». In *Revue chirurgicale*. Rapport sur un travail de Lane (de Londres). *Progrès médical*, n° 6, janvier 1906.

(1) Peterson. — « Des rapports de l'appendice dans les affections pelviennes. » Dans ce mémoire, il est dit que, sur quatre-vingt-cinq appendicectomies au cours de laparotomies pour affection pelvienne l'appendice était sain dans environ la moitié des cas. *Société de gynécologie américaine*, 25, 27 mai 1905. — Et Peterson, R. : *American Journal of. obstetrics*. Vol. II, p. 1, 1904. Appendice sain dans 32 p. 100 des cas. Dans 1 de ces cas macroscopiquement sain, trouva l'appendice cancéreux (1 fois sur 200 cas). L'auteur conseille l'appendicectomie systématique mais dans ces laparotomies seulement et pour affection pelvienne.

(2) Lejars (In Pujos). — *De l'examen systématique de l'appendice au cours des laparotomies. Thèse de Paris*, 17 juillet (un cas Lejars), 1905.

(3) Kirmisson. — « Un cas d'appendicectomie pour appendice sain au cours d'une cure radicale de hernie inguinale ». *Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 juillet 1905.

(4) Touzé. — De l'appendicectomie préventive en cas d'appendice sain (Méthode thérapeutique de L. Longuet). *Thèse de Paris*, 1906.

(5) Dans un troisième cas de hernie appendiculaire inguinale Longuet fit une simple cure radicale, avec refoulement de l'appendice sans appendicectomie. La guérison fut prompte, mais pas meilleure que dans les deux cas précédents.

(6) Voir A. Briger, Hernies de l'appendice : *Arch. für Klinische Chirurgie*, XLV, 4, 1893.

Dans ce mémoire, on trouve 22 observations de hernies de l'appendice, plus 2 cas personnels provenant de la clinique de Breslau.

Dans six de ces cas, l'appendice était irréductible, adhérent. Dans 15 cas, la hernie était étranglée, et on dû enlever l'appendice. En dehors de l'éventualité d'étranglement, l'auteur ne préconise l'appendicectomie que si l'organe présente quelque trace d'altération.

B. — *Appendicectomies complémentaires de laparo-cœliotomies pour affection gynécologique.* — Obs. I (Longuet 1902). Salpingite bilatérale à prédominance droite. — Salpingectomie droite. — Ablation de l'appendice sain. — Guérison.— Obs. II (Longuet 1903). Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Ablation de l'appendice sain.— Guérison. — Obs. III (Lejars 1905). Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Appendicectomie de l'appendice sain. — Obs. IV (Longuet, 1905). Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Appendicectomie.

C. — *Appendicectomie complémentaire d'une laparotomie pour constipation invétérée.* — Obs. I. (Longuet 1905). (Guérison).

D. — *Appendicectomie complémentaire d'une néphrorraphie.*— Obs. I (Longuet 1904). (Guérison) (1).

Nota. — Je laisse évidemment de côté les appendicectomies concomittantes de cures radicales de hernie, faites en cas d'étranglement herniaire. Dans cette éventualité, il n'est plus, en effet, question d'appendice sain. La suppression de cet organe s'impose sans la moindre discussion.

En résumé, ces quelques observations suffisent à démontrer à l'évidence que l'appendicectomie complémentaire ne fut dans aucun cas suivie de la plus légère complication.

« Dira-t-on que cette manœuvre a l'inconvénient de prolonger l'opération ? Certes, l'objection n'est pas négligeable. Il est clair que si l'acte opératoire principal dure lui-même fort longtemps, il faut s'abstenir de l'exérèse supplémentaire d'un organe sain. Et nous sommes les premiers à rejeter l'appendicectomie en toute circonstance où il convient de terminer sans retard, au plus vite. Mais hormis cette éventualité l'argument porte à faux. Quoi de plus simple pour un chirurgien expérimenté, que de jeter et serrer un fil sur la base de l'appendice, d'exciser ce diverticule, d'en enfouir le pédicule sous quelques points de suture, d'en ligaturer, puis d'en sectionner le méso: c'est affaire d'un instant. Cette exécution est aussi facile que la confection hémostatique d'un gros pédicule quelconque. Or ici, nous sommes toujours en face d'un organe sain, libre, dépourvu d'adhérences pathologiques ; ce qui n'est point le cas lorsqu'il s'agit d'appendicite chronique et surtout d'appendicite aiguë. Concluons donc nettement que l'appendicectomie complémentaire est parfaitement bénigne, au double point de vue clinique et opératoire. » (Longuet (2).

II. — Innocuité en biologie comparée.

Ici s'ouvre une discussion pleine d'intérêt en ce qu'elle met en face deux chirurgiens biologistes en complet désaccord : A. — Pour William Mac-Ewen (3) 1905, *l'appendicectomie préventive est illicite* parce que l'appendice, organe noble, est de grande valeur locale par ses fonctions digestives, qu'il doit à sa riche flore microbienne; de haute valeur générale par la sécrétion interne dont il est le siège au niveau de ses follicules clos. Plaçons-le désormais à côté de la thyroïde, de la rate, de l'ovaire du testicule. Et pas plus que la thyroïdectomie totale, pas plus que la splénectomie, que l'ovariectomie totale, que la castration radicale, l'appendicectomie n'est acceptable en tant que méthode générale quand le vermium est sain. Au reste, certaines vérifications expérimentales parlent en faveur de cette manière de voir. « Ainsi chez le lapin, dit Charrin (1) les dimensions relativement considérables de cet organe, sa structure si particulièrement lymphoïde qui nettement le distinguent du cæcum, ses réactions capables de localiser sur ses parois des virus spéciaux, autrement dit de multiples facteurs portent à penser que, du moins chez cet animal, son rôle n'est pas sans valeur. Des expériences encore bien insuffisantes paraissent attester que la croissance affecte quelques rapports avec l'intégrité appendiculaire. »

B. — Pour Longuet (2) 1905, *l'appendicectomie préventive est au contraire permise*, car l'appendice est un organe inutile, sans valeur biologique appréciable, sans autre signification que celle d'un viscère en voie d'involution régressive.

1° *Sa valeur biologique est négligeable.* — Voyons d'abord le *rôle digestif*. Pour Mac-Ewen, l'action digestive est le fait des microorganismes de l'appendice, véritable tube de culture humaine. Certes, les bactéries intestinales engendrent des fermentations multiples et complexes, grâce à leur extrême richesse quantitative et qualitative bien étudiée par le professeur Roger, par Vignal et par d'autres. Mais ces fermentations sont lentes, tardives, capricieuses. Elles surviennent à l'heure où les sucs digestifs ont déjà par leur seule action, terminé le travail de la liquéfaction préliminaire de l'absorption. Et puis la digestion peut se faire normalement en l'absence de microbes. Maintenons pendant quelques jours des cobayes nouveau-nés, extraits par opération césarienne, en milieu stérilisé, respirant de l'air stérilisé, prenant du lait stérilisé, et nous ne constaterons aucun dépérissement, aucun trouble fonctionnel de l'intestin. Tel est le rôle réellement effacé des innombrables bactéries du long tube digestif. Que signifie dès lors la fonction digestive encore plus rudimentaire de la flore appendiculaire ? N'est-elle point insignifiante ? Admettons, au contraire, qu'elle joue ou du moins qu'elle peut jouer ici, dans ce milieu stagnant, dans cette « fistule borgne interne » (3), un rôle parfois nuisible, et nous serons plus près de la réalité. Veut-on maintenant mettre en évidence la valeur quantitative et qualitative des sucs digestifs sécrétés par les nombreuses glandes de la muqueuse appendiculaire ? Mais qu'est ce nombre de glandes, si non infime en comparaison de celui des autres glandes similaires du même type Lieberkuhn laissées dans la muqueuse du grêle et des colons après la suppression opératoire du vermium ! Passons au deuxième argument biologique, sur lequel Mac-Ewen appuie sa thèse : L'appendice serait utile par la *sécrétion interne* dont il est le siège au niveau de ses follicules clos. Or, nos expériences commencées avec Longuet, démontrent au contraire que même chez le lapin où le diverticule appendiculaire est comme chez les herbivores, en son plein développement, en son complet épanouissement, l'exérèse de ce viscère n'apporte aucune perturbation dans la croissance. L'effet est nul sur la nutrition générale, si l'intervention est réalisée sans la moindre contamination :

(1) Les autres observations de Longuet seront publiés ultérieurement.

(2) La technique de Longuet pour appendicectomie en cas d'appendicite non suppurée (appendicite refroidie, appendice sain ...) décrite ultérieurement. Biologiquement elle consiste en une laparocœliotomie *submédiane droite*; en excision de l'appendice et de son méso à leur base après ligature-suture préalable : en enfouissement, le tout sans forcipressure, sans thermocautérisation.

(3) William Mac-Ewen — *The canadian practitioner and review*. Janvier 1905.

(1) Charrin. — Les interventions chirurgicales en face des nouvelles données de la physiologie et de la pathogénie générale : *Semaine médicale*, n° 6 Février 1905.

(2) La discussion qui suit est le résumé d'une opinion professée dans plusieurs cours de 1902, 1904, 1905.

(3) Expression du professeur Reclus.

résultat difficile à atteindre chez ces animaux. Nous avons, dans nos opérations, pris soin de choisir des lapins jeunes, en pleine phase progressive. Le pesage, mois par mois, nous a prouvé qu'ils ont continué à prospérer. Une femelle a même mis bas après l'intervention, sans que cet acte opératoire ait troublé chez elle le cours normal de la grossesse, fait qui mérite d'être mentionné. Et puis les cliniciens auraient-ils pu jusqu'ici méconnaître l'influence dystrophique des innombrables appendicectomies pratiquées sur de jeunes enfants, si le rôle trophique de ce diverticule était au moins de quelque importance.

J'ajoute maintenant qu'une si haute fonction nutritive générale se concilie mal avec ce fait que nous avons opératoirement vérifié après beaucoup d'autres, à savoir, que l'absence d'appendice est chose fréquente dans la série animale. Il en est ainsi chez quelques singes, chez le rat blanc, et cependant les singes dont il s'agit occupent un rang hiérarchique déjà élevé dans l'échelle des êtres organisés. Or, ces animaux avermiculés poussent, croissent aussi bien que les vermiculés. Voilà pourquoi le rôle trophique de l'appendice comme d'ailleurs son rôle digestif, nous semble d'importance secondaire ; pourquoi la conception de Mac Ewen chancelle sur ses bases.

2° Donc, pour Longuet, la *valeur biologique de l'appendice est sinon complètement nulle, du moins cliniquement et opératoirement négligeable.* Il est de ceux qui considèrent le vermium comme un viscère en voie d'évolution régressive. De ceci voici tout un faisceau de preuves assemblées par lui.

A. — L'on sait que pour Metchnikow, il est dans la destinée du côlon de régresser, de s'atrophier, de disparaître. Or, qu'est-ce que l'appendice sinon un diverticule du côlon, une sorte d'annexe, d'ampoule diverticulaire tubulisée ? On connaît son apparition embryologique sous forme d'un conduit borgne interne au niveau de la branche ascendante de l'anse ombilicale. Dès lors si la conception de Metchnikow est vraie pour le gros intestin, pourquoi ne point l'appliquer au diverticule du colon, à ce « cœcum du cœcum » ? (1). *B.* — Et puis les stigmates de régression sont beaucoup plus nets au niveau du vermium qu'au niveau du côlon. Il ne s'agit pas ici de conception, mais de faits patents, faciles à saisir, à interpréter si l'on s'applique à les dépister. Il suffit d'examiner attentivement à l'œil nu, puis au microscope un certain nombre d'appendices de tout âge pour être fixé sur cette assertion. *C.* — *L'atrophie macroscopique* est loin d'être rare. Nombreux sont chez l'homme les cas où l'appendice est trouvé de dimension minuscule, petit, grêle, court. Dans une opération récente Longuet constatait avec MM. Studer et Devignevieille un appendice réduit au diamètre de 3 millim. sur son trajet et à 5 centimètres sur la longueur avec oblitération complète de la lumière centrale. On eût dit un fragment de canal déférent. La malade n'avait que 48 ans. Et de ces faits se rapprochent d'autres plus rares consistant en réduction de l'organe à un petit moignon tuberculaire (cas de Merling) ou en absence totale de vermium (cas de Fergusson) (2). Ici nous voici au dernier terme de l'atrophie. *D.* — *L'atrophie microscopique* est plus fréquente encore. Elle porte sur la muqueuse, sur ses annexes glandulaires, sur la musculaire. La *muqueuse*, très précocement, souvent même vers la fin de la vie embryonnaire, s'amincit, pâlit, s'effrite, s'érode par places. Ainsi se trouve favorisé avec peut-être l'aide accessoire des bactéries, un mécanisme d'oblitération de la lumière, par coalescence d'îlots dénudés situés les uns en face des autres. Et si cette oblitération est irrégulière, partielle, capricieuse, elle s'accentue avec l'âge, à ce point que Longuet a constaté chez le vieillard un cas, d'ailleurs assez fréquent, d'absence complète du canal vermien (1) résultant sans doute du processus que nous venons d'indiquer. A l'examen histologique, notre maître a remarqué qu'avec l'âge, les *glandes* Lieberkuhnaires de l'appendice se modifient dans leur aspect, dans leur forme, se rétrécissent dans leurs dimensions, s'estampent dans leurs contours ; bref, manifestent des signes certains de régression. Et les *follicules clos* subissent la même évolution. Rostovtzev (2) les a trouvés chez les jeunes sujets disséminés sous forme de nodules arrondis, de 1/2 à 1 millimètre de diamètre, faisant saillir la muqueuse à laquelle ils impriment un contour légèrement festonné. Mais après 20, 30 ans, Ribbert et Steiner (3) ont constaté l'aplatissement de ces follicules entraînant comme conséquence sur la muqueuse un re bord plus régulier, plus géométriquement cerclé. La *musculeuse* elle-même n'échappe point à cette évolution. Longuet a vu cette tunique fibrosée, fibroïdale chez quelques adultes, le tissu scléreux faisant place à la disparition progressive des fibres musculaires lisses.

En résumé, notre conception repose sur des constatations macroscopiques et microscopiques aussi nombreuses qu'indiscutables. Elle va nettement à l'encontre de celle de Mac Ewen. Elle corrobore, elle appuie, elle fortifie celle de Metchnikoff sur la signification des côlons. Il semble même que dans tout le segment terminal de l'intestin, c'est le vermium qui le premier donne le signal parfois très précoce, presque congénital du processus régressif après le diverticule de Meckel. Et cette tendance évolutive spontanée vers l'atrophie m'a conduit à commencer une série d'expériences intéressantes pour savoir si, par hérédité, nous ne pourrions parvenir à hâter, à accélérer, à fixer, à provoquer et exagérer l'évolution régressive du vermium déjà amorcée par la Nature. Il n'est pas irrationnel de chercher à réaliser expérimentalement cette disparition du vermium par appendicectomies répétées en séries successives chez des êtres consanguins issus d'une même souche. Peut-être arrivera-t-on ainsi à obtenir, après de multiples générations, la suppression familiale définitive de l'appendice. Quoi qu'il en soit, la chose vaut d'être expérimentée longuement, et l'expérimentation, sans nous permettre de conclure de l'animal à l'homme, peut cependant donner des résultats importants dans la solution de cet intéressant problème.

(*A suivre.*)

(1) Cette heureuse expression est du professeur Reclus.

(2) Ajoutons les cas similaires de Bold (de New-York) : *Med Record*, p. 498, 2 avril 1898, de Quenu-Piquant : *Bulletin de la Société anatomique*, 15 juin 1900 ; de Schridde H. : in *Virchow's Archiv*, V. 177, H. 150, 1904.

(1) L'oblitération vermiculaire est consignée dans 43,3 pour les des cas.

(2) Rostovzev. — La pérityphlite (en Russie). *Saint-Pétersbourg*, 1903, et *Semaine médicale*, p. 283, 1903.

(3) Ribbert et Steiner. — Même indication.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Cinq cas de gommes traitées par le levurargyre ;

Par les Drs **JULLIEN** et **STASSANO**.

La jeunesse de la grande majorité des malades de l'infirmerie de Saint-Lazare fait que les observations de syphilis tertiaire y sont rares. Aussi ne possédons-nous qu'un nombre restreint de gommes traitées par la nucléo-protéide mercurielle désignée sous le nom de levurargyre, dont nous avons entrepris l'étude thérapeutique depuis plus de deux ans. Au contraire, les cas de syphilis débutante soumis à ce composé organo-métallique, se chiffrent déjà par plusieurs centaines; nous y reviendrons plus tard. En attendant, nous croyons intéresser la Société de médecine de Paris en rapportant ici quelques observations particulièrement démonstratives relatives à l'action du levurargyre sur le tertiarisme.

Ire Observation. — La fille K... a pris la syphilis à la fin de 1901. Elle fut traitée alors à l'infirmerie de Saint-Lazare et reçut dans une première période 30 injections de 0 gr. 015 milligrammes de biiodure.

Elle rentra trois ans après ; quel traitement avait-elle suivi pendant ce temps ? Probablement aucun. Elle déclare cependant qu'elle ne cessa de souffrir d'ulcérations, apparues déjà lors de son premier séjour, sur la jambe gauche et qui avaient à ce moment été mise sur le compte d'un ecthyma scabieux. Quelle que soit l'influence fâcheuse que peut avoir la syphilis sur la gale, il serait difficile d'admettre une durée semblable pour des éléments dus simplement à l'acarus; et nous nous trouvons amenés à conclure qu'il s'agissait probablement de gommes précoces ulcérées. L'aspect des cicatrices dont la jambe est couturée est d'ailleurs en faveur de cette interprétation.

Quoi qu'il en soit, le squelette de la jambe droite présentait à cette époque de graves lésions que la radiographie a bien mises en évidence : au niveau de la face interne du tibia, à sa partie moyenne, on percevait une hyperostose, saillante au point d'être très visible à l'œil et de soulever la peau.

Le tissu cellulaire présentait un certain œdème avec rougeur et la malade accusait de vives douleurs accentuées surtout la nuit ; ces douleurs étaient même le phénomène le plus caractéristique et constituaient un état de vie intolérable.

Sur la jambe gauche, au milieu des cicatrices anciennes dont nous avons parlé, se montraient des lésions d'ulcérations en activité.

C'est dans ces conditions que fut commencé le traitement par le levurargyre ; 45 injections de 10 cent. cubes chacune furent pratiquées ; quotidiennes au début, plus espacées, un jour sur deux seulement, à la fin.

L'amélioration fut d'abord très rapide ; au bout de dix jours, le soulagement était presque complet et les ulcérations en bonne voie de cicatrisation, mais la guérison complète devait se faire, par contre, avec une certaine lenteur.

IIe Observation. — Le moulage que nous avons l'honneur de présenter à la Société, et qui est dû à M. Jumelin, représente une gomme ulcérée de la langue.

La femme G... entra une première fois à l'infirmerie le 5 octobre 1897, à l'âge de 20 ans et demi, avec une syphilis caractérisée par une roséole qui était alors de seconde poussée (éléments agminés, groupés surtout aux hanches et aux lombes, avec gros groupes violacés). Cinq injections de calomel lui furent données ; elle quitta l'hôpital bien guérie, le 22 février 1898.

Elle fit encore un séjour deux mois plus tard, pour une urétrite, de courte durée ; enfin, le 23 mars 1900, nouvelle entrée pour des chancres mous accompagnés de bubons, qui la retinrent jusqu'au 21 mai.

Nous ne devions la revoir que beaucoup plus tard, à l'âge de 28 ans, le 21 octobre 1905 ; atteinte alors des accidents don il va être question.

La peau présente à cette date, au niveau des lombes, de très nombreuses cicatrices datant de la première éruption syphilitique. Il est visible par là que l'exanthème a fortement entamé l'épaisseur du tissu dermique qui porte l'empreinte et comme le dessin de chaque élément papuleux.

Rien à l'anus et aux parties génitales.

A la lèvre inférieure, on voit des cicatrices irrégulières, provenant de gommes soignées il y a deux mois et actuellement guéries. Mais presque en même temps, s'étaient montrés des accidents du côté de la langue.

Ils siègent sur la moitié droite, à peu près tout entière malade, alors que la moitié gauche est parfaitement saine ; les deux tiers antérieurs de l'organe sont gonflés de ce côté, présentent une épaisseur de 4 à 5 centimètres, leur couleur est d'un rouge ardent, violacé sur certains points, depuis qu'on les a débarrassés d'un enduit blanchâtre, épais, qui les revêtait.

Deux perforations existent, approximativement de la grandeur d'une pièce de 0.20 cent., mais irrégulières et découpées, aboutissant à une ulcération cratériforme qui laisse voir un fond jaunâtre, chair de morue, bourbillonneux. Ces perforations sont situées, l'une à la limite supérieure et interne de la lésion, près du raphé, l'autre non loin du bord externe. Ces deux cratères laissent sourdre une suppuration constante. Le bord de la langue est irrégularisé par une protrusion du tissu infiltré formant comme une sorte d'excroissance sur ce bord. Les mouvements sont fort gênés : grande difficulté pour avaler et presque impossibilité de parler. Pas de ganglions. Rate normale. Aucun trouble du côté des réflexes. Poids 48 k. 500.

Vu la gravité du cas, le traitement au levurargyre fut, au début, exceptionnellement intense.

Le 25 octobre, injection massive de 100 cent. cubes de la solution de levurargyre à 1 p. 100. Le liquide fut injecté dans la cuisse, suivant la technique usitée pour les injections de sérum, et bien toléré.

Deux nouvelles injections de quantité égale furent répétées le 27 et le 30 octobre.

L'amélioration fut très prompte ; le 4 novembre, nous notions une guérison presque complète, et dès lors furent diminuées les doses pour un traitement que nous devions prolonger encore afin de le rendre suffisant. Du 2 au 20 novembre, la malade reçut encore neuf doses de 20 cent. cubes de ce produit ; on continua encore jusqu'au 3 décembre en injectant seulement 10 cent. cubes, 3 fois par semaine, ce qui est la quantité que nous employons habituellement.

On peut calculer la dose de métal administré en se basant sur ce fait que 100 grammes de la solution contiennent environ 0.015 milligrammes de mercure.

Quand le 3 décembre, la malade nous quitta, la langue était depuis longtemps déjà revenue presque complètement à l'état normal, sauf la persistance d'une légère induration au niveau de l'ulcère gommeux. Comme apparence, comme mobilité, comme coloration, elle ne différait en rien d'une langue saine.

Ce résultat peut être considéré comme très satisfaisant, car, en somme, par les trois premières injections qui amenèrent en 8 jours la guérison presque complète de la langue, malgré le volume considérable de ces injections, le malade ne reçut que 5 à 6 centigrammes de mercure métallique.

Cependant une observation, que l'un de nous a suivie dans le service du Dr Babinski à la Pitié (1), nous apprend que, lorsqu'il s'agit du produit qui nous occupe, cette quantité de mercure métal, bien que déjà assez faible, est de beaucoup supérieure à la dose dont on a besoin pour guérir aussi rapidement des lésions aussi graves, sinon davantage.

(1) Je suis heureux de remercier ici M. le Dr Babinski de la large hospitalité qu'il m'a donnée dans son service, pour les essais du levurargyre. Henri Stassano.

Cette observation est particulièrement intéressante parce que c'est sur la même personne que l'on a vu, à deux reprises différentes: les doses massives de levurargyre, d'abord, les doses faibles du même produit, ensuite, exercer la même action salutaire aussi promptement et peut-être plus promptement dans le second cas, le cas des doses faibles, quoique dans cette série d'injections l'on eût à combattre des lésions plus étendues et un état général plus grave que dans la première série d'injections massives.

Il s'agit d'une femme de 26 ans dont les antécédents syphilitiques ne sont pas connus ; elle est mariée depuis six ans : a eu une fausse couche : son mari est soigné à Saint-Louis.

Elle entre une première fois, en juin dernier, à la Pitié, dans le service du Dr Rénon pour des ulcérations du voile du palais. Ces lésions évoluent, pendant et malgré le traitement mercuriel qu'on lui pratique, amenant la perte de la luette. Le traitement consista en 60 injections quotidiennes de benzoate de mercure, suivies, à la fin, de trois injections d'huile grise, à huit jours d'intervalle, en raison, semble-t-il, du faible résultat obtenu par les injections quotidiennes.

Enfin, le 3 septembre, la malade quelque peu améliorée quitte l'hôpital, mais y revient un mois après, et entre cette fois dans le service du Dr Babinsky.

Les deux dessins en couleurs que nous joignons, dus à M. Thévenot, représentent fidèlement l'état des ulcérations du voile du palais, compliqué d'ailleurs d'un certain degré de stomatite, et l'aspect des gommes de la langue que portait la malade au moment où elle fut soumise à la première série de levurargyre.

I. — Gomme du voile du palais avec destruction complète de la partie du voile entre les deux piliers antérieurs. A la place du voile se voit maintenant une large échancrure en forme d'angle aigu ouvrant en arrière, le vertex répondant en avant au bord postérieur de la voûte palatine sur la ligne médiane. La luette n'existe plus ayant été détruite avec le voile. Les bords de l'ulcération sont nets, taillés à pic, suppurants, recouverts d'un enduit jaunâtre.

II. — Gomme de la base de la langue ; toute la moitié postérieure de la face dorsale de la langue est irrégularisée par de nombreuses bosselures. Une ulcération centrale plus importante, arrondie, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Bords taillés à pic, fond rouge. Tout autour, petites ulcérations grandes comme des lentilles.

Elle reçoit le 27 octobre 70 cent. cubes de levurargyre.
— — le 28 — 100 — — —
— — le 31 — 100 — — —
Elle reçoit le 3 novembre 50 cent. cubes de levurargyre.
— — le 7 — 100 — — —
— — le 16 — 50 — — —

Dès les deux premières injections, son état général, très déprimé, se relève, elle recommence à s'alimenter, et les accidents gommeux entrent franchement dans la voie de la guérison, qui est presque complète au bout d'un mois. Lorsqu'elle quitte le service de son initiative, elle s'engage à y revenir une fois par semaine pour les injections dont elle a encore grand besoin ; mais la malade ne revint qu'une seule fois.

Comme il était à prévoir, cette guérison si rapidement acquise et non consolidée par un traitement prolongé, ne se maintint pas ; les accidents récidivèrent. C'est ainsi, dans un état d'extrême faiblesse et de grande aggravation que la malade est reçue de nouveau dans le service du Dr Babinsky, le 9 janvier de cette année : grande difficulté de la phonation, sons nasonnés et sourds, impossibilité de l'alimentation, la base de la langue, augmentée de volume, inhabile, obstrue l'entrée du pharynx aux aliments solides. Les liquides, d'autre part, refluent par les fosses nasales. Enfin on note une surdité très accusée à droite.

A l'examen du voile, on remarque l'existence, de chaque côté de l'échancrure déjà décrite, de deux gommes, du volume, l'inférieure, d'une fève ; la supérieure, d'un pois : elles apparaissent ulcérées, jaunâtres à bords surélevés. Réunissant les deux lèvres qui limitent la fente, l'on aperçoit un petit pont muqueux en arrière du palais osseux, encore intact.

Quant à la langue, de la base à la pointe, s'étend une ulcération, très creuse et largement étendue en arrière, avec des anfractuosités muqueuses et musculaires. Près de la pointe, cette ulcération se resserre et devient moins profonde, et ses bords sont plus nettement découpés, comme par un bistouri.

Une infiltration de la cornée droite accompagne ces lésions et, avec l'état général cachectique fait mieux ressortir la gravité du cas.

La malade est remise au traitement du levurargyre, mais cette seconde fois, par des injections relativement peu massives, de 20 centimètres cubes chacune, trois par semaine.

Le 12 janvier, elle reçoit la première injection, et déjà le 14 elle peut déglutir et s'alimenter. La grande prostration disparaît, la malade quitte bientôt le lit et le 18 elle peut se rendre chez le mouleur. Les modèles que voici représentent ces lésions déjà en voie d'amélioration. Le mieux s'accentue ; à partir du 23, les liquides ne refluent plus. Cependant, l'infiltration de la cornée, au lieu de s'amender dès les premières injections, semble s'aggraver, ce n'est que huit jours plus tard qu'elle ressent à son tour l'effet du traitement ; la vascularisation disparaît, la vue redevient presque normale, l'autre œil reste indemne.

Le 2 février, soit vingt-deux jours après le début du traitement, la malade est examinée par M. Babinsky ; voici ce qu'on constate, d'abord l'observation recueillie par M. Lemoine, interne du service.

Au niveau du palais, de petites cicatrices blanchâtres, lisses à forme étoilée, remplaçant les cavités des gommes ulcérées.

Sur la langue, il n'existe plus qu'une dépression vers le tiers postérieur ; quant aux deux tiers antérieurs, c'est à peine si l'on y aperçoit une ligne cicatricielle blanchâtre.

L'infiltration de la cornée est en complète décroissance, elle s'arrête au limbe entre 9 heures et midi, selon le langage des oculistes.

Cette amélioration déjà notable s'accroît les jours suivants et c'est ainsi presque entièrement guérie que la malade est montrée, le 10 janvier, aux docteurs Brocq, Gaucher, Jullien et Morax. Malheureusement trop confiante, elle quitte le lendemain le service.

Ce qui se dégage de cette dernière et double observation corrobore nos deux premières : c'est que le levurargyre est un composé mercuriel très actif ; les injections de 20 centimètres cubes de la solution à 1 p. 100, répétées tous les deux jours, sont suffisantes pour enrayer une syphilis même grave.

Cela conduit à penser, nous semble-t-il, que pour que de pareilles doses de nucléo-protéide mercurielle, renfermant à peine trois milligrammes de mercure, agissent aussi efficacement, il faut que le métal ait acquis dans la combinaison nucléo-protéique un pouvoir qu'il est bien loin de présenter dans ses combinaisons organiques et salines ordinaires. On sait, en effet, que dans ces combinaisons mêmes les plus actives, le pouvoir thérapeutique n'est appréciable que lorsqu'elles contiennent cinq à dix fois autant de mercure métal.

Cette propriété du mercure, appartenant à la combinaison organique du levurargyre, apparaît encore plus évidente dans les deux observations suivantes que nous tenons du Dr H. Iscovesco, de Paris. A la demande de l'un de nous, le Dr Iscovesco a bien voulu essayer le levurargyre et les résultats qu'il a obtenus sont tous aussi satisfaisants et probants que ceux que nous allons consigner dans cette communication.

Syphilome cérébral.

H. G., 42 ans, homme robuste, atteint brusquement le 6 novembre dernier d'hémiplégie faciale droite ; l'orbiculaire est

pris, la paralysie faciale est complète, la figure est tirée à gauche, impossibilité de siffler. Il se plaint de douleur de tête, vertige, bourdonnement de l'oreille droite.

En dehors de ces signes, on constate à l'examen : inégalité pupillaire et une parésie très nette de toute la moitié droite du corps.

Pas d'athérome artériel : rien au cœur ni aux autres organes.

Questionné, le malade dit avoir eu, 15 ans auparavant, un chancre mou, qui aurait été soigné comme tel, par un traitement uniquement local, chez le Professeur Neumann, de Vienne.

Le 7 novembre, c'est-à-dire le lendemain de l'apparition de l'hémiplégie, le malade est mis au traitement du levurargyre par injections de 10 centimètres cubes chacune; les trois premières injections à un jour seulement d'intervalle, les suivantes, trois par semaine.

Six jours après, on constate déjà une amélioration ; dès le 20 novembre, le malade a cessé de se plaindre de vertige et de bourdonnements de l'oreille. Le 20 novembre, la parésie droite a presque complètement disparu, il ne reste plus qu'un certain degré d'inhabileté; la paralysie faciale est très améliorée; il peut fermer à moitié l'œil ; le 22, il le ferme complètement; il peut éteindre une bougie. Le Dr Berger, qui surveillait les troubles oculaires du malade, a pu constater à son tour cette amélioration si rapide.

Le 27 novembre, soit 20 jours après le début du traitement, le malade était entièrement guéri.

Gomme non ulcérée du palais.

Homme de 46 ans, atteint de syphilis depuis 15 ans (chancre induré, et depuis ce moment plusieurs accidents traités presque toujours par des injections mercurielles). Il s'est surtout soigné depuis son mariage qui date de 2 ans. Le malade vient d'avoir un enfant né syphilitique, auquel le Dr Iscovesco a donné aussi le levurargyre avec un très bon résultat.

Le malade présente au niveau de la partie moyenne de la voûte palatine, du côté gauche, une tache rouge. Cette tache fait saillie et présente une sorte de cordon rouge ayant les mêmes caractères, qui se dirige vers le voile du palais. Le malade accuse une certaine sensibilité osseuse autour de ce point.

Comme il s'agissait d'un syphilitique ayant présenté des accidents nombreux et qui venait de donner le jour à un enfant en pleine évolution syphilitique, le malade fut sans retard soumis au traitement général spécifique par le levurargyre, 3 injections de 10 cent. cubes chacune par semaine ; aucun traitement local ne fut tenté.

Le petit accident du voile du palais disparaît très rapidement au bout d'une dizaine de jours et aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois environ après, on peut constater aisément qu'à la place de la petite tache rouge signalée plus haut, se trouve une petite cicatrice ombiliquée légèrement étoilée, preuve d'un processus régressif qui s'est passé dans l'épaisseur même de la voûte palatine.

C'est ainsi par l'administration de 4 à 5 milligrammes par semaine de mercure sous forme de levurargyre, quantité plus de la moitié inférieure aux doses auxquelles nous-mêmes avons eu recours dans les cas graves, que le Dr Iscovesco a pu arrêter l'évolution et amener si rapidement la régression du processus gommeux, tant du cerveau que du voile du palais.

Aussi ces dernières observations corroborent et renforcent la conclusion qui se dégageait des premières. Le haut pouvoir thérapeutique du mercure à l'état de combinaison nucléo-protéique en résulte encore mieux établi.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

L'hygiène à la Chambre des députés pendant la dernière législature.

La huitième législature, élue depuis la mise en vigueur de la Constitution de 1875, a voté des lois importantes et étudié dans ses commissions de très nombreuses propositions de lois. Le travail accompli a été considérable et les résultats acquis dès maintenant sont des plus heureux. Si l'on examine le chemin parcouru pendant ces quatre dernières années au seul point de vue de l'hygiène, on s'aperçoit aussitôt que la Chambre actuelle ne le cède en rien à ses devancières par son souci de la salubrité, de l'assainissement et par son désir de réprimer les fraudes et les falsifications nouvelles des denrées alimentaires.

Les progrès accomplis par l'hygiène ont été des plus importants ces dernières années. Il appartenait au Parlement de formuler dans des lois nouvelles les données acquises récemment par la science. Certes, nous n'ignorons pas qu'une loi vaut peu de chose en elle-même et que c'est surtout l'opinion publique qu'il faut éduquer. Une loi que celle-ci n'accepterait pas serait à coup sûr mort-née et sans application possible. Il n'en sera pas ainsi, croyons-nous, pour les lois votées récemment, car de toutes parts un grand mouvement se fait en France pour répandre dans les plus petites bourgades les notions d'hygiène indispensable que nul individu n'a le droit d'ignorer aujourd'hui.

Un certain nombre de députés ont déposé au cours de la dernière législature des propositions de lois concernant l'hygiène. Nous les passerons successivement en revue pour étudier ensuite les lois qui ont été promulguées par le Gouvernement. Nous ne saurions assez féliciter la Commission de l'hygiène publique qui s'est réunie fréquemment et qui a discuté plusieurs rapports très importants. On ne voit trop, dans le public et dans la presse, que les discours prononcés à la tribune; on ignore le travail fait silencieusement dans les Commissions par des rapporteurs qui, la plupart du temps, font montre d'une science réelle, indiscutable ; il n'est que justice que nous en fassions ici le témoignage public.

Le 27 novembre 1902, la Chambre des Députés constitua une *Commission de l'hygiène publique*, sous la présidence de M. Villejean ; elle eut à étudier une proposition de M. E. Chautemps relative à la revision de la législation des établissements classés, que le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine réclame depuis de longues années sur le rapport de M. Bezançon; un projet de résolution de M. Paul Constans concernant les casernes malsaines; un autre de M. Dubois qui aurait voulu organiser à Paris une exposition internationale et des Congrès d'hygiène en 1905; ce dernier vœu ne put être réalisé. M. Lefas demanda la revision de la loi sur la protection des enfants du premier âge. M. Flourens proposa d'accorder des primes aux villes qui créeraient des dispensaires anti-tuberculeux, et souhaita voir transformer en hôpitaux et en sanatoria les immeubles occupés par les congrégations non autorisées.

Telles sont les principales propositions qu'eut à étudier la Commission. Elle discuta en outre les rapports suivants : 1° Rapport de M. Levraud sur la proposition de loi adoptée par le Sénat, relative à l'application de la loi du 15 février 1902 à la Ville de Paris et au Département de la Seine; 2° Rapport de M. Emile Chautemps sur la proposition tendant à la révision de la législation des établissements dangereux, insalubres et incommodes. 3° Rapport de M. Villejean sur la proposition de loi adoptée par le Sénat, tendant à reconnaître d'utilité publique la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme. 4° Rapport de M. Féron sur la proposition de M. Cazeneuve tendant à modifier les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Les autres commissions de la Chambre furent également saisies de propositions relatives à l'hygiène. M Deville demanda de munir d'une sanction la loi du 10 juillet 1894 relative à l'assainissement de Paris et de la Seine, et M. Cloarec, chargé de rapporter cette question, conclut favorablement ; on sait l'importance qu'elle offre pour les finances de Paris.

M. Albert Sarrault proposa d'assurer l'assistance à domicile des femmes nécessiteuses parvenues au terme de leur grossesse ; cette question préoccupe justement les hommes d'Etat et les sociologues.

La proposition de loi de M. Jules Siegfried relative à l'expropriation pour cause d'insalubrité publique a provoqué, on s'en souvient, des débats dans la presse politique et médicale ; elle aura une réelle influence dans la lutte entreprise de toutes parts contre la tuberculose.

De son côté, la Commission de l'agriculture, constituée le 25 novembre 1902, étudia divers projets importants que nous ne saurions passer sous silence. Tout d'abord un projet de loi relatif à l'assainissement de la côte orientale de la Corse, puis un projet de loi adopté par le Sénat, sur l'exercice de la médecine vétérinaire. M. Delory déposa une proposition ayant pour but la répression des fraudes dans le commerce du lait ; M. Cazeaux-Cazalet s'attaqua à la fabrication des vins artificiels ; MM. Bartissol et Bonnevay à celle des fraudes dans la vente des vins. Citons encore un projet tendant à modifier la loi du 16 avril 1897 sur la répression de la fraude dans le commerce du beurre et la fabrication de la margarine. Elle eut enfin à suivre les débats de la loi de 1905 sur les fraudes alimentaires.

Si maintenant nous recherchons plus particulièrement les lois d'hygiène promulguées pendant la huitième législature, nous citerons la loi du 11 juillet 1903, qui modifie la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

Cette loi contenait les dispositifs suivants :

« Sont soumis aux dispositions de la présente loi les « manufactures, fabriques, usines, chantiers, ateliers, laboratoires, cuisines, caves et chais, magasins, boutiques, bureaux et entreprises de chargement et de déchargement et « leurs dépendances, de quelque nature que ce soit, publics, « privés, laïques ou religieux, même lorsque ces établissements ont un caractère d'enseignement professionnel ou de « bienfaisance :

« Les dispositions qui précèdent sont applicables aux théâtres, cirques et autres établissements similaires où il est « fait emploi d'appareils mécaniques. »

Cette loi a été complétée par le décret du 27 mars 1904 fixant la nomenclature des établissements de l'Etat où la sanction de la loi concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs est exclusivement confiée aux agents désignés par les ministres de la guerre et de la marine, et celui du 28 juillet 1904 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne le couchage du personnel dans les établissements industriels et commerciaux. Ici, il faut regretter que le couchage des ouvriers et employés relève des attributions de l'Inspection du Travail mal outillée, au lieu de demeurer confié aux maires, ainsi que le décide pour tous les autres logements la loi du 15 février 1902 sur la santé publique.

Cette dernière a été heureusement complétée : Le Parlement a décidé que chaque commission sanitaire de circonscription serait composée dorénavant de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la circonscription, et qu'elle comprendrait nécessairement un conseiller général élu par ses collègues, un médecin, un pharmacien, un vétérinaire au moins, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue. Il était décidé en outre que le Comité consultatif d'hygiène publique de France (désormais Conseil supérieur) aurait comme membres de droit les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et le professeur d'hygiène des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille et de Nantes.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes. Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

Enfin, nous ne saurions passer sous silence la loi du 14 janvier 1905, qui alloue aux propriétaires d'animaux abattus pour cause de morve ou de farcin, en exécution de l'article 36 du code rural, une indemnité des trois quarts de la valeur qu'avait l'animal avant la maladie. L'indemnité à accorder ne peut dépasser la somme de 750 francs.

On voit que la Chambre des Députés s'est préoccupée longuement des questions d'hygiène pendant cette dernière législature. On peut ajouter à ces lois plusieurs autres concernant des subventions à des congrès d'hygiène ou autorisant des loteries en faveur d'œuvres antituberculeuses. Les passer en revue serait d'un intérêt médiocre. Si l'on ajoute à cette nomenclature un peu sèche tous les exposés qui ont accompagné ces propositions de lois, les rapports qui ont suivi, les dis-

cussions et les discours dont ils furent la cause, on peut affirmer que l'hygiène a pris à la Chambre une place des plus importantes, la place que le législateur, conscient de ses devoirs, doit lui accorder à l'heure actuelle. Bien des propositions n'ont pu encore venir en discussion, d'autres attendent leur tour au Sénat : la prochaine législature fera, à coup sûr, à l'hygiène une part aussi grande que la Chambre qui termine actuellement ses travaux. Il faut d'ailleurs qu'il en soit ainsi. A la faveur des données nouvelles de la science, les idées de solidarité se sont affirmées de la manière la plus puissante. L'homme ne peut plus vivre isolé désormais, indifférent à tout ce qui ne le touche pas directement; la mauvaise volonté d'un seul peut déterminer de redoutables épidémies, le concours de tous peut seul assurer à la cité de meilleures conditions d'hygiène.

Le mouvement dont nous venons de constater la répercussion à la Chambre pendant cette législature ira chaque jour s'affermissant à mesure que l'instruction se répandra davantage ; c'est à quoi doivent travailler tous les élus d'une démocratie qui ne veut pas faillir à son mandat.

Dr Léon Sireyjol,
Député de la Dordogne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 avril 1906

Action de l'émanation du radium sur les bactéries chromogènes.

MM. Ch. Bouchard et Balthazard ont pu s'assurer que, si l'émanation du radium est sans effet sur le pouvoir chromogène des bactéries sécrétant une matière colorante qui reste adhérente à leur propre substance, il n'en est pas de même à l'égard des microbes dont les pigments diffusent dans les milieux de culture.

Pour le B. fluorescens et le B. pyocyanicus par exemple, le pouvoir fluorescent est influencé par des doses d'émanation beaucoup plus faibles que celles qui sont nécessaires pour diminuer l'activité de reproduction de ces microorganismes.

C'est ainsi qu'au bout de trois ou quatre jours un tube ensemencé avec du bacille fluorescent et dans lequel on a introduit l'émanation produite en une heure par une solution aqueuse contenant *6 dix-millièmes de milligramme* de bromure de radium présente une coloration verte tout à fait minime sans que la culture paraisse modifiée. Avec l'émanation de 3 *millièmes de milligramme*, il n'y a plus de coloration et la culture est un peu moins abondante que dans le tube témoin ; avec des doses croissantes d'émanation, la culture devient de plus en plus maigre pour cesser complètement quand on fait passer dans le tube l'émanation formée en une heure par 15 centièmes de milligramme de bromure de radium.

On obtient des résultats analogues avec le bacille pyocyanique. Pour celui-ci, en outre, les auteurs ont constaté que le développement de la culture varie en sens inverse de la quantité d'émanation introduite, alors que la longueur du bacille s'accroît progressivement ; on observe, en même temps que l'accroissement de longueur des microbes, l'incurvation d'un certain nombre d'entre eux.

Les cultures dont le développement a été gêné par une très petite quantité d'émanation reprennent rapidement leur exubérance, lorsqu'on enlève celle-ci. Après action de l'émanation produite en une heure par 0 gr. 005 milligr. de bromure de radium, la culture se développe encore si on chasse l'émanation, mais elle reste incolore, et il faut deux ou trois réensemencements pour que le bacille reprenne son pouvoir chromogène. Enfin, la culture qui a été pendant quelques heures en contact avec l'émanation produite en quatre jours, par 0 gr. 025 milligr. de bromure de radium n'est plus capable de se multiplier ultérieurement ; il y a donc là action bactéricide et non plus lentement inhibitoire.

L'émanation du radium diminue également *in vitro* la virulence du bacille pyocyanique, soit que l'on cultive le microbe en présence de l'émanation, soit que l'on fasse agir celle-ci sur des cultures adultes. Les auteurs ont alors recherché si l'émanation introduite dans l'organisme du cobaye pouvait modifier l'évolution de la maladie pyocyanique.

De fait, l'injection intrapéritonéale émise en une heure par 1 gr. de bromure de radium pur, contenue dans 5 cc. d'air, préserve l'animal contre une dose deux fois mortelle de culture pyocyanique, introduite dans le péritoine en même temps que l'émanation. Si l'injection de l'émanation est pratiquée une heure ou deux heures après celle du microbe, on ne peut protéger l'animal que contre la dose simplement mortelle, et encore les résultats sont-ils inconstants. Enfin, injectée plus de deux heures après l'inoculation du pyocyanique, l'émanation se montre inefficace.

Influence du régime alimentaire sur la valeur des coefficients urologiques et sur le poids moyen de la molécule élaborée.

MM. A. Desgrez et J. Ayrignac adressent une note relative à des expériences qui ont consisté à soumettre un même sujet successivement au régime lacté absolu, à des régimes mixtes variables (lacto-végétarien, faiblement carné, fortement carné) et au régime végétarien absolu, et à évaluer aux différentes périodes les divers coefficients urinaires, ainsi que la grosseur de la molécule élaborée moyenne.

Les auteurs concluent de ces recherches que la qualité de la destruction de l'albumine alimentaire atteint son maximum avec le lait, et tombe à son minimum avec les végétaux. Quant à la valeur moyenne de la molécule élaborée, elle n'est que de 65 avec le régime lacté (la normale étant 76), ce qui est une nouvelle preuve de la facilité avec laquelle l'organisme utilise les albumines du lait ; avec le régime fortement carné la valeur faible de la molécule (67) établit également la perfection de l'élaboration des matériaux constitutifs de la viande. Il est enfin à remarquer que l'apport minéral dans un régime donné provoque un accroissement corrélatif du poids moyen de la molécule élaborée ; il en résulte que l'on doit tenir compte, non seulement de la composition organique des régimes, mais aussi de leur richesse en substances salines.

Démonstration de la fonction fibrinogénique du foie.

MM. Doyon, Cl. Gautier et A. Morel relatent le résultat de recherches expérimentales faites sur la grenouille et démontrant la fonction fibrinogénique du foie. En effet, cinq ou six jours après l'ablation du foie (qui permet une survie de plusieurs jours) le sang devient incoagulable. D'autre part, alors que chez une grenouille intacte l'injection de sang défibriné, après une saignée totale, est suivie en quelques heures de la régénération de la fibrine, cette régénération ne se produit pas chez l'animal privé de son foie. Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 avril 1902.

Obstruction intestinale.

MM. Roger et Garnier ont constaté que la toxicité du contenu de l'intestin grêle diminue au cours de l'obstruction intestinale contrairement à ce qu'on eût pu croire. Chez le chien normal, elle est de 0 cc. 87 par kilogramme avec 144 entérotoxies ; après ligature de l'intestin, elle passe à 10 cc. 27 par kilogr. et l'intestin grêle contient 32 entérotoxies.

A la suite de ligature, s'il y a perforation et péritonite, la toxicité est plus élevée et atteint 2 cc. 07 par kilogr., mais le nombre d'entérotoxies ne dépasse pas 30.

Cette toxicité se rapproche de celle du gros intestin et ne lui est supérieure qu'à cause de la quantité de liquide qui s'accumule au-dessus de la ligature. Chez le chien normal, il n'y a dans le gros intestin que 44 cent. cub. de matière contenant 8 à 19 entérotoxies.

Dans l'obstruction intestinale, ce n'est donc pas aux putréfactions qui se produisent au-dessus de la ligature qu'on peut attribuer la mort, et non plus à l'infection, et pourtant celle-ci est constante. Du 2e au 3e jour, on constate le passage dans le sang de molécules anaérobies, surtout d'un bacille analogue au *Bacillus perfringens*. Cette infection cesse dès que l'obstacle est levé et n'empêche pas la guérison. Ce n'est donc pas là la pathogénie des accidents.

Eosinophilie pleurale et sanguine.

MM. Widal et Burnet ont observé il y a plus de deux ans de l'éosinophilie pleurale, décrite par Widal et Rabaud en 1900. L'éosinophilie sanguine, qui s'était manifestée à ce moment a persisté depuis la guérison. Le pourcentage dans la plèvre était de 68 p. 100 : il est dans le sang de 19 p. 100 d'éosinophilie. On ne retrouve aucune cause d'éosinophilie (cancer, asthme, dermatose, infection vermineuse, etc.), il faut donc en conclure à la persistance de cet accident survenu à la suite d'éosinophilie locale aiguë. Les auteurs insistent sur la persistance de l'empreinte fonctionnelle sur l'organisme.

Bilirubine du sérum sanguin dans la cirrhose alcoolique.

MM. Gilbert et Herscher ont fait le dosage cholémimétrique dans 21 cirrhoses alcooliques de formes diverses : cirrhoses atrophiques, hypertrophiques, ascitiques et anascitiques. Dans la cirrhose atrophique, le degré moyen de cholémie égale 1/14000, ce qui donne 0 gr. 07 de bilirubine par litre de sérum et 0 gr. 21 pour l'ensemble du sang ; elle s'élève parfois à 1/4500 chez un sujet chez qui l'angiocholite s'associait à la cirrhose pour donner naissance à un ictère intense cholurique. Parfois, le taux descend au-dessous de la moyenne, et serait dû à une insuffisance hépatique accusée qui en diminuant la sécrétion biliaire empêcherait la résorption des pigments. Cette notion du rôle de l'insuffisance hépatique explique ce fait que, dans la cirrhose hypertrophique, le degré de cholémie de 1/9000 est supérieur à celui de la cirrhose atrophique. Le parenchyme n'est pas atteint d'atrophie la quantité de bile n'est pas diminuée ; la résorption biliaire est plus marquée.

Sécrétion gastrique et bicarbonate de soude.

MM. Linossier et Lemoine avaient conclu de recherches anciennes que le bicarbonate de soude est un excitant de la muqueuse gastrique en y développant l'acide chlorhydrique, augmentant beaucoup cette sécrétion chez les hypochlorhydriques et faiblement chez les hyperchlorhydriques. D'une nouvelle série d'expériences ils tirent les mêmes conclusions contraires aux recherches infirmatives de Pawlow.

Mucinase dans le sang.

MM. Trémolières et Riva ont vu que la mucinase, normale dans la muqueuse intestinale et dans les matières fécales des sujets atteints d'hypersécrétion muqueuse de diverses causes, peut apparaître dans le sang de ces sujets quand il y a hypersécrétion muqueuse expérimentale. Sa présence dans les matières et son passage dans le sang ne peuvent être constatés que dans les états pathologiques de l'intestin.

Structure des boutons terminaux.

M. Marinesco étudie les boutons terminaux au niveau des cellules nerveuses radiculaires.

Culture de spirilles pathogènes.

M. Levaditi expose une méthode de culture des spirilles pathogènes en sac de collodion.

Sulfo-éthers urinaires.

MM. Labbé et Vitry ont trouvé des variations quantitatives et qualitatives du régime alimentaire sur les sulfo-éthers éliminés par l'individu normal. E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1906.

Sur la pathogénie des lésions vésiculaires dans la lithiase des voies biliaires.

M. Delbet. — L'opinion classique attribue la rétraction ou la dilatation de la vésicule biliaire dans les cas d'obstruction des voies biliaires à l'existence ou non d'une cholécystite scléreuse concomitante. M. Delbet conclut, de l'examen des pièces provenant d'une femme opérée, que l'état de la vésicule est surtout en rapport avec le siège de l'obstacle. Très souvent, en effet, le canal cystique ne se jette pas directement dans l'hépatique pour former avec lui le cholédoque, mais il chemine sur une certaine distance parallèlement au canal hépatique ; les deux canaux accolés en canons de fusil sont enveloppés d'une gaine commune et plus ce double canal cystico-hépatique est long, plus le canal cholédoque est court et vice-versa. La rétraction de la vésicule coïncide avec un calcul du canal cystique ou de la portion double du canal cystico-hépatique ; la dilatation de la vésicule est, au contraire, en rapport avec un obstacle siégeant sur le cholédoque.

A propos de périsigmoïdites.

M. Jalaguier pense que beaucoup de suppurations étiquetées péri-sigmoïdites ne sont que des abcès appendiculaires ayant fusé à gauche.

Traitement de la syndactylie congénitale.

M. Quenu présente un enfant atteint de syndactylie congénitale des deux mains, chez lequel il a essayé différents procédés d'autoplastie ; c'est l'autoplastie par la méthode italienne qui lui a donné les meilleurs résultats.

Tumeurs du cerveau.

M. Legueu présente un malade qu'il a opéré pour un gliosarcome de la partie inférieure des circonvolutions rolandiques. Guérison. Depuis l'opération, les crises d'épilepsie jacksonienne, pour lesquelles le malade était entré à l'hôpital, ne se sont plus reproduites.

Exclusion du gros intestin.

M. Hartmann présente un malade chez lequel il a pratiqué une iléo-rectostomie, par le procédé de Lardennois, pour le débarrasser d'un anus cæcal. Catz.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1906-1907. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la Salle des Concours de l'Administration, rue des Saints Pères, n° 49, à leur répartition dans les etablissements de l'administration, pour l'année 1906-1907, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1906) : internes et internes provisoires, le vendredi 27 avril, à 2 heures ; MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 16 mai 1906) : ceux de 5e et de 4e année (externes réinvestis pour l'année 1906-1907), le vendredi 4 mai, à 2 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru ou reconcouru en 1903), le lundi 7 mai, à 2 heures ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1904), le mercredi 9 mai, à 2 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1905), le vendredi 11 mai, à 2 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique : adénomes du sein, du corps thyroïde, etc., d'origine tuberculeuse (1); Par MM. Antonin Poncet et René Leriche.

Brillamment exposée et défendue par P. Delbet, son promoteur, la « théorie inflammatoire des adénomes », déjà esquissée par Virchow et admise par Kœnig, paraît, dans ces dernières années, avoir gagné du terrain. Il semble que l'on soit à la veille de la voir définitivement adoptée et de soustraire, de la classe des tumeurs, tout un groupe de néoplasies bénignes, relevant, en réalité, de processus infectieux. La question en est là : toute inflammation chronique peut engendrer, dans les glandes, par irritation, une prolifération épithéliale, d'apparence adénoïde, avec réaction conjonctive plus ou moins intense.

Après une première phase de *cirrhose épithéliale*, après une néoformation exubérante d'acini, diverses évolutions se présentent. Les culs-de-sac glandulaires peuvent se dilater, sécréter et donner ainsi naissance à des *adénomes kystiques*, ou bien, le tissu conjonctif, proliferant dans l'intérieur de l'acini qu'il refoule, va produire un kyste proligère, un *adénome végétant*. D'autres fois enfin, la sclérose prédominante étouffe les acinis nouveaux, l'élément épithélial disparaît, en grande partie, et ainsi se réalise le *fibro-adénome*. Entre ces différents types, toutes les formes de passage sont possibles, toutes les combinaisons se rencontrent. D'autre part, au lieu de rester localisé, le processus peut être diffus, les noyaux d'inflammation chronique sont alors disséminés, et suivant que l'évolution sera fibreuse ou kystique, on aura, en prenant le sein pour exemple, la *mastite noueuse* de Tillaux et Phocas, ou la *maladie kystique* de Reclus. A la doctrine ainsi synthétisée, une seule objection : tout ceci vise la mastite, l'adénome du sein n'est pas cela : l'adénome diffère du noyau d'inflammation chronique par son encapsulement et sa mobilité.

Mais si l'on admet, et la chose est classique, que l'encapsulement, dont la mobilité dépend, n'est qu'un simple phénomène physique de condensation progressive du tissu conjonctif, l'objection semble prévenue et il ne saurait plus y avoir, de ce chef, une limite infranchissable entre les deux ordres de lésions. D'ailleurs, histologiquement, rien ne permet de les différencier l'une de l'autre. « Il est impossible, dit Rénon (2), après une longue étude micrographique de telles tumeurs, de différencier, sur les coupes, les tissus d'une glande en dégénérescence kystique, par l'inflammation chronique, de ceux d'une glande atteinte de la même dégénérescence par adénome........ *Lésions de mastite chronique et lésions d'adénome ne nous semblent pas devoir être séparées, mais bien plutôt réunies, dans un même groupe nosologique.* »

Ce qui est vrai du sein, l'est certainement de toutes les glandes, et si bien que l'on peut, sans arrière-pensée, considérer l'adénome comme un produit d'inflammation (3).

Mais où l'imprécision commence, c'est quand il s'agit de déterminer quel en est l'agent. En 1893, Delbet et Longuet (4) ayant trouvé du staphylocoque blanc dans trois cas d'adénome, étaient bien près de conclure que ce staphylocoque était l'agent habituel, sinon exclusif de pareilles tumeurs. Un peu plus tard, Gaudier et Surmont (5) retrouvaient le même microbe dans une mastite noueuse, et obtenaient expérimentalement, avec lui, des lésions inflammatoires du sein. Ce n'est pourtant pas un agent spécifique, car Quénu (1) ; un peu plus tard, mettait en évidence le pneumocoque, dans un cas identique.

Déjà, en 1891, Jaboulay (2) par des ensemencements et des inoculations, s'était efforcé de démontrer l'origine infectieuse de certains goitres. En 1893, Rivière (3), poursuivant ces recherches, relevait la présence fréquente, dans la thyroïde goitreuse, du staphylocoque blanc ou doré. Carle et Lustig (4), Kummer et Tavel (5) avaient écrit la bactériologie du corps thyroïde. Bref, il semblait que l'on dût toucher bientôt à la solution du problème. Mais depuis, d'autres bactériologistes ont été moins heureux. Souvent, les cultures sont restées stériles. Ferrier, en 1895, ne trouvait aucun résultat probant et tout récemment encore, Renon (6) déclarait n'avoir jamais pu mettre en évidence un microbe quelconque sur ses coupes, les inoculations restant, d'autre part, constamment négatives. Peut-être s'agit-il de lésions toxiniennes ? C'est possible. En tout cas, jusqu'à présent, la bactériologie a été impuissante à résoudre la question. Il demeure établi que les adénomes sont des néoplasmes inflammatoires, mais l'origine de cette inflammation même reste inconnue. Dès lors, croyons-nous, c'est la clinique qui doit indiquer le sens des recherches. N'est-il pas possible de dégager certaines indications pathogéniques du groupement des faits recueillis sans idée préconçue ?

C'est avec orientation que nous avons repris toutes les observations d'adénomes du sein, vus à la Clinique depuis 14 ans. Presque toujours, elles étaient brèves et se bornaient à décrire la lésion locale. Cependant, en relevant soigneusement les moindres détails, en classant les faits, nous sommes arrivés à des résultats curieux (7).

Dans un tiers des cas, des ganglions axillaires, douloureux, unilatéraux, indiquaient un processus inflammatoire. Dans la même proportion, se retrouvait l'influence d'un traumatisme initial, agent causal ou plutôt révélateur de la lésion jusque-là quiescente. Dans un cinquième des faits, nous avons relevé une infection mammaire antérieure (mastite aiguë, suppurée, poussées congestives, infectieuses au moment du sevrage, etc...), et *dans la même proportion, une tuberculose viscérale en évolution, le plus souvent discrète, à type fibreux*. C'est ce dernier facteur que nous voulons seul envisager aujourd'hui. Le chiffre que nous avons obtenu avec des observations où seules les grosses lésions bacillaires étaient notées est tel qu'il y a lieu de se demander si, dans certaines conditions, la tuberculose n'interviendrait pas dans la production des adénomes (8). D'excellentes raisons permettent de le penser. Il est tout d'abord un fait capital à l'appui de cette notion, c'est qu'au voisinage des foyers tuberculeux glandulaires, il est banal de rencontrer des proliférations acineuses à type d'adénome. Pour la tuberculose mammaire, la chose est particulièrement nette. Tous les histologistes ont insisté sur cette hyperplasie des cavités glandulaires voisines.

Sabrazès et Binaud (9) prononcent, pour de telles formations, le mot de productions adénomateuses. « Dans la tuberculose mammaire, dit R. Tripier (10), l'hyperproduction des cavités glandulaires racineuses et très remarquables, en raison, probablement, de la facilité avec laquelle cette hyperplasie a lieu à l'état normal ; car on est frappé de l'analogie que ces productions présentent avec l'état de la glande

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 10 avril 1906.

(2) Renon. — De quelques kystes du sein. Thèse de Paris, 1903.

(3) La démonstration de Delbet a d'ailleurs été, par lui, appliquée à toutes les glandes, et d'autres auteurs en ont repris certains points, pour tel ou tel organe en particulier. C'est ainsi que souvent l'on a décrit l'adénome inflammatoire de la prostate, que Motz et Cariani (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1904, p. 1305) ont signalé les adénomes inflammatoires de la vessie, etc.

(4) P. Delbet. — Traité de chirurgie clinique, tome 1, page 510.

(5) *Bull. Soc. de Biologie*, 1895, p. [illegible].

(1) Quénu. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, tome 1, p. 350.

(2) Jaboulay et Rivière. — Soc. des Sc. méd. de Lyon, février 1902.

(3) Rivière. — Thèse de Lyon, 1903, p. 199.

(4) *Giorni. di R. Academia di med. di Torine*, 1890.

(5) Kumner et Tavel. — *Revue de Chirurgie*, 1891.

(6) Renon. — *Loc. cit.*

(7) Il s'agit là uniquement de diagnostics vérifiés par l'opération et le plus souvent par l'examen histologique (L. Dor).

(8) Dans tous ces cas, on se trouve en face d'adénome et non d tuberculose mammaire.

(9) Sabrazès et Binaud. — *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1er nov. 1895.

(10) *Traité d'anat. pathol. génér.* Paris, Masson, 1904.

dans sa période de lactation, d'une part, et dans les adénomes, d'autre part. »

Nous pourrions multiplier les citations de ce genre.

Dès lors, il nous semble facile de concevoir pareil processus associé à des lésions de moins en moins virulentes. On est ainsi conduit à l'imaginer comme conséquence d'un foyer tuberculeux distant, et sous la seule influence irritative de toxines virulentes.

Or, pratiquement, que voit-on ? La coexistence relativement commune des tumeurs bénignes de la tuberculose. Elle est assez fréquente, même, pour avoir déjà frappé certains auteurs qui ont esquissé un rapprochement de lésions si diverses. C'est ainsi qu'on a signalé les papillomes du larynx chez les tuberculeux (1), les polypes de l'uréthre au cours des cystites bacillaires (2). Dans le même ordre d'idées. Marfan (3) a montré l'évolution adénomateuse de la gastrite des phtisiques, qu'il rattache à de l'irritation toxinienne. Il a présenté, depuis, des adénomes de l'estomac trouvés à l'autopsie d'un tuberculeux. Nous en avons nous-même observé un cas.

Cette coexistence est plus saisissante encore, quand on parcourt, en série, des statistiques de néoplasies bénignes. A tout instant, on relève, dans ces observations, des stigmates de tuberculose. Cette remarque a déjà été faite par Delbet (4) pour la rectite chronique hypertrophique, dont le type glandulaire établit la transition à l'adénome pédiculé. De même, pour les polypes du rectum, pour les polyadénomes de l'intestin. On les trouve souvent chez des individus tarés par le bacille de Koch, ou à hérédité bacillaire plus ou moins lourde. Nous connaissons une observation de ce genre, où l'influence de la tuberculose ne paraît pas discutable. Cette réflexion s'impose maintes fois, lorsqu'on parcourt l'intéressant travail de Quénu et Landel (5). Enfin, pour le sein lui-même, on a noté la fréquence de l'hérédité tuberculeuse chez les jeunes filles atteintes d'adénome. Nous avons donné plus haut le chiffre de 1/5. Il doit être au-dessous de la réalité. Car il s'agit habituellement, en pareil cas, de tuberculoses atténuées, peu virulentes, qui veulent être cherchées, et échappent souvent, par suite, à un examen pratiqué sans idée directrice.

Au point de vue du goitre, de l'adénome thyroïdien, même remarque est applicable. Contrairement à l'opinion de Virchow, qui, dans son Traité des Tumeurs, soutient l'antagonisme du goitre et de la tuberculose, nombre d'auteurs ont insisté sur la fréquence de leur association. Boyer (6), en 1821 écrivait : « La scrofule, que l'on ne doit pas confondre avec le goitre, comme on l'a fait jadis, en est, cependant, quelquefois la cause ou le principe. » Lepelletier, en termes, presque identiques, attirait l'attention sur le rôle spécial de la *diathèse écrouelleuse*, et Bazin, un peu plus tard, dans une leçon sur la scrofule, affirmait, qu'après avoir longtemps regardé le goitre comme une difformité sans signification pathologique, il avait depuis « presque constamment rencontré, sur les sujets atteints de goitre, beaucoup d'autres signes de la constitution écrouelleuse ».

Allant plus loin encore dans cet ordre d'idées, Humburger (7) explique cette fréquence du goitre chez les tuberculeux comme une réaction défensive de l'organisme. Sur 100 goitreux autopsiés, il trouve 19 tuberculeux avérés, 5 pleurétiques, et 2 malades atteints de laryngite chronique qui peuvent être suspectés de tuberculose. Un peu plus tard, Betz (8) (1873) pose encore, d'une autre façon, le même problème, en établissant, d'une manière formelle, la fréquence de leur coexistence.

Nous ne voulons pas davantage insister sur ces faits, on les trouvera réunis dans l'excellente thèse de notre élève Costa (1), qui a fait récemment le bilan de ce que l'on savait de la thyroïde des tuberculeux, et du goitre d'origine tuberculeuse, en appuyant ses conclusions de plusieurs observations inédites de la clinique. Nous avons voulu simplement, en les rappelant, montrer combien souvent on relève la tuberculose chez les malades porteurs d'adénome. Cette fréquence est telle qu'il est difficile de ne pas faire intervenir la tuberculose dans l'étiologie de pareilles tumeurs. Mais comment ? Nous avons déjà dit qu'il ne s'agissait pas là de tuberculose vraie des glandes, au sens classique du mot. Tout se passe en dehors de la granulation et de la cellule géante. La tuberculose, en pareil cas, agit comme irritation, en excitant les tissus à une anormale prolifération, procédant par poussées fluxionnaires, sans déterminer, au niveau des glandes, aucune lésion spécifique, aucune édification anatomique caractéristique de son action. Bref, il s'agit de *tuberculose inflammatoire*.

Certaines remarques cliniques, empruntées à la pathologie du sein, semblent, d'ailleurs, parfaitement caractériser ce processus. Elles permettent de le comprendre. En effet, à côté de la tuberculose mammaire, on décrit, habituellement, l'hypertrophie diffuse ou localisée du sein, chez les tuberculeux. En 1885, Leudet (2) avait attiré l'attention sur cette « mastite, banale, simple, purement inflammatoire », qu'il avait vue chez des bacillaires avancés, et dont, en 1886, il rapportait 6 observations. Depuis lors, des faits semblables, généralement admis, n'ont pas été étudiés à nouveau. On sait mal ce que donnent ultérieurement ces « mastites inflammatoires ». Dans une des observations de Leudet, au bout d'un mois et demi tout n'était pas disparu. Or, ce qui reste en pareil cas, ce sont des noyaux de mastite noueuse, qui peuvent ultérieurement avoir l'évolution banale de cette affection. Nous avons, pour notre part, observé trois fois ces mammites fluxionnaires des tuberculeux. Chez une de ces malades, dont la fluxion avait été plutôt subaiguë, et relativement peu douloureuse, il persistait, après plusieurs mois, une mammite noueuse bilatérale des plus typiques.

De telles observations indiquent bien la marche du processus que nous signalons. Toutefois, celui-ci est ordinairement peu bruyant, la poussée congestive et l'évolution scléreuse des noyaux glandulaires se produisent sans grand fracas. C'est insidieusement que l'adénome se développe, comme chez une de nos malades, vieille rhumatisante, tuberculeuse, qui a fait, en quelques mois, vers la cinquantaine un adénome du sein des plus caractérisés, évoluant lentement, avec une adénopathie douloureuse de l'aisselle. La tumeur enlevée était, macroscopiquement et histologiquement, le plus banal des adénomes kystiques. D'autre part, il n'est pas jusqu'à certaines particularités cliniques connues, de la mastite noueuse, qui ne cadrent avec cette étiologie. « La marche oscillante » de l'affection nous paraît correspondre assez bien à ce qu'on a imaginé des lésions à distance que font les tuberculeux.

Pareille réflexion s'applique à la maladie de Reclus : quand on voit certaines mamelles polykystiques rester presque stationnaires, pendant quinze ou vingt ans, quand on entend Reclus dire (3) qu'après en avoir observé près de 100 il n'a pas encore trouvé d'indication opératoire précise, on se prend à penser que seule une infection chronique, toujours agissante, peut actionner de pareilles lésions, dont la marche ne semble guère correspondre à une localisation streptococcique ou staphylococcique. Cette cause toujours agissante est, croyons-nous, dans un certain nombre de cas, la tuberculose. Aussi conclurions-nous volontiers, à propos de ces tumeurs :

(1) Voir sur ce sujet : Bérard. *Lyon Médical*, 11 janvier 1906.
(2) Terrillon. — *Progrès Médical*, 1880.
(3) Marfan. — *Thèse de Paris*, 1887 et *Traité de Médecine*, t. VII, p. 287.
(4) Delbet. — *Traité de chirurgie clinique*, t. VIII.
(5) Quenu et Landel. — *Revue de chirurgie*, 1899, p. 465.
(6) Boyer. — *Œuvres chirurgicales*, VII, p. 66, 1821.
(7) Hamburger. — Ein Beitrag zur Losung der Frage über das verhaltniss der Struma und Tuberculose.) *Vierteljahrschrift fur die praktische Heilkunde ;* 1852 et *Wien. med. Wochenschriftt.*)
(8) Betz. — Der symptomatische kropf der lungen Tuberculose. *Memorabilien Heilbr.*, 1873, XVIII, p. 554.

(1) Costa. — Tuberculose inflammatoire. Goitres d'origine tuberculeuse. *Thèse de Lyon*, 1905.
(2) Leudet. — *Congrès de Grenoble*, 1885 et *Archives générales de Méd.*, *1886*.
(3) Reclus. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 déc. 1905.

Il est toute une catégorie de tumeurs bénignes adénomateuses, d'origine inflammatoire, qui relèvent de la tuberculose. Cette infection engendre dans les glandes, non seulement de l'hypertrophie et de la sclérose, mais l'adénome typique avec toutes ses formes évolutives. Les unes et les autres sont, maintes fois, des produits réactionnels de l'infection tuberculeuse, des localisations de la tuberculose inflammatoire.

Une dernière remarque: ce qui est vrai pour le sein, pour le corps thyroïde, etc., l'est, au nom de la pathologie générale, pour tous les appareils glandulaires. L'hypothèse doit être généralisée. Aiguillées dans cette nouvelle direction, de nombreuses observations cliniques justifieront journellement une telle conception.

REVUE D'ÉLLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES

Rédacteur spécial :
M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

—

Electrothérapie clinique; par les Drs Laquerrière et Delherm (1 vol. in-8°, 280 p. avec planches. Préface du professeur d'Arsonval (Maloine, éd.).

L'électrothérapie et la radiothérapie sont d'abord entrées dans les mœurs des malades ; les médecins ont suivi, et ils se sont multipliés dans ces nouvelles branches de la thérapeutique médicale. Les livres n'ont pas manqué, mais tous se ressemblent, se répètent et généralement s'adressent plutôt aux spécialistes, c'est-à-dire à ceux qui n'en ont pas besoin.

D'autre part, les historiques des questions sont forcément incomplets et ne contentent personne, surtout les novateurs trop souvent oubliés, car leurs travaux parus avant l'heure n'ont pas porté. MM. Laquerrière et Delherm ne sont pas tombés dans les travers coutumiers : pas ou très peu d'historique, indiquant plutôt des méthodes que des personnes, des descriptions rapides d'appareils, des principes sommaires, enfin juste ce qu'il faut, mais tout ce qu'il faut, pour appliquer l'électrothérapie et la radiographie. Les sortes de livres répondant à ces desiderata sont très rares et ils ont cependant leur grande utilité ; ne vaut-il pas mieux que les médecins appliquent les méthodes même nouvelles au lieu de les laisser aux empiriques et aux illégaux. Il faut montrer que le reproche d'ignorance adressé par ceux-ci aux médecins, à propos des rayons X notamment, est des plus immérités, que nous savons suivre ou même faire naître le progrès. Il y a là une question sociale de vie et de mort pour notre corporation, car trop de profanes sont entrés et intronisés dans les hôpitaux, même parisiens, sous le voile de la photographie et de la radiographie et qui y sont mieux vus que les médecins. Eviter ces errements en mettant le corps médical à même d'apprendre, de savoir, de pratiquer ; montrer, comme dès 1890 je l'écrivais, que le praticien est apte à l'électrothérapie sans se spécialiser, tel est le service que les livres du genre de l'*Electrothérapie clinique* de MM. Laquerrière et Delherm — très rares d'ailleurs — veulent rendre et rendent en réalité.

Une partie physique, une partie physiologique et électrodiagnostique, et enfin les traitements, voilà le plan de cet ouvrage bien compris, et « je suis convaincu — avec le professeur d'Arsonval, qui le dit dans la préface — que ce petit livre rendra des services signalés tout aussi bien aux praticiens qu'à leurs clients ».

C'est maintenant **Radioscopie, radiographie, radiothérapie** ; du Dr L. Regnier, et **Technique précise de radiothérapie** ; du Dr Paul Vaudet.

Ces deux ouvrages font dater la radiothérapie postérieurement à la réalité. C'est en effet dès 1896, avec Despeignes, de Lyon, puis Séguy et Quénisset que les rayons X furent essayés avec succès — c'est-à-dire avec soulagement du malade — contre le cancer et que je créai le mot radiothérapie. Les deux auteurs, M. Vaudet (160 p., Leclerc éd.) et Regnier (220 p., Rousset, éd.) s'occupent tous deux de « technique précise », mais je déplore, non l'introduction des mesures de la posologie rœntgénique, mais l'assimilation de tous les malades entre eux. Comme les médicaments, les rayons X ont des doses variant avec les individus et l'on ne peut indiquer que des maxima et des minima, ce qui est déjà très important, mais ne peut être absolu. La médecine reste un art, un art qui se précise, se délimite mieux, soit, mais oscillera toujours entre de variables limites. Le professeur E. Gaucher dit dans la préface du livre du Dr Vaudet : « Le présent ouvrage, dans sa concision et dans sa précision, va satisfaire le lecteur sans prétention, qui, personnellement, vont pratiquer la radiothérapie ».

Pour M. Regnier, son but « est d'exposer sous une forme aussi claire et aussi concise que possible » les ressources des rayons X et les moyens de les mettre en œuvre pour voir, enregistrer et soigner ; et son domaine est plus vaste que le premier. Ces tentatives montrent le succès croissant de moyens nouveaux d'examen et de thérapeutique et, pionniers de la première heure, nous ne pouvons qu'y applaudir et aider à la diffusion d'efforts semblables aux nôtres et répondant au but cherché. Une conclusion uniforme qui en découle est que radiothérapie et chirurgie doivent le plus souvent se compléter et marcher en bon accord.

BIBLIOGRAPHIE

—

Les accidents du travail dans la marine marchande et la caisse de prévoyance ; par Ch. Vigné (8°, 1906, 94 pages, Doin.)

Dans une petite plaquette de 94 pages, notre confrère Ch. Vigné, médecin sanitaire maritime, nous expose en homme de métier qui juge les choses avec sa propre expérience les conditions défectueuses dans lesquelles sont mis les gens de mer par suite de l'application de la loi du 21 mars 1898, modifiée par celle du 16 décembre 1905. De ce travail, il ressort que le marin — la navigation à voiles n'existant pour ainsi dire plus — est placé à bord de paquebots — véritables villes flottantes — dans les mêmes conditions que les ouvriers terriens qui passent leur existence à l'usine. Vigné compare la loi de 1898 sur les accidents du travail avec celles de 1905 sur les gens de mer et demande pourquoi les marins sont si peu privilégiés alors que leurs conditions vitales sont semblables à celles des ouvriers terriens. En outre pourquoi les marins alimentent-ils eux-mêmes leur caisse de secours quand les terriens en sont dispensés ? Vigné agite également la question des délimitations qui peuvent exister entre l'accident et la maladie. Son travail se termine par un projet de loi qu'il serait fort désirable de voir reprendre par nos parlementaires, nos marins étant aussi intéressants que nos ouvriers d'usine ou des champs, le marin proprement dit ayant disparu pour faire place à *l'ouvrier maritime*, suivant l'expression de l'auteur. Dr Thébault.

Les blessures et les accidents du travail ; par M. P. Brouardel (1 vol. 8° 1906, J.-B. Baillère.)

La collection bibliographique publiée par le professeur P. Brouardel vient de s'enrichir d'un nouveau volume réunissant sous une même couverture les leçons qu'il a professées ces temps passés à la Faculté de médecine.

Le livre, qui se prête difficilement à l'analyse, reflète à chaque instant les préoccupations de l'auteur dont l'unique souci est d'éviter au praticien ces mille et un petits riens qui pourraient avoir pour conséquences de voir son rapport négligé par les juges qui ne le prennent pas en considération parce qu'il n'est pas fait dans la fo..orme si chère à Brid'oison. Avec son autorité accoutumée, le prof. Brouardel nous initie une fois de plus aux connaissances médico-légales des piqûres, des coupures, des brûlures, des asphyxies, des intoxications et profite de la circonstance pour faire une legère incursion dans le domaine des accidents du travail et des conséquences qui découlent de ceux-ci. Le travail se termine par des tableaux d'évaluations d'incapa-

cité empruntés à Georges Brouardel, le neveu de l'auteur, qui les a publiés pour la première fois en 1903.

Je croirais manquer à mon devoir si je n'adressais ici à M. le prof. Brouardel, qui m'a fait l'honneur de me citer deux fois, tous mes plus sincères remerciements.

Dr Thébault.

VARIA

Médecins experts.

Un décret en date du 10 avril 1906 fixe ainsi les conditions à remplir pour être médecin expert des tribunaux.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 21 novembre 1893 est modifié ainsi qu'il suit : « Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur des docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. Ils doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale ou être munis soit du diplôme de l'université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiatrie », soit d'un diplôme analogue créé par d'autres universités, par application des dispositions de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour les conseils des universités. »

La loi sur les falsifications alimentaires.

On vient de voter récemment une nouvelle loi condamnant à un emprisonnement de trois mois au moins à un an au plus ou d'une amende de 100 francs au moins, à 5000 frs. au plus, ou à l'une de ces deux peines, quiconque aura trompé ou essayé de tromper sur l'origine des marchandises lorsque cette origine, faussement attribuée devra être considérée comme la cause principale de la vente.

M. Daremberg, dans le *Journal des Débats*, s'élève avec raison contre cette loi dont la pénalité est très exagérée, et le public, les hygiénistes et les commerçants ont lieu de s'en plaindre. L'industrie des coupages faits avec de bons vins n'est nullement nuisible, et ce n'est pas une fraude de mélanger de bons vins du midi ou d'Algérie avec d'autres bons vins du Languedoc ou de la Gascogne pour en faire des bordeaux. Nos législateurs en ont pensé autrement et n'ont pas livré à toutes les rigueurs de la loi les fraudenrs qui vendent des vins plâtrés, soufrés, acidifiés ou alcalinisés qui causent la moitié des dyspepsies et discréditent le vin. Celui qui mouille le vin avec de l'eau irréprochable ne commet qu'une petite faute et doit être condamné moins durement que celui qui le mouille avec de l'eau impure et typhogène.

Toutefois, la loi actuelle double l'amende et la prison pour le fraudeur qui met en vente une falsification nuisible à la santé. Est-ce juste, demande M. Daremberg ? On peut sans nuire additionner le vin d'eau pure, puisque le vin est l'aliment inutile à la nutrition. Tandis que le lait est un l'aliment unique et indispensable des petits enfants. Si vous leur donnez du lait additionné d'eau pure, vous les condamnez à mort. Ces tueurs d'enfants devraient être passibles d'une pénalité spéciale bien supérieure à celle du marchand qui met de la margarine dans son beurre. Ce dernier peut être passible d'un an de prison et de 500 frs d'amende, tandis que le second qui tue des enfants en baptisant son lait est un assassin qui n'est passible au maximum que de deux ans de prison et dix mille francs d'amende.

La criminalité de ces derniers est nettement établie, ils savent d'après les avis qui leur sont donnés qu'ils commettent un crime en tuant des êtres dont l'existence tient à leur probité. A cet effet, je serais peut être encore plus dur que M. Daremberg et exigerais d'abord que tout débitant de lait mît bien en vue dans sa boutique un placard sur lequel seraient inscrits les mots suivants. Tout débitant qui additionne son lait d'eau ou d'autres produits sait qu'il se livre à l'assassinat et doit être passible des rigueurs du Code pénal.

Et cela ne serait qu'une mince consolation pour la sécurité du public, car il reste encore beaucoup à faire, à Paris même, au sujet des vacheries établies dans les rues et dans des locaux trop exigus. En province, cela est pis encore, c'est pourquoi si l'on veut, sans parler des améliorations hygiéniques à apporter aux étables et au matériel plus ou moins soigné des nourrisseurs et des cultivateurs, il faut commencer par frapper inexorablement les plus dangereux pour la puericulture, c'est-à dire les industriels, qui pour l'amour du gain envoient chaque année des milliers de bébés au cimetière. On a créé en France, le Mérite agricole, pour récompenser ceux qui honorent l'agriculture ; que ceux qui se servent de ses produits pour les rendre mortels à l'humanité soient les premiers atteints par la répression et s'ils arrivent à finir leur peine, en cas de grâce ou autrement, que la vente des produits servant à la nourriture leur soient à jamais interdits.

Albin Rousselet.

Le Mouvement des Etudiants à l'Université de Paris.

Nous puisons dans le rapport de M. Tannery sur l'Université de Paris les renseignements statistiques les plus propres à intéresser.

La faculté de droit, l'an dernier, a compté 6.086 étudiants inscrits, dont 231 étrangers. L'augmentation sur l'année précédente est considérable : 1.289. Les groupes étrangers les plus nombreux sont ceux des Roumains (81), des Egyptiens (68) et des Russes (2[illegible] hommes, 29 femmes). Un chiffre curieux est celui de la moyenne des ajournements : 26,5 0/0 pour les examens de licence ; 44,5 0/0 pour les examens de doctorat.

A la faculté de médecine, diminution de 93 unités : 3.482 étudiants. « Le doyen de la faculté, remarque le rapporteur, se réjouirait si cette diminution était plus forte. » Sur les 109 étudiantes étrangères, on compte 98 Russes.

Le nombre des étudiants est resté stationnaire à la faculté des sciences (1.610) ; il est en légère augmentation de 33 unités à la faculté des lettres (2.100). Dans ces deux facultés, c'est parmi les Russes que les étudiants étrangers se recrutent principalement.

A l'école de pharmacie, la disparition prochaine du diplôme de 2e classe a provoqué une nouvelle diminution. Le chiffre actuel est de 1.318 étudiants.

Au total, l'université de Paris, l'an dernier, comptait 14.462 étudiants, dont 1.638 étrangers. Les femmes sont au nombre de 968 ; les étrangères sont les plus nombreuses (513). L'enseignement est donné par 281 professeurs, agrégés, chargés de cours ou maîtres de conférences.

Le budget de l'université est considérable : près de 2 millions de francs (exactement 1.995.508 francs pour les recettes et 1.787.257 francs pour les dépenses effectuées ou engagées). « La situation financière est donc satisfaisante, conclut le rapporteur ; elle peut être modifiée dans l'avenir par la répercussion inconnue qu'aura la loi militaire sur le nombre des étudiants. » (*Le Petit Temps*.)

FORMULES

XXIV. — Contre la coqueluche

Véronal	} àâ	1 gr.
Antipyrine		
Sirop de cannelle		20 gr.

1 c. à café le matin à jeun, une avant le repas de midi, une 1/2 heure avant le coucher et une au lit.

(Muntz in *Thérap. Monatsch.*)

Les *Nouveaux remèdes*, qui citent cette formule, proposent de remplacer l'antipyrine par le pyramidon.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des congestions pulmonaires et des hémoptysies par l'Hélénine.

Introduite dans le sang, l'Hélénine de Korab exerce à un haut degré une action stimulante, accompagnée de diminution de la tension vasculaire et d'abaissement de la température, rigoureusement observée par les appareils du professeur Marey du Collège de France (communication à la *Société de Biologie*). La propriété, bien démontrée, que possède l'Hélénine de diminuer la tension vasculaire, fait d'elle un médicament précieux pour combattre les congestions pulmonaires et prévenir les hémoptysies.

De là résulte l'avantage incontestable de l'employer dans les phases d'ulcérations et même de cavernes, où la fonte des tissus fait craindre la rupture d'un vaisseau ayant pour cause la disproportion entre la tension vasculaire et la paroi sanguine amincie. L'Hélénine s'administre sous forme de globules du Dr de Korab à la dose de 2 à 4 par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 au samedi 17 mars 1906, les naissances ont été au nombre de 978, se décomposant ainsi : légitimes 711, illégitimes 267.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 984, savoir : 481 hommes et 503 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 25. - Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 5. — Choléra asiatique 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 199. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 77. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 17. — Pneumonie : 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 126. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1.— Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité sénile : 52. — Morts violentes : 25. — Suicides : 12. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

Médecin blessé par un aliéné. — Le docteur Thivet, médecin en chef du service des hommes à l'asile des aliénés de Clermont, passait la visite dans la section des malades tranquilles, lorsque soudain l'aliéné Boulogne, âgé de vingt-quatre ans, qui le suivait depuis quelques instants, le frappa en pleine figure avec un tesson de bouteille qu'il avait dissimulé sous sa blouse et le blessa grièvement au-dessous de l'œil droit ; il a dû s'aliter. Le surveillant Bazelaire, ayant voulu s'interposer, fut frappé à son tour à la nuque et grièvement blessé lui aussi. Enfin le gardien Ildis reçut diverses blessures sans gravité. L'aliéné s'était muni de poivre en poudre qu'il avait jeté à la face du médecin et du surveillant.

Nos souhaits les plus sincères pour le prompt rétablissement des deux blessés.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* — Le lundi 6 août 1906, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Epreuves du Concours. — 1. Question d'anatomie et question de

physiologie : Ces deux questions sont orales, après un temps de préparation à huis-clos et sans livres, qui est déterminé par le jury. Il est attribué pour cette épreuve un maximum de 20 points. — 2. Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte : Cette question est écrite, les candidats ont quatre heures pour la traiter à huis-clos et sans livres. Il est attribué pour cette épreuve un maximum de 30 points. — 3. Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats : l'examen clinique des trois malades dure trois quarts d'heure au plus. Le compte-rendu des deux premiers malades se fait oralement après un temps de réflexion fixé par le jury, celui du troisième fait l'objet d'une composition écrite pour la rédaction de laquelle il sera accordé une heure. Il est attribué pour l'épreuve de clinique 30 points. — 4. Résultat de l'examen des titres : Il est attribué un maximum de 5 points pour cette épreuve. Le maximum des points pour le concours entier est de 85 points.

Amphithéatre d'anatomie. — *Conférences et travaux pratiques de bactériologie.* — Sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une série de conférences de bactériologie, faite par M. le Docteur Macaigne, chef du Laboratoire, commencera le 1er mai 1906. Le cours est ouvert à tous les médecins et étudiants en médecine moyennant un droit de 60 francs. Il est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le cours sera complet en 20 leçons. Le nombre des places est limité. Se faire inscrire à l'Amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Enseignement libre.

Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts (au siège de l'Institut psycho-physiologique). — Cours de psychologie appliquée et de psychothérapie. — M. le Dr Bérillon, professeur à l'Ecole de physiologie, commencera ce cours le mardi 8 mai, à cinq heures (Salle des Conférences de l'Ecole, 49, rue Saint-André-des-Arts) et le continuera les Mardis et Jeudis, à cinq heures. Sujet du cours : Applications de l'hypnotisme à la psychologie, à la thérapeutique, et à la pédagogie des enfants vicieux ou anormaux. — La leçon d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de Médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AU BUREAU DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des Carmes.

Séguin (Edouard). — **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés** dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles muets, non sourds, bègues, etc. Préface par Bourneville. 1 vol. In-8 de 534 pages avec un portrait de l'auteur. Prix 10
Pour nos abonnés 8

Bourneville. — Traitement médico-pédagogique des idioties les plus graves. In-8° de 32 pages. Prix 1
Pour nos abonnés. Prix 0.75

Bourneville. — Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral. In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés franco) 0.50

Pailhas (B.). — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905, suivi de la discussion complète. 1 vol. In-8° de 154 pages. Prix : Pour nos abonnés (franco) 1.50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

...ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. No 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 28 AVRIL 1906

Le Progrès Médical

SYPHILIGRAPHIE

Un cas d'éruption syphilitique sur des chéloïdes :

Par le Dr Loucas **LÉFAS**
Ancien interne des hôpitaux d'Athènes.

Sous ce terme, nous allons relater un cas de syphilis, ... nous avons eu l'occasion d'observer, et qui a eu ... particularité de se manifester presqu'exclusivement ... des chéloïdes.

...SERVATION. — Notre malade, L. M., âgé de 26 ans, étudiant ... droit, portait sur le front une vaste cicatrice chéloïde for... après un traumatisme reçu quatre ans auparavant ; à côté ... celle-ci, dans la région temporale droite du visage une ...lle cicatrice se montrait, qui dans ce dernier temps com...çait à se transformer en chéloïde de bien moindres dimen...s que la précédente : il avait de même une autre chéloïde ... une plaie produite par un coup de couteau, reçu dans la ... postérieure du bras droit à 0,04 cm. au-dessus de l'olé...ne. De plus, il souffrait très souvent de la fièvre paludéenne, ...out en été, et il avait l'habitude de boire des boissons al...ques variées, du vin, de la bière, etc., à ce point que mal... ...n jeune âge on pouvait le considérer comme un alcoo...que. Trois ans auparavant il avait contracté une blennor...agie devenue depuis chronique, accompagnée de végéta... ...en un mot c'était un homme d'une vie irrégulière, dé... ... Aucun antécédent héréditaire à noter. Il y a trois mois, ...ntracté une ulcération dure sur le prépuce, que nous ... traitée comme syphilitique et qui a guéri. Mais la tumé...ion des ganglions du voisinage et de ceux plus éloignés, ...sont pris à leur tour, a persisté. Le mode de propagation ... l'évolution de la tuméfaction ganglionnaire et la préexis...ce de l'ulcère sur la verge ne nous permettent pas de son... à autre chose qu'à la syphilis, et, nous attendons patiem...t une manifestation secondaire. Trois mois après ce début, ...le se présente à nous pour nous consulter au sujet ... accès de fièvre paludéenne intermittente, dont il souffre ... quelques jours. Le type de la fièvre est classique, ap...ssant brusquement, chaque après-midi, par un frisson ... de fièvre (39°-40°) et se dissipant vers minuit par une ...e accompagnée de sueurs profuses et d'augmentation des ...

...us examinons le malade, nous constatons la fièvre inter...tente avec augmentation du volume de la rate, mais en ... temps, nous observons que le foie est aussi fortement ...menté et que les chéloïdes présentent une rougeur mani...e, contrastant avec la pâleur de la peau avoisinante et avec la couleur qu'elles présentaient auparavant. Nous n'avons pas osé conclure à ce moment que c'était la syphilis qui venait éclore dans cette région, d'une façon si extraordinaire. Nous songeâmes à faire l'examen du sang et de l'urine. En effet, nous aperçûmes que l'urine était fortement colorée par hématolyse et qu'elle était chargée de substances azotées sans aucun autre élément pathologique ; tandis que d'autre part, dans le sang, nous retrouvons les hématozoaires de Laveran en pleine évolution, et les globules rouges très pauvres en hémoglobine : la valeur hémoglobique à peine arrivait à 22 ; il y avait de plus une augmentation des globules blancs très marquée (22 pour 100). Le nombre des globules rouges ne dépassait pas en moyenne 4.000.000. Il était évident qu'il s'agissait de la malaria qui exerçait son action dans le foie et dans la rate aussi bien que dans les chéloïdes, dont nous avons parlé plus haut. Mais la chose n'était pas si simple. A l'aide de la quinine, la fièvre disparaît, le foie et la rate reviennent peu à peu à leur état normal quelques jours après, tandis qu'au contraire la rougeur des chéloïdes augmente d'intensité de plus en plus. Bientôt il s'y forme une exulcération atone et en même temps, trois jours après que la fièvre avait disparu, nous aperçûmes une certaine quantité de papules apparaître sous la forme de la roséole syphilitique, sur la poitrine, l'abdomen et les fesses. C'était la syphilis qui, restée latente jusque-là, se réveillait à cause de l'irritation due à la fièvre, et éclatait sous une forme intéressante caractérisée par la rareté des papules sur les autres régions du corps, et sa concentration sur les chéloïdes.

Les exulcérations des chéloïdes du front et de la tempe s'étendent de proche en proche, en sorte qu'elles se confondent en une plaque très étendue occupant toute la région du front et de la tempe, et se couvrent d'une croûte cireuse, très grasse et très épaisse. Celle du bras est étendue à toute la partie postérieure de l'olécrâne jusqu'au milieu du bras sans atteindre la face antérieure.

Dans ce cas, la quinine ne pouvait être incriminée comme étant la cause qui a provoqué cette éruption, ni par son caractère et parce que l'individu était bien habitué à supporter la quinine, même à doses et en quantité supérieure. Par conséquent, c'était autre chose, et nous devions songer à la syphilis.

TRAITEMENT. — Etant donné ces raisons et la préexistence du chancre, nous avons cru devoir prescrire le traitement spécifique du biiodure de mercure par piqûres, en injectant avec prudence six milligrammes de mercure par jour. Nous avons commencé le cinquième jour après la présence de l'éruption et la disparition de la fièvre, alors que l'exulcération était bien développée avec une tendance manifestement progressive. Après la cinquième injection, tout était réduit, de

sorte que l'exanthème avait disparu rapidement et complètement, la croûte est devenue dure et commença à se détacher. Après la dixième injection, la vaste croûte était tombée tout entière, et la plaie se guérissait en laissant à sa place, au lieu de la rougeur, une pigmentation mélanique foncée. Nous avons fait en tout 20 injections alors que toute trace de l'ulcération est dissipée : la pigmentation s'est effacée et le malade est parti tout à fait rétabli sans vouloir continuer le traitement spécifique réglé. Nous eûmes l'occasion de le revoir neuf mois après sans qu'il se soit plaint d'aucune modification de sa santé.

Diagnostic. Conclusions.— De tout ce qui précède résulte que c'était une localisation bizarre de la syphilis cantonnée surtout, par prédilection, pour ainsi dire, sur les chéloïdes. Mais la syphilis s'est-elle manifestée à l'occasion de la fièvre paludéenne, ou bien était-ce une simple coïncidence ? Peu importe, quoi qu'il serait intéressant d'établir la cause. Nous savons d'après les expériences et les observations du professeur Verneuil (*Encyclopédie internationale de Chirurgie*, Paris, 1883, t. I, p. 133) que dans certains cas les traumatismes déterminent des manifestations locales de la syphilis et que les maladies exanthématiques ont une prédilection sur les petites plaies, comme les fissures et les scarifications. D'autre part, M. Hallopeau (H. Hallopeau. *Pathologie générale*, Paris, 1893, p. 28) a vu, chez des malades atteints d'une syphilis grave en pleine évolution secondaire, des plaies contuses placées dans de mauvaises conditions (par exemple un bec-de-lièvre traumatique) se réunir par première intention.

Nous pouvons donc considérer les chéloïdes comme des blessures ou des plaies cicatrisées mais non guéries, et par conséquent comme présentant une irritation spéciale faisant appel aux manifestations des maladies exanthématiques, particulièrement à la syphilis, locales comme dans notre exemple.

REVUE DE CHIRURGIE BIOLOGIQUE

De l'appendicectomie préventive ;

EN CAS D'APPENDICE SAIN (*Suite.*)

Par le Dr M. **TOUZÉ.**

III. — Utilité de l'appendicectomie préventive. — De ce qu'un viscère est inutile, il ne s'en suit nullement que son ablation s'impose parce qu'inutile. Voyons donc maintenant si cette exérèse est utile. Or, un cas bien frappant vraiment typique suffit à fixer de suite le jugement à cet égard : Giordano (1) pratique chez une jeune fillette de 10 ans une entéro-anastomose iléo-rectale pour accidents de rétention dus à une dilatation congénitale du colon. Il laisse en place l'appendice sain. Les suites sont excellentes, mais quinze mois plus tard, une appendicite se déclare, qui heureusement, se termina par résolution. Et l'auteur se reproche de n'avoir point excisé le vermium, lors de l'opération sur l'intestin: il est clair que dans l'espèce l'appendicectomie préventive, manœuvre supplémentaire, n'eût en rien aggravé l'intervention principale. Voici d'autres cas similaires auxquels j'attache une grosse importance à l'appui de ma thèse : au cours d'une herniotomie crurale, on rencontre et on refoule l'appendice sain. Trois jours après, accidents abdominaux. On retrouve le même appendice cette fo[is] étranglé dans une hernie inguinale latente (1). — [...] femme de 37 ans subit l'hystérectomie abdominale su[...] totale pour salpingite. L'appendice examiné et trou[vé] normal est laissé en place. Dix jours plus tard périton[ite] mortelle due à une appendicite perforante (2). — Une jeune femme de santé florissante est opérée d'hy[s]térectomie abdominale pour fibrome. Six mois ap[rès] elle succombe à une péritonite appendiculaire (3). — [Un] malade est opéré pour une affection du foie. Il rent[re] quelque temps après se faire opérer d'une appendicite (4). Sans parler d'autres cas plus nombreux ou l'appe[n]dice était déjà chroniquement enflammé lorsqu'on i[n]tervint pour fibrome, pour cholécystite, etc., etc., et où [le] foyer se réveilla plus tard, donnant lieu à une appen[di]cite bruyante ou à des douleurs iliaques persistant[es] pour lesquelles il fallut pratiquer une opération ité[ra]tive destinée à supprimer l'appendice (5).

(1) Giordano. — Traitement chirurgical de la colonectasie : *Archives internationales de Chirurgie*, 1903, et *Semaine médicale* n° 371, 1904.

Le but utile poursuivi par Longuet en recommand[ant] l'exérèse du vermium sain est donc d'ordre *préven[tif]*. C'est une précaution, une mesure de prudence. S[ans] doute, l'appendicectomie est toujours une opération p[ré]ventive. Si l'on supprime l'organe diverticulaire au [dé]but d'une crise aiguë, ou bien après refroidissement [de] cette crise, c'est précisément pour aller au-devant [de] graves complications. Mais dans ces éventualités, l'e[xé]rèse ne présente pas au même degré un caractère [...] franchement, aussi purement préventif que dans l'hyp[o]thèse d'un appendice absolument sain. Ici la préc[au]tion n'est nullement commandée, mais facultative.

IV. — Indications et contre-indications. — [La] systématisation de l'appendicectomie chez tous les [su]jets étant, une fois de plus, nettement rejetée com[me] un abus manifeste, il me reste à préciser dans quel[les] circonstances cette méthode de précaution trouve [ses] indications, d'après Longuet.

Tout d'abord, elle est indiquée sans restriction [dans] les *cures radicales de hernie*, lorsque le vermium [est] labe partiellement ou totalement; quelle que soit la [va]riété de cette appendicocèle inguinale, crurale, om[bi]licale. Nous avons précisément rapporté une obser[va]tion de hernie inguinale, et une autre de hernie c[ru]rale du vermium, toutes deux traitées par appendic[ec]tomie. Il semble, en effet, bien acquis que l'appen[dice] hernié est plus particulièrement prédisposé à l'infla[m]mation ultérieure, à l'étranglement et à la gan[grène]. Mais n'en serait-t-il pas ainsi que l'exérèse de l'[...] sain n'en est pas moins rationnelle ; contrairement [à] l'opinion de A. Brieger (6), de Bidwell (7), de Langton [(8)] qui préfèrent la réduction à l'excision. Bien [...] dans toute herniotomie droite, Longuet cherche [sys]tématiquement à attirer le vermium, alors même [qu'il] n'est pas hernié, pour l'enlever par la même occa[sion]. L'indication semble non moins licite dans toutes [les] *cœliotomies abdominales*, pour fibrome, pour sa[lpin]gite, rétroflexion chaque fois qu'on pourra enlever [l'ap]pendice sans augmenter notablement la durée d[e ...]

(1) Observation prise dans les *bulletins de la Société an[...]* Janvier 1900.

(2) Observation empruntée à la thèse de Pujos.

(3) Observation empruntée à la thèse de Pujos.

(4) Observation prise dans la *Semaine médicale* : n° II, 1[...]

(5) Observations de Czerny, Riedel, Kennedy, Riche[...]goux, Lejars, Walther, rapportées dans la thèse de Pujo[s].

(6) Brieger (A.). — Hernie de l'appendice : *Archiv für Chirurgie*. XLV, 4, 1893.

(7) Bidwel. — *Clinical society of London* : séance du 14 [...]

(8) Langton — Même indication.

pération. — On a lu plus haut la relation d'un cas personnel dans lequel l'appendicectomie fut faite au cours d'une cœliotomie pour constipation invétérée, comme complément d'une colonopexie. Et bien que n'en connaissant pas encore d'exemple, Longuet la conseille dans certaines interventions sur les voies biliaires, par exemple comme complément d'une cholécystectomie.

Enfin étendant le domaine des indications, notre maître n'a pas craint d'agir ainsi comme temps préliminaire d'une *néphrorraphie pour néphroptose*. Ici pourtant la technique est plus complexe, en ce sens qu'on exécute en réalité deux opérations distinctes dans la même séance ; par deux incisions différentes, l'une abdominale, l'autre lombaire, réclamant chacune une fermeture individuelle ; ce qui est assez long. Il convient naturellement de commencer par l'acte abdominal, afin d'être dans les meilleures conditions de sécurité au point de vue de la stérilisation des mains et du matériel instrumental. Mais à la prochaine intervention de ce genre, il tentera l'ablation de l'appendice par l'incision lombaire prolongée, ce qui simplifiera peut-être notablement la technique ou encore il fera la fixation du rein à l'abdomen, après ablation du vermium par la même voie. *A priori* l'appendicectomie complémentaire d'une néphrorraphie paraît un peu osée. Cependant il semble démontré que la néphroptose prédispose un jour ou l'autre à l'appendicite. Ainsi Edebohls (1) admet cette complication dans 60 pour 100 des cas. Et pour lui la chute du rein mène presque fatalement à l'appendicite chronique. Admettons qu'il y ait quelque exagération dans sa manière de voir, il n'en reste pas moins que la filiation existe, et qu'elle doit être prise en sérieuse considération. Pour Longuet, il y aura peut-être encore indication en cas d'*appendicite familiale* quand l'existence de cette prédisposition héréditaire sera nettement démontrée.

Tel est le chapitre provisoire que nous ouvrons dès maintenant au sujet des indications, avec l'espoir qu'il s'élargira bientôt. En face des indications, une place doit être réservée aux contre-indications. Ainsi l'on doit s'abstenir de l'appendicectomie quand l'acte opératoire principal est d'une certaine durée. Voici maintenant une autre contre-indication signalée par Picqué (2), à laquelle nous souscrivons pleinement pour notre part. « L'opération peut être nuisible, dit-il, chez les obsédés, les hypochondriaques, qui toute leur vie souffrent du ventre et que des interventions chirurgicales parfois multiples non seulement ne guérissent pas, mais encore peuvent faire verser dans la démence. »

V. Enquête Zoologique. — Nous souvenant de cette parole de Buffon : « Sans les animaux, la nature de l'homme serait encore plus incompréhensible », nous avons voulu nous éclairer par une enquête zoologique sur la signification de l'appendice. Or cet organe se rencontre rarement chez les animaux, et seulement chez les mammifères (quelques marsupiaux, léporides, singes anthropoïdes). Nos interventions n'ont pu être faites que sur les lapins (3). Leur état de santé et de croissance n'a point été influencé défavorablement par la suppression d'un organe qui atteint cependant chez eux des dimensions relativement considérables. Pour donner une description aussi exacte que possible de l'appendice du lapin, nous ne saurions mieux faire que de citer M. le professeur Roger (1). « Le cæcum constitue un vaste réservoir dont la capacité est environ « dix fois supérieure à celle de l'estomac ; il mesure « 45 à 50 centimètres de long sur 4 centimètres de diamètre à sa partie la plus large. On ne doit pas le faire « commencer au niveau de l'embouchure de l'intestin « grêle, car il se continue avec des caractères particuliers sur une longueur de 3 ou 4 centimètres avant d'aborder au côlon ascendant ; les parois du cæcum sont « molles, flasques, minces, largement bosselées et de « coloration verte... La limite entre le cæcum et l'appendice est nettement tranchée, car si le cæcum se « rétrécit rapidement pour se continuer à plein canal « avec l'appendice, les deux intestins présentent un aspect tout à fait dissemblable. Au lieu d'avoir comme « le cæcum une paroi molle, bosselée, verte, l'appendice « est pourvu d'une paroi épaisse sa surface est comme « granitée, et d'une coloration blanc rosé... Il mesure « 8 à 11 cm. de long, 1 centim. de diamètre uniforme. « En l'ouvrant et le débarrassant des matières verdâtres « sa surface interne apparaît blanche, parcourue de « sillons longitudinaux (plissement de la muqueuse). « Celle-ci est granitée (follicules clos agminés). La face « interne de l'appendice diffère totalement de celle du « cæcum. (Ici valvules conniventes, aspect verdâtre, « mobilité sur les autres couches. (Ainsi, bien que le « cæcum et l'appendice se continuent à plein canal, il « y a entre ces deux portions d'intestin des différences « très nettes également appréciables sur la face interne « et sur la face externe. » Nous sommes également d'avis qu'un tel organe est facile à distinguer du reste de l'intestin à première vue. L'opération pourtant nous a semblé difficile, car l'appendice étant, chez le lapin, profondément situé, on doit, pour le trouver, écarter un gros paquet intestinal et surtout cæcal qui bombe et fait hernie dès l'ouverture du ventre.

La muqueuse de l'appendice diffère beaucoup de la muqueuse cæcale : celle-ci est remplacée par une bande épaisse de follicules clos qui refoule et réduit la *muscularis mucosæ* au point qu'elle n'est souvent représentée que par quelques cellules musculaires disséminées (Roger). Ne nous semble-t-il pas que, contrairement à la thèse que nous soutenons, un organe si bien différencié doive avoir une fonction spéciale bien déterminée. Voici pourtant ce que dit à ce sujet M. le professeur Roger : « En dehors du rôle phagocytaire des « follicules clos, le rôle de la sécrétion appendiculaire « qui n'a aucune action bactéricide, semble être purement mécanique et servir à balayer l'appendice et empêcher l'accumulation des toxines. Ce liquide ne « semble pas non plus jouer un grand rôle dans la digestion et malgré la richesse de l'apprendice en vaisseaux sanguins et le développement de son appareil « lymphatique, l'absorption n'y est pas très active. » Nous sommes loin d'une glande à sécrétion interne, et il n'est pas étonnant que nos lapins privés de ce petit bout d'intestin continuent à se bien porter. Mais il n'était pas seulement intéressant pour nous de rechercher les quelques animaux pourvus d'un appendice vermiforme et ce qu'il advient de tel d'entre eux si on le lui enlève ce diverticule que nous supposons et croyons

(1) Edebohls. — Wanderniere und appendicitis. *Centralblatt für Gynäkologie* 8 octobre 1898.
(2) Picqué. — Appendicectomie pour appendicalgie : *Bulletins de la Société de chirurgie*. 1904.
(3) Nous n'avons pas eu à notre disposition des animaux aussi rares et aussi difficiles à se procurer que les grands singes et les marsupiaux... [illegible]

1. Roger et Josué. — L'appendicite expérimentale. *Revue de médecine*. juin 1896.

fermement être un organe en voie d'atrophie. Il fallait se demander quelle en est l'origine, ce qu'il peut être et d'où il vient. Il est une définition bien simple, mais juste : « L'appendice est la partie terminale rétrécie du cæcum. » Naïve, cette définition démontrée littéralement exacte, viendrait à l'appui de notre thèse. En effet, un organe devenu inutile peut disparaître, mais progressivement et nous retrouverons toutes les formes intermédiaires. Ne serait-ce pas le rôle du cæcum et de l'appendice, le premier s'atrophiant, se rétrécissant parce qu'inutile ou devenant moins utile chez quelques espèces où il est d'aspect vermiculaire. D'autre part, embryologiquement l'appendice s'implante sur le sommet de l'ampoule cæcale, a d'abord le même diamètre qu'elle. Or, ce fait est intéressant, si l'on se rappelle le principe de Fritz-Müller sur l'identité de la philogénie et de l'ontogénie. « L'embryogénie d'un animal n'est que la répétition abrégée des phases qu'a traversées son espèce dans la s ite des temps pour arriver a sa forme actuelle. » Certes la forme et la structure de l'appendice du lapin diffèrent beaucoup de celles du cæcum, mais en somme l'histologie démontre des différences de quantité plutôt que de nature.

Nos recherches ont été limitées aux *vertébrés*, sans remonter jusqu'aux vers et aux tuniciers, ces ancêtres de l'homme (Haeckel) dont le tube digestif se complique déjà. Passons rapidement sur la première classe des vertébrés, les *poissons*. Leur tube digestif n'a que des rapports très-éloignés avec celui de l'homme et des mammifères. Sans doute la longueur de l'intestin varie avec le régime, mais ici pas de différenciation bien nette entre ses parties. Des appendices parfois très nombreux dits cæcum, s'abouchent au niveau de l'estomac et du pylore. Leur rôle est peu connu. Ils ne sont guère comparables au cæcum des oiseaux ou des mammifères. Toutefois leur présence paraît exclusive du *repli helicoïdal* parcourant l'intestin des poissons cartilagineux, destiné lui-même à augmenter la surface d'absorption. — Chez les batraciens et surtout les reptiles, l'intestin se différencie nettement en deux parties. L'intestin grêle, généralement court en raison des proies vivantes dont se nourrissent le plus souvent ces animaux, est particulièrement long chez les tortues phytophages. Enfin assez souvent l'origine du gros intestin est marquée par une valvule ou par un cæcum très rare chez les ophidiens, mais assez fréquent chez les sauriens et les chalcidiens. Jusqu'ici le cæcum n'a qu'une bien faible importance. Mais nous voici à l'avant-dernière classe des vertébrés. Le cæcum des *oiseaux*, bien que double et situé à la partie terminale de l'intestin, est comparable à celui des mammifères et présente des variations de grandeur qui ne manquent pas de nous intéresser et de nous fournir des arguments en faveur de notre thèse : très développés chez les *oiseaux* végétariens, nous voyons les cæcums devenir rudimentaires ou manquer complètement chez les oiseaux piscivores et carnivores. Tandis que les dindons, tétras, perdrix, faisans ont des cæcums toujours parfaitement développés : ceux des chevaliers, ibis, hérons, (dont le régime se compose de larves, insectes, poissons, reptiles), sont très réduits. Et nous ne manquerons pas de dire que les cæcums rudimentaires des oiseaux rappellent l'appendice vermiforme humain. Le régime carné a fait de ce cul-de-sac devenu inutile, dit M. Maumus (1), un organe où les villosités n'existent plus, où les glandes peu nombreuses

(1) Maumus. — Thèse de la Faculté des Sciences, 1902.

ont fait place à des follicules clos qui constituen[t l'or]gane. Dira-t-on que, chez les oiseaux piscivores, de[s or]ganes spéciaux sont venus remplacer les cæcum[s ab]sents ; ou bien qu'au lieu d'organes normalemen[t dé]veloppés et jadis utiles, on ne trouve plus que [des] appendices rudimentaires témoins de la régr[ession] d'une partie de l'intestin que le régime a rendu [inu]tile ? Sans doute, on peut encore choisir entre ces [deux] manières de voir et l'état de la science ne perme[t pas] encore de trancher la question, mais les observ[ations] nous semblent bien en faveur de la seconde opini[on qui] est la nôtre et que nous appliquons à l'appendic[e hu]main. — Chez les mammifères les moins élevés [en or]ganisation, les *marsupiaux*, qui, par la diversité d[e leurs for]mes constituent une série parallèle à la série des [mam]mifères placentaires, le cæcum varie beaucoup. [Aussi] nous ne sommes point étonnés de trouver chez l'un [d'eux] un appendice vermiforme.

En somme, ces variations sont en corrélation p[arfaite] avec le régime. Long chez les herbivores et les fr[ugivo]res (kanguroo, phalanger, etc.), le cæcum di[minue] chez les insectivores (peramèle) ; il possède c[hez le] phascolome, (marsupial rongeur), un diverticule a[ppen]diculaire et manque totalement chez le dasyu[re ex]clusivement carnivore. Chez les *édentés*, le c[æcum] manque presque toujours comme chez tous les i[nsecti]vores et les chéiroptères. Il est très réduit et parfo[is ab]sent chez les *carnivores* et les pinnipèdes, tandi[s qu'il] acquiert un développement considérable dans l[a plupart] des *rongeurs* et surtout chez les rongeurs herbi[vores.] Les loirs, qui appartiennent à cet ordre, en so[nt dé]pourvus. Ce sont des frugivores, mais ajoutant [à leur] régime, des œufs, des insectes, des oiseaux. Ch[ez les] *perissodactyles*, les porcins, les ruminants, les pro[boscid]iens (tous herbivores), le cæcum est constant et [énorme] (principalement chez le cheval). La masse alim[entaire] si considérable qui constitue la ration de ces an[imaux] subit dans ce cul-de-sac d'une contenance de 50 [litres] ses dernières métamorphoses, tandis qu'elles sont [ache]vées ou à peu près dans le grêle des carnassier[s. Le] rôle du cæcum est ici tel qu'on l'a comparé à u[n deu]xième estomac. Le daman (hyracoïde herbivore [a un] cæcum impair considérable, et deux autres [cæcums] accessoires à la naissance du rectum. Absents c[hez les] cétacés carnivores, le cæcum est volumineux ch[ez les] dugonds, les lamantins (ruminants adaptés à [la vie] aquatique). Enfin, tandis qu'il est bien développ[é chez] les lemuriens et les singes phytophages, nous le v[oyons] présenter les plus grandes analogies avec celui de [l'hom]me chez les singes anthropoïdes, possesseurs d['un ap]pendice vermiforme avec possibilité d'appendic[ite (1).]

En résumé, le cæcum est un organe qui, au co[urs de] l'évolution, et selon les régimes, subit des var[iations] nombreuses et considérables. Or, de même q[u'il existe] des espèces intermédiaires qui permettent d[e passer] dans la classification zoologique d'une famill[e à une] autre, d'un ordre à un ordre plus élevé, n'y aura[it-il pas] quelque analogie entre ces êtres qui se sont p[lacés] entre deux séries bien déterminées et ce divert[icule in]testinal témoin des phases par lesquelles a p[assé le] cæcum ? Il est des intermédiaires qui ont dispa[ru, il en] est qui ont subsisté sans doute, par ce que les c[onditions] vitales n'ont pas encore condamné ces derniers. [Il y a des] espèces dont le cæcum a disparu sans laisser d[e traces,] chez d'autres une partie est devenue vermiform[e.]

(1) Weinberg. Appendicite chez le Chimpanzé. *Annales [de l'Ins]titut Pasteur*. 1904.

quoi? Probablement parce que le temps a manqué à la disparition totale de cette partie désormais inutile, peut-être parce que le régime des espèces chez lesquelles on l'observe n'est pas encore définitivement fixé. Car, nous nous empressons de le dire, nous ne soutenons pas que, chez les animaux où il présente encore un certain volume, l'appendice soit nul physiologiquement et d'une manière absolue, nous disons que c'est une partie d'organe en voie de disparition et dont le rôle diminue et diminuera sans cesse à mesure que le régime le rendra inutile. Il y a certainement des expériences intéressantes à faire en particulier au point de vue de l'appendicectomie familiale et des régimes, qui peut-être, hâteraient dans une certaine mesure l'œuvre de la nature.

Conclusions. — I. A côté de *l'appendicectomie tardive* « à froid » pour appendicite chronique (méthode de Trèves, 1888) ; à côté de *l'appendicectomie précoce* « à chaud » pour appendicite aiguë (méthode de Kummel 1890) ; il y a place aussi pour *l'appendicectomie préventive* en cas d'appendice sain (méthode de Longuet 1897). L'ablation systématique du vermium chez tout sujet sain, quel qu'il soit, est un acte exagéré, qui ouvre la porte aux abus. Toutefois cette conduite est parfois recommandable au sens où elle est ici préconisée, c'est-à-dire comme complément d'une opération, en particulier d'une intervention laparotomique ou para-laparotomique.

II. Elle est, en effet, d'une *innocuité clinique* et opératoire démontrées par un nombre de cas déjà suffisant.

III. Elle est d'une parfaite *innocuité biologique*. A l'opinion de Mac Ewen qui défend l'appendicectomie préventive parce que le vermium possède une fonction digestive doublée d'une fonction générale eutrophique, j'oppose la conception de Longuet pour qui l'appendicectomie préventive est permise. L'appendice n'a qu'un rôle biologique effacé, c'est un organe en voie d'involution atrophique démontrée par de multiples stigmates macroscopiques et microscopiques de dégénérescence fibroïdale, assimilable par suite au diverticule de Meckel.

IV. Elle est *utile* parce que préventive ; elle va sans le moindre risque, au-devant de complications inflammatoires toujours possibles qui, si elles surviennent, nécessitent une opération itérative évitable par l'exérèse pratiquée lors de la première intervention laparotomique ou paralaparotomique.

V. Elle est *indiquée* d'après Longuet, comme complément des *cures radicales* de hernie dans lesquelles on trouve l'appendice hernié ou même non hernié — dans les *cœliotomies* abdominales pour lésions pelviennes (fibrome, annexite), pour affection digestive (constipation invétérée), pour affection hépatique (cholécystite) et peut être chez les familles appendiculaires par prédisposition — dans les *néphrorraphies* pour néphroptose. Elle est *contre-indiquée* quand elle doit prolonger une intervention déjà trop longue par elle-même — ou bien encore s'il s'agit (Picqué) de malades obsédés, hypochondriaques, prédisposés à la démence.

VI. L'étude zoologique à laquelle nous nous sommes livré personnellement confirme le bien fondé de cette manière de voir. L'appendice n'est que *la partie terminale du cæcum, atrophiée, et en voie de régression* ; segment dont le rôle physiologique est d'importance minime et négligeable, tout au moins chez l'homme.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Un Ministère du travail, de l'hygiène et de l'Assistance publiques.

Le Dr Jules Félix, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles, a depuis longtemps proposé la création, dans tous les pays du monde, d'un Ministère du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance publiques. C'est une excellente campagne qu'il a entreprise et que nous ne saurions trop encourager.

Nous avons bien souvent réclamé, en France, et nombre de collaborateurs du *Progrès médical* et d'autres journaux de médecine en ont fait autant, la création d'un Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance publiques, et rien jusqu'ici n'a été fait dans ce sens. On a créé en 1889, longtemps après le Comité consultatif d'hygiène de France, au Ministère de l'Intérieur, un Conseil supérieur d'Assistance publique de France ; on aurait pu, dès cette époque, au lieu d'une direction dépendant du Ministère de l'Intérieur, créer un nouveau ministère, absolument autonome, car il n'est pas que le Ministère de l'Intérieur qui doit s'occuper de l'hygiène et de l'Assistance, tous les autres ministères, voire celui de la Justice, y sont particulièrement intéressés. Il y a là une grosse question remplie de difficultés à résoudre, mais qu'avec un peu de travail et d'entente il serait possible de réaliser. C'est aussi une question politique importante en jeu où la science des médecins et la sagacité des législateurs doivent être mises largement à contribution pour le bien-être général de toutes les classes de la Société.

M. le Dr Félix demande une centralisation générale de tout ce qui concerne la législation et l'organisation scientifiques du travail, de l'hygiène et de l'Assistance publiques. Il faut protéger les ouvriers contre les accidents du travail, les maladies sociales, la vieillesse et l'incapacité sous l'unification des lois du travail ; il faut appliquer l'hygiène jusque dans les communes les plus arriérées par l'institution d'une caisse de secours des communes.

Malgré le grand nombre d'œuvres privées en Belgique et leur fonctionnement admirable, les hôpitaux, les prisons, les asiles d'aliénés, les dépôts de mendicité regorgent de monde. M. Félix y voit la preuve que les initiatives privées sont impuissantes à conjurer ces *endémies* ruineuses au point de vue moral, physique et économique. Le gouvernement belge, qui consacre deux millions par an pour les maladies du bétail, laisse des centaines de communes dépourvues de toute organisation du service médical des indigents et un très grand nombre de villes ou de villages où le service est absolument insuffisant et la mortalité considérable. La mortalité par la tuberculose s'élève à plus de 18.000 décès par année. Il serait donc utile de créer des dispensaires et des sanatoriums pour tuberculeux et rendre les cures d'air et d'eau accessibles à ceux qui en ont besoin.

*

C'est le seul moyen, avec la suppression des boissons alcooliques, de régénérer la race humaine, de diminuer le nombre effrayant des voleurs, des criminels, etc., et de réduire considérablement la mortalité et la misère. M. le Dr Jules Félix propose l'organisation d'un ministère du travail et de l'hygiène et de l'Assistance pour combattre le mal. Il se plaint que le Gouvernement ne donne pas assez d'argent pour aider la charité et le zèle des philanthropes et qu'il devrait prendre la tête du mouvement en créant ce ministère, seul capable de défendre et de sauvegarder la vigueur, la santé, le bien-être et la vie des travailleurs. Pour obtenir les millions nécessaires à cette œuvre, M. Félix supprime les casernes et les fortifications ; il exproprie les distilleries d'alcool de grains qu'il transforme en distillerie d'alcool industriel. Il construit de vastes colonies de rapport sur le littoral, dans la Campine, les Ardennes, etc., avec gymnastique suédoise, écoles professionnelles, etc.

Quant aux ressources pour l'entretien de ces vastes institutions, rien de plus simple, dit l'auteur du projet : 1° Coopération des Sociétés d'assurances contre les maladies et accidents du travail ; 2° Coopération des Sociétés de secours mutuels ; 3° Coopération des commerçants, des administrations publiques qui ont intérêt à conserver la santé de leur personnel ; 4° Impôt de 10 francs par an sur les riches capitalistes ; 5° Revenus donnés par les caisses de prévoyance, etc., etc., etc.

Nous verrions avec plaisir le projet du Dr Félix réussir en Belgique. Il y aurait évidemment beaucoup de modifications à y apporter dans les détails qu'il contient, mais le tout est d'abord de le faire triompher ; on peut facilement améliorer ensuite. Les objections viendront d'elles-mêmes avec la pratique. Il est une chose que nous retenons dans l'exposé du Dr Félix, c'est l'appel qu'il fait au Gouvernement pour créer dans son pays une administration armée de toutes pièces pour assurer aide, hygiène et santé à la population, ce qui depuis longtemps devrait exister en France, où Paris, la ville-lumière, dont la Faculté de médecine possédait encore il y a quelques années, le plus remarquable musée d'hygiène *pour la propagation* de toutes les épidémies qu'au milieu des nuages de poussières il était permis de visiter. C'était une façon paradoxale de faire apprécier des étrangers les avantages de l'hygiène : avouons cette manière d'enseigner, qui ne manquait pas d'originalité. Il est vrai qu'il y avait là, sans doute, en jeu une question budgétaire. Albin ROUSSELET.

Le classement dans les concours médicaux de l'assistance.

A la suite du dernier concours de l'internat, le président du jury, M. le Dr Barth, a adressé à M. le directeur de l'Assistance publique la lettre suivante, qui a été publiée dans plusieurs journaux de médecine :

Paris, 3 avril 1906.

Monsieur le directeur,

Dans la liste de classement des internes (qui n'a pas été soumise au jury) l'Administration a placé Mlle A...., reçue externe en 1902 avec le n° 210, *avant* M. B..., reçu au même concours avec le n° 19. Aux réclamations de ce dernier, il a été répondu qu'ayant fait une année de service militaire, il était considéré comme étant moins ancien d'un an que Mlle A.... Il y a là une interprétation tellement choquante de la lettre des règlements que je suis assuré, Monsieur le directeur, qu'il me suffira de vous la signaler pour qu'elle soit immédiatement réformée et pour que M. B... soit rétabli au rang de classement qu'il doit occuper *avant* Mlle A...

Il est, en effet, inadmissible que l'exemption du service militaire crée un privilège de classement en faveur des femmes et des étrangers, en dehors du privilège de fait que cette immunité leur confère. La nouvelle loi rend d'ailleurs ce privilège tellement exorbitant que le jury de l'Internat a décidé, dans sa dernière séance, de vous proposer des mesures capables de le neutraliser jusqu'à un certain point. En attendant que ces mesures soient arrêtées, j'ai l'honneur d'insister au nom de mes collègues et de l'opinion publique sur la rectification mentionnée plus haut.

Veuillez agréer, etc, Dr H. BARTH.

A cette lettre, M. le directeur de l'administration générale a répondu par la suivante qui a été aussi publiée :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de la lettre par laquelle vous avez bien voulu me demander d'apporter une modification au classement des candidats établi à la suite du concours de l'Internat en médecine, en intervertissant l'ordre de nomination de deux d'entre eux, Mlle L... et M. B...

Permettez-moi d'abord de vous faire remarquer, Monsieur le président, que si le jury n'a pas pris connaissance du classement dont il s'agit, c'est parce que MM. vos collègues, dans leur empressement à quitter la salle des séances, n'ont pas voulu entendre la communication qui allait leur en être faite, et vous conviendrez avec moi qu'il n'appartenait pas à l'Administration de les retenir.

J'ajouterai qu'en adoptant le procès-verbal, ils ont, par le fait même, approuvé le classement des candidats qui s'y trouvait inséré.

Ce classement a été établi suivant les usages constamment suivis et qui n'avaient jusqu'alors jamais provoqué la moindre réclamation. Les jurys successifs ont sans doute estimé qu'il convenait de tenir compte des services *effectifs*, en classant les candidats ayant accompli un service ininterrompu avant ceux que leurs obligations militaires avaient tenus éloignés des hôpitaux. Il n'y a, d'ailleurs, dans le règlement aucune disposition à cet égard, le jury ayant toute latitude et toute responsabilité pour établir en toute indépendance de conscience l'ordre des concurrents. C'est vous dire que l'Administration n'eût élevé aucune objection si le jury du dernier concours avait décidé de pratiquer autrement que ses devanciers. Le classement des concurrents, publié depuis déjà une semaine, doit donc être tenu comme ayant été déterminé par le jury lui-même, et il ne serait peut-être pas sans inconvénients de reconnaître, en le modifiant, qu'il n'en a pas été ainsi.

L'ordre des candidats devrait, en effet, être profondément remanié, car la question qui se pose pour Mlle L... et pour M. B... se poserait également pour seize autres candidats, et l'on ne saurait s'en tenir aux deux concurrents sur lesquels vous avez bien voulu appeler mon attention. On doit considérer aussi que ces changements éventuels ne seraient pas sans provoquer des réclamations inverses, ce qui ne serait pas moins fâcheux. Je crois, d'autre part, savoir que M. B... n'attache que peu d'importance au rang qui lui a été attribué et qu'il ne réclame que pour le principe : or, il ne saurait être question de la violation d'un principe qui n'existe pas, le jury étant absolument maître des règles à suivre pour le classement des candidats.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir vous soumettre à titre personnel et confidentiel. Dans ces conditions, j'estime — et je veux espérer que vous vous rallierez à ma manière de voir — qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réclamation dont vous avez bien voulu vous faire l'interprète.

Agréez, etc...

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique

Signé : G. MESUREUR.

Récemment membre du jury du concours des médecins de l'Assistance médicale à domicile, nous nous sommes trouvé en présence de circonstances analogues à celles du concours de l'Internat ; un certain nombre de candidats avaient obtenu la même note. Uniquement soucieux de conserver le caractère d'impartialité absolue qui a toujours présidé à ce concours, depuis sa création, le jury a fait lui-même le classement des dix candidats admis. Dans sa dernière séance, il a pris la peine de discuter et d'apprécier les titres de chaque candidat, et, le classement ainsi effectué, aucun n'a fait, croyons-nous, de réclamation, *même de principe*. Les fonctionnaires de l'administration qui assistaient le jury lui ont donné, avec la plus parfaite bonne grâce, les renseignements les plus complets sur le règlement du concours et n'ont jamais cherché à empiéter sur le rôle des juges. Comme les règles générales des concours de l'Assistance sont et doivent être les mêmes, nous devons nous borner à regretter qu'au concours de l'Internat le jury n'ait pas cru devoir user, jusqu'au bout, de ses prérogatives, qui comprennent évidemment le classement des candidats admis. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril.

Cette séance est une vraie séance de vacances de Pâques. Elle est levée sitôt après la lecture de la correspondance et du procès-verbal.

La Commission chargée de résumer les réformes les plus urgentes pour lutter contre la tuberculose doit déposer un rapport mardi prochain. Ce travail aura certainement une grande importance. Il faut espérer qu'après tant de discussions de pure théorie, on se décidera à faire un peu de pratique et un peu d'action.

Séance du 24 avril.

Cette séance est encore une véritable séance de vacances, peu chargée et extrêmement courte.

La correspondance comprend des lettres de candidature de M. Kaufmann (section de médecine vétérinaire) et de M. Eustache (de Lille) et Abelous (de Toulouse) section des membres correspondants.

M. Guéniot prononce l'éloge du médecin-inspecteur principal Paulet, membre correspondant dans la section d'anatomie, récemment décédé.

Les conclusions définitives de la commission de la tuberlose sur les mesures les plus importantes et les plus urgentes à prendre pour la prophylaxie seront sans doute déposées mardi prochain.

M. Delorme présente, au nom de M. le médecin principal Schneider, les nombreux documents que ce dernier a pu recueillir sur l'hygiène, la démographie et la pathologie en Perse pendant sa mission auprès du Shah à Téhéran.

Grippe et prostatites.

M. Guérin, chirurgien à l'hôpital Péan, rapporte plusieurs cas de prostatites survenus dans la convalescence de la grippe. Il est probable que celle-ci ne produit pas directement la prostatite. Il est plus vraisemblable que l'infection surajoutée et l'affaiblissement de l'état général réveille une prostatite jusque là latente et tolérée. Ce rôle étiologique de la grippe n'en est pas moins fort intéressant. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 24 avril 1906.— Présidence de M. Comby.

Idiotie à type mongolique.

M. Variot présente un enfant atteint d'idiotie à type mongolique : tête arrondie, brachycéphale, face en pleine lune, yeux bridés à commissures palpébrales externes relevées en dehors et en haut... etc. Ce petit malade, actuellement âgé de 10 mois, est d'un poids notablement inférieur au poids normal d'un enfant du même âge : il est né avant terme, d'un père et d'une mère tous deux nerveux avérés. Les oreilles sont asymétriques, avec lobule atrophié et adhérent. L'enfant est tout à fait idiot : il ne parle pas, ne s'intéresse à personne ni à rien, reste complètement inerte toute la journée. Il doit y avoir là un état rudimentaire des circonvolutions cérébrales.

M. Variot présente, à la suite de cette communication, le cerveau d'un mort subitement au cours d'une broncho-pneumonie consécutive à une rougeole, et qui offrait un type d'idiotie assez analogue au précédent. Ce cerveau a subi un arrêt de développement très manifeste et ses circonvolutions sont tout à fait rudimentaires.

Paralysie diphtéritique traitée avec succès rapide par les injections de sérum de Roux.

M. Comby présente une jeune fille de son service, âgée de 14 ans et demi, convalescente d'une paralysie diphtéritique qui a guéri rapidement à la suite de plusieurs injections de sérum antidiphtéritique. Cette enfant avait été atteinte, il y a trois mois, d'une angine dont la nature diphtéritique avait sans doute été méconnue, mais qui, en tout cas, n'avait pas été soumise au traitement sérothérapique : puis, quelques semaines plus tard, elle avait commencé à présenter des signes de paralysie portant d'abord sur le voile du palais et se généralisant par la suite de façon à inspirer de sérieuses inquiétudes. On avait alors traité l'enfant par des injections sous-cutanées de cacodylate de soude, mais sans résultats sensibles. On l'amena à l'Hôpital des Enfants dans le service de M. Comby, il y a de cela un mois. La paralysie était presque générale, et l'on pouvait craindre que, d'un jour à l'autre, elle ne vînt envahir les muscles respiratoires et menacer ainsi immédiatement l'existence. M. Comby, connaissant le peu de ressources efficaces qu'offre la thérapeutique pour le traitement des paralysies diphtéritiques, prit le parti d'essayer de la sérothérapie, comme cela avait été déjà fait dans divers cas, avec des résultats divers. Il fit, en conséquence, des injections de sérum de Roux, à la dose de 20 centimètres cubes par jour pendant les 3 premiers jours, puis, de 10 centimètres cubes les 3 ou 4 jours suivants. Sous l'influence de ce traitement, il vit se manifester très promptement une amélioration remarquable, qui continua et s'accentua de même les jours suivants. Actuellement, l'enfant ne présente plus que quelques traces insignifiantes de la grave paralysie constatée lors de son entrée.

Il y a donc eu, dans ce cas, une influence des plus heureuses exercée par le sérum sur les accidents paralytiques, et cela sur des accidents survenus à une époque relativement tardive. M. Comby rappelle plusieurs faits analogues, les uns publiés par divers auteurs, un autre observé par lui-même, en ville, sur l'enfant d'un confrère. Il laisse de côté les discussions théoriques qui ont été soulevées à propos de l'emploi du sérum dans ces conditions, et il est d'avis qu'en face de succès comme celui-là, évidemment dû au sérum, c'est à ce mode de traitement qu'il faut s'adresser de préférence à tout autre, sans se laisser arrêter par la préoccupation d'accidents sérothérapiques possibles ultérieurement.

M. Rist fait remarquer que les applications de ce mode de traitement n'ont pas été toujours aussi heureuses entre les mains d'autres praticiens fort distingués.

M. Netter dit qu'après quelques essais de ce genre, il avait renoncé à recourir à la sérothérapie comme moyen de traiter la paralysie diphtérique, mais que le cas de M. Comby le frappe vivement et l'encouragera à essayer de nouveau les injections de sérum en pareille occurence. Il demande néanmoins à M. Comby quelques renseignements sur les accidents

sérothérapiques à la suite de l'emploi du sérum de Roux dans un cas de paralysie.

M. Comby dit qu'il a observé seulement, chez sa jeune malade, un peu d'albuminurie dans les premiers jours, alors que les injections étaient de 20 cent. cubes, et, au bout d'une dizaine de jours, alors que l'on avait cessé les injections, une légère éruption morbiliforme ; mais que ces deux accidents n'avaient atteint un degré d'intensité ni de persistance susceptible de donner la moindre inquiétude, et que, dans ces conditions, la crainte de ces accidents ne peut être mise en balance avec l'efficacité et la rapidité d'action bienfaisante de la sérothérapie.

M. Variot insiste sur la valeur du fait de M. Comby au point de vue de l'efficacité du traitement sérique dans la paralysie diphthéritique, et aussi au point de vue de l'immunité relative de ce traitement. Et il se déclare tout disposé à se baser sur ces faits et à laisser de côté les théories, pour essayer à son tour ces injections, quand l'occasion s'en offrira à lui.

Tuberculose du cæcum.

M. Guinon présente en son nom et au nom de son interne, M. Pater, une pièce de *tuberculose du cæcum* trouvée à l'autopsie d'un enfant de 4 ans 1/2. Cet enfant arriva à l'hôpital avec des signes d'entérite dysentériforme : mais en explorant l'abdomen on constatait l'existence d'une tumeur très dure, en général, avec quelques points plus mous pourtant, intra-abdominale, à peu près médiane, sous-ombilicale, que l'on crut devoir attribuer à une tuberculisation cæcale. Il n'y avait pas de crépitation, pas d'ascite, pas de signes de péritonite. On souleva la question d'intervention opératoire, mais on la résolut par la négative, et l'enfant succomba au bout de peu de temps aux progrès de la cachexie. A l'autopsie on eut la vérification du diagnostic : c'était bien le cæcum qui était envahi par la tuberculose, sans rien à l'appendice. Et l'on constata, d'autre part, dans la profondeur, des adhérences telles, entre la tumeur et les anses intestinales ambiantes, que l'on ne put la détacher de celles-ci sans les déchirer tant soit peu ; cela justifiait la sagesse de l'abstention, et M. Guinon fait observer, en terminant, que la non intervention doit être posée en principe général, en pareil cas. Il y avait d'ailleurs des lésions de la tuberculose trachéo-bronchique accentuée, qui auraient pu constituer, à elles seules, une contre-indication à toute opération.

Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche.

M. Guinon donne lecture d'un travail de M. Ed. Weill sur une *épidémie de desquamation linguale associée à la perlèche*, observée par l'auteur chez les filles de l'asile Sainte-Foy, où sont recueillies des jeunes filles mineures, dont bon nombre sont syphilitiques. L'épidémie dura plusieurs mois, de novembre à juin de l'année suivante, sans régularité de propagation, et sans qu'il ait été possible d'établir l'existence de contagion directe.

M. Comby n'admet pas de rapport entre la perlèche, qui seule est contagieuse, et les affections desquamatives de la langue, qui ne le sont pas.

Coqueluche simple.

M. Variot rapporte une autopsie de coqueluche simple qu'il vient d'avoir l'occasion de faire sur un enfant de 8 mois, athrepsique typique, sans fièvre, sans congestion pulmonaire, qui succomba presque subitement après une courte crise convulsive survenue sans cause appréciable. Les lésions laryngo-trachéales sont minimes et conformes aux descriptions de Roger.

M. Pater communique deux observations *d'abcès multiples du poumon* recueillies dans le service de son maître, M. Guinon.

Dans ces deux cas, le diagnostic présenta de grandes difficultés, et l'on pensa, à un certain moment, à une pleurésie purulente, peut être interlobaire. Les ponctions exploratrices n'apportèrent aucun éclaircissement au diagnostic, pas plus que l'examen radioscopique ; dans un des deux cas, on crut devoir faire l'empyème, et c'est alors seulement que l'on reconnut l'envahissement et la distension du poumon par des petits abcès multiples contenant du pus fétide. Les deux enfants succombèrent rapidement, malgré tous les soins possibles. Le microbe en cause était le staphylocoque. Le poumon était littéralement farci de petits abcès à divers degrés d'évolution, contre lesquels toute thérapeutique générale ou locale était manifestement impuissante. Ch. H. Petit-Vendol.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉ SAVANTES

Compte rendu de la Sous-section des Sciences médicales et de l'Hygiène :

Par le Dr G. Friedel.

Séances à la Sorbonne.

Le 44e Congrès des Sociétés savantes s'est ouvert, le mardi 17 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence générale de M. E. Levasseur, membre de l'Institut, administrateur du Collège de France.

La Sous-section des *Sciences médicales* et *d'hygiène* a siégé le mercredi 18 et jeudi 19 avril, sous la présidence du docteur F. Levé, membre du comité des travaux historiques et scientifiques, assisté du Prof. Chatin et du Dr Butte, de la Société de médecine et de chirurgie pratiques. M. le Dr Dabout remplissait les fonctions de secrétaire des séances.

M. le Dr Chatin a pris le premier la parole, pour sa communication sur les *moustiques à Paris*. En général, il n'a trouvé que les cousins, mais quelques anophèles ont été rencontrés dans les grandes villes (Boston) et il faut donc bien déterminer tous les moustiques recueillis à Paris, afin de surveiller l'apparition des espèces dangereuses. Pour détruire les moustiques on peut employer le pétrolage (1 gr. de pétrole par mètre carré d'eau) ou encore l'empoissonnement, le drainage et le comblement. Ces procédés sont plus difficiles à employer dans les grandes villes et là il faut bien rechercher tous les points d'éclosion (bassins, jardinières, terrines oubliées sur les terrasses, égouts, écuries mal tenues) et faire disparaître ces insectes au plus vite, en suivant les prescriptions du conseil d'hygiène : on évite ainsi les contagions possibles. Les puces méritent la même destruction, car elles peuvent transmettre la peste et peut-être la tuberculose. M. Moulé a déposé ensuite en son nom et au nom de M. Railliet une *étude sur Turgot et l'école vétérinaire de Limoges*. M. le Dr Foveau de Courmelles a lu son travail sur la *stérilisation des eaux par l'ozone*, procédé pratique et peu coûteux, qui permettrait de supprimer les canalisations coûteuses qui amènent l'eau à Paris, de très loin, de rivières qui peuvent être contaminées.

M. le Prof. Peyrusson rappelle la nécessité du contrôle bactériologique des eaux filtrées. M. le Dr Leblond lit une communication sur la pollution des nappes souterraines par les égouts et les moyens de les éviter (septic tank et lits filtrants). M. Charles Fromont rapporte les résultats de son étude sur les eaux d'alimentation de la ville d'Aumale, de Sidi-Aissa et de Bou-Saada. Certaines de ces eaux doivent être rejetées à cause des fortes proportions de matières organiques, d'ammoniaque et d'acide azotique, qu'elles contiennent. MM. les Drs Perrier et G. Herc (Nancy) ont étudié comparativement les divers liquides d'ascite comme milieux de culture. Ces liquides ascitiques se comportent d'une façon différente vis-à-vis des microbes, différence qui tient à des propriétés humorales inconnues. La défense du péritoine contre l'infection dépend donc de la résistance de l'organisme.

Dans la séance de jeudi, le Dr Dabout a entretenu la société sur *l'hystérotraumatisme* et la *prédisposition individuelle*.

La connaissance des symptômes de l'hystérotraumatisme par l'ouvrier, la crainte et l'exagération et enfin la loi de 1898, qui conclut à l'indemnité pécuniaire, en ont fait « une né-

vrose de l'assurance » (Secrétan). M. Dabout a étudié 303 cas d'hystérotraumatismes oculaires et a fixé les prédispositions individuelles, que le médecin expert doit connaître. L'hystérie est une maladie constitutionnelle et non professionnelle et ne devrait pas rentrer dans la loi de 1898; cependant, éclose à l'occasion du travail, le patron en est responsable, seulement l'indemnité doit être donnée à titre de traitement et non de dommages, pour une incapacité temporaire et non permanente. M. le Dr Péchin est de l'avis du Dr Dabout sur le rôle suggestif que peut jouer le médecin par ses examens répétés, mais considère qu'il faut solutionner le cas le plus vite possible et le fait de considérer l'hystérotraumatisme comme entraînant une incapacité permanente peut engager l'ouvrier à faire des efforts pour travailler. Le Dr Foveau de Courmelles croit la simulation de l'hystérotraumatisme facile et cite quelques cas. M. le Dr Levé a constaté cette « *aggravomanie* » souvent involontaire surtout chez les *minus habentes*. La question mérite d'être connue. On éviterait les mauvaises expertises des médecins de justice de paix, infirmées par les experts des tribunaux, en nommant comme médecins experts des hommes qualifiés : experts des tribunaux et docteurs munis du diplôme de médecin légiste de l'Université. Ce vœu est approuvé par la section.

M. le Dr Péchin a lu ensuite une communication sur la *dacryocystite congénitale atténuée*.

En l'absence du Dr A. Leprince, le président a chargé M. le Dr Foveau de Courmelles de faire un rapport sur le travail intitulé : Etudes d'hygiène scolaire, les écoles primaires de Bruxelles, Rome, Stocktolm et Berlin.

Bruxelles est la ville la mieux organisée au point de vue médico-scolaire : inspections fréquentes, éclairage et chauffage rationnels, etc., etc. Ce travail contient des éléments de comparaison entre les diverses capitales fort instructifs et des indications de progrès à réaliser.

M. le Dr Parisot (Nancy) lit son travail sur *la valeur médico-légale du témoignage du vieillard en justice*.

L'amnésie du vieillard, la tendance aux idées de persécution, une suggestibilité spéciale, l'affaiblissement de la vue et de l'ouïe, toutes ces conditions doivent être recherchées, pour éviter les témoignages erronés des vieillards et le ministre de la justice devrait attirer l'attention sur cet état mental possible des vieillards et régler leur examen mental.

M. le Dr Parisot lit un travail, fait en collaboration avec M. le Dr Sencert (Nancy) sur la question de la *viabilité du nouveau-né dans ses rapports avec le progrès de la chirurgie*.

Les auteurs s'élèvent contre la manière de voir de la jurisprudence, qui considère un enfant viable, même porteur d'un vice de conformation, si cette conformation est corrigible avec plus ou moins de chances de succès par une intervention chirurgicale, que cette opération se fasse ou non. Ils pensent que la viabilité n'existe pas si la conformation vicieuse est incompatible avec la continuation de la vie (imperforation de l'œsophage, p. ex.) L'enfant sera déclaré viable lorsque l'opération chirurgicale aura corrigé sa malformation anatomique et qu'il sera sorti victorieux des dangers inhérents à l'opération.

M. le Dr Butte lit son travail sur *l'urée du sang dans l'éclampsie*. Dans les cas mortels de l'éclampsie, la quantité d'urée s'approchait de la normale, tandis qu'elle était double dans les cas heureux. Ces faits constatés par analyse ont donc une haute valeur pronostique.

M. le Dr F. Levé termine la séance par la lecture de son étude sur la *Mortalité infantile dans ses rapports avec l'industrie nourricière*.

Il conclut que le taux de la mortalité dans l'application de la loi Roussel (23 décembre 1874) est fonction directe de l'envoi des enfants débiles en nourrice. Il importe : 1° d'indiquer pour chaque décès d'enfant en nourrice la durée du séjour chez la nourrice ; 2° de ne pas laisser confier à des nourrices des enfants débiles et incapables de subir le voyage ; 3° de conserver dans des asiles spéciaux à créer ces enfants moribonds.

Le samedi 21 avril, à deux heures, a eu lieu, sous la présidence de M. R. Poincaré, ministre des finances, l'assemblée générale qui clôt, chaque année, le congrès des sociétés savantes.

Le ministre a annoncé qu'à partir de maintenant toutes les villes de France et d'Algérie pourront être le siège du congrès annuel, il a fait l'éloge des sections et de leurs travaux. Après quelques paroles en souvenir de M. de Luçay et de M. Boutmy, décédés dans l'année, il a levé la séance.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

(Lisbonne, 19-26 avril 1906).

La Défense Internationale contre la tuberculose

par M. le Dr Samuel Bernheim, de Paris.

Nous estimons que la prophylaxie antituberculeuse doit être internationale. L'hygiène internationale a eu surtout pour objet, jusqu'à ce jour, de préserver les nations européennes de maladies de forme épidémique toute spéciale et qui sont, en réalité, jusqu'ici au nombre de trois : le choléra, la peste et la fièvre jaune. On objecte que la tuberculose ne ressemble en rien à ces maladies épidémiques, qu'elle revêt plutôt un caractère endémique. Cela est inexact au vrai sens du mot. On sait, en effet, que certaines tribus sauvages sont restées longtemps indemnes du bacille de Koch, dont elles sont devenues tributaires le jour où les races civilisées sont venues leur apporter la néfaste contagion. La tuberculose, qui, est une maladie purement contagieuse, est épidémique, a une allure différente des maladies ci-dessus citées et voilà tout.

Mais comme elles, la bacillose est épidémique et inévitable. C'est même, d'après nous, la plus épouvantable des épidémies, car son bacille pathogène est si virulent qu'il dépasse, en virulence et en persistance, la plupart des autres microbes pathogènes. Tout comme nous-mêmes, le bacille de Koch peut faire de longs voyages sans mourir, il peut traverser les frontières, et il les passe trop souvent, pour aller d'un pays à un autre avec les échanges commerciaux de toutes sortes, par les wagons de chemin de fer, par les navires. C'est pourquoi nous déclarons qu'un effort isolé d'une nation ne sera jamais sanctionné d'un résultat certain définitif. — La prophylaxie la plus logique, la plus réglementée, appliquée dans un pays unique, n'atteindra jamais le but espéré, si les pays limitrophes et même éloignés ne prennent des mesures prophylactiques à peu près semblables? Pourquoi ne seraient-elles pas débattues au sein d'une conférence comme celle qui, à Rome en 1865, à Venise en 1892, à Dresde en 1893, à Paris en 1894, à Venise en 1897, fixèrent les moyens communs de défense contre le choléra, la peste et la fièvre jaune ?

Une commission composée de représentants autorisés par les diverses nations recevrait la mission de comparer entre elles les mesures qui, dans leurs pays respectifs, seraient appliquées et donneraient les meilleurs résultats. Cette commission internationale avec une organisation bien établie aurait pour mandat de rédiger une sorte de code prophylactique international contre la tuberculose, code qui, une fois adopté, aurait force de loi dans tous les pays.

Nous pensions un moment que le bureau central international pour la lutte antituberculeuse, dont le siège est à Berlin, allait provoquer la réunion d'une commission universelle ayant pour but unique d'étudier les mesures de prophylaxie internationale. Tout en rendant hommage au zèle de ce bureau central, nous avouons que nos espérances ont été déçues, et que jusqu'à ce jour, ce problème si intéressant n'a pas été examiné. Peut-être l'avenir nous réserve-t-il une agréable surprise.

S'il est une question qui soit d'essence universelle, qui mérite l'attention de la vigilance des savants du monde entier, c'est bien celle de la tuberculose. Elle ne peut recevoir de solution efficace que de l'union des intelligences et des bonnes volontés de toutes les nations.

De l'emploi de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose

par MM. les Drs S. Bernheim et Saint-Laurent, de Paris.

Les méfaits des diverses tuberculines utilisées jusqu'à pré-

sent ont été tels que la plupart des praticiens ont renoncé à leur emploi, parce qu'il était impossible de les manier avec sécurité. Rien d'étonnant que la tuberculine fût discréditée pour ne pas dire abandonnée. Et cependant, il est incontestable que ce produit biologique a une action profonde sur la phagocytose et la marche des lésions. L'important était de trouver une tuberculine possédant à la fois l'influence curative des produits similaires sans produire la réaction et entrainer d'autres complications. — Entre temps, nous avons connu la tuberculine Jacobs, qui ne provoque aucune réaction locale, ni générale. Nous l'avons utilisée chez un grand nombre de malades fréquentant les dispensaires de l'Œuvre de la tuberculose humaine et non seulement, nous n'avons jamais eu de complication, mais nous avons pu constater que la tuberculine bien tolérée avait une grande efficacité sur l'état général et sur l'état local du malade. Avec ce nouveau remède biologique, on n'a pas à redouter les nombreux inconvénients des tuberculines connues jusqu'ici. A quoi est due cette absence de réaction ?

D'après le Dr Jacobs lui-même, sa tuberculine est bien tolérée par suite d'une méthode spéciale de culture de bacilles très virulents, dont il extrait ses bacilles.

Quoi qu'il en soit, nous avons utilisé cette nouvelle tuberculine dans plusieurs dispensaires de l'œuvre de la Tuberculose humaine avec les Dr G. Petit et Quentin, et nous avons pu constater avec nos confrères son action très efficace, non seulement dans la tuberculose pulmonaire, mais dans certaines formes de tuberculose externe.

Ajoutons, pour terminer, qu'il est préférable d'appliquer le traitement scientifiquement sous le contrôle de l'opsonisme.

Tuberculose et maisons insalubres :

par M. le Dr S. Bernheim, de Paris.

M. Bernheim affirme que, de tous les facteurs la maison insalubre est la principale cause de la propagation tuberculeuse. Il cite de nombreux faits personnels relevés dans les dispensaires de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine et des documents empruntés à MM. Juillerat, Drs Level, G. Petit et Lucien Graux, démontrant tellement l'influence des logements malsains qui offrent d'excellentes conditions pour répandre la tuberculose. Et ce ne sont pas autant les maisons surpeuplées que les locaux mal aérés qui sont redoutables. C'est l'obscurité surtout, le manque d'air, l'absence des rayons solaires, qui favorisent particulièrement la contagion. Dans les grandes villes et les centres industriels, la tuberculose n'est pas répandue uniformément. Elle sévit avec plus de violence dans les rues étroites, dans les carrefours borgnes, dans certaines maisons, dans certains îlots de maisons. On connaît aujourd'hui ces repaires meurtriers qui ont été démasqués par les casiers sanitaires des maisons. Il faut faire une guerre sans merci à ces taudis, réformer les maisons transformables et démolir celles qui sont défectueuses. C'est là le but de la Ligue nationale contre les habitations insalubres fondée en France par les Drs S. Bernheim et Level. Cette ligue, qui a déjà recueilli plusieurs milliers d'adhérents, a créé une vaste agitation dans tout le pays, par des conférences, des brochures, par des écrits, par la parole, elle signale partout le danger de la maison contaminée, elle est en train de préparer une loi efficace pour la surveillance sanitaire des logements et des maisons. Cette ligue contribue aussi à éduquer le peuple et lui fera comprendre toute l'importance du logement propre et clair.

La question de la maison salubre domine tout le problème de la prophylaxie tuberculeuse.

Blanchisseurs et tuberculose :

par MM. les Drs S. Bernheim et Dieupart, de Paris.

Le linge sale est dangereux. Il doit intervenir un changement radical dans les us réservés à sa manipulation. Il doit être désinfecté avant triage et lessivage, et jamais mélangé au linge propre ; ainsi on évitera le danger de la tuberculose par le linge. En relevant la statistique de la mortalité tuberculeuse, par professions, nous avons constaté que les blanchisseurs fournissaient un contingent énorme. Beaucoup d'entre eux fréquentent nos dispensaires de l'Œuvre de la tuberculose humaine. Certaines repasseuses, certains directeurs nous ont avoué que beaucoup de leurs collègues succombaient de la phtisie. Et une chose navrante à constater, c'est l'indifférence coupable du client : aucun soin de son linge sale ; quant au blanchisseur, il n'en a cure : pêle-mêle, il ramène le tout. Nous avons constaté la présence du bacille de Koch dans certains linges. La contagion sera fatale. Et le danger est encore plus grand pour l'indigent, proie facile au fléau tuberculeux. Et c'est ce qu'a bien compris le Dispensaire E. Roux, qui désinfecte le linge de ses tuberculeux. A nos dispensaires de l'œuvre de la tuberculose humaine, nous rêvons pareilles organisations, seulement nos ressources sont encore insuffisantes pour le réaliser partout ! Nous avons déjà fait appel aux pouvoirs publics. M. Jean Colly, conseiller municipal, vice-président de l'œuvre, a présenté notre projet de buanderies municipales antituberculeuses, et nous ne désespérons pas, quelque jour, d'en voir fonctionner.

Désinfecter le linge ne suffit pas, il faut le blanchir pour l'indigent, surtout s'il est tuberculeux.

On désinfecte l'appartement, le mobilier dans un cas de maladies contagieuses, pourquoi n'en point faire autant du linge bacillifère ?

REVUE DE DERMATOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul RAYMOND.

I. — **L'agent pathogène de la syphilis** ; par le Dr Pommay. (Maloine, éditeur, 1905.)

Depuis que j'ai entendu dire, il y a quelques années, à un jeune syphiligraphe, qu'il ne tenait pas outre mesure au microbe de la syphilis qu'il venait de découvrir, mais qu'il avait besoin de cette découverte pour être nommé *privat-docent*, je reste sceptique en face des microorganismes réputés spécifiques qu'on nous présente. Et voici que cette année même, il y en a eu quatre : il y en a donc trois qui ne valent rien, en admettant que le quatrième soit le vrai. Il y aurait donc intérêt à attendre, pour présenter le travail du Dr Pommay, que le temps ait fait son œuvre. Ces recherches paraissent sérieuses néanmoins, et l'on sent que si l'auteur s'est trompé, il s'est trompé de bonne foi. Pour lui, l'agent pathogène de la syphilis serait un champignon sur la nature, les cultures duquel il s'étend longuement. L'inoculation du parasite aux animaux détermine tout un ensemble morbide que l'on retrouve lorsqu'on leur inocule des cultures provenant du sang de syphilitiques.

II. — **An introduction to dermatology** ; par Norman Walker (Bristol Wright, éd. 1904).

Troisième édition, sans grands remaniements, de ce traité que j'ai déjà présenté aux lecteurs du *Progrès médical*.

III. — **Pathogénie du purpura** ; par Grenet. (L. Roussel, Paris, éd. 1905).

Le purpura, dit l'auteur, est le résultat d'une intoxication nerveuse, souvent médullaire, quelquefois périphérique. Mais il n'est pas uniquement névropathique, et ne se produit que sur un terrain préparé par une altération viscérale, surtout hépatique. C'est là le point original et intéressant de ce travail, sérieusement fait. Ainsi que le dit fort bien l'auteur, il n'y a pas de purpura primitif : il faut une infection ou une intoxication qui agissent en déterminant des troubles de certains organes, et du foie notamment, où se remarquent des altérations cellulaires. La composition chimique du sang est modifiée ; l'hémorragie survient. Pour expliquer la localisation de l'hémorragie à la peau, il faut faire intervenir le système nerveux. L'expérimentation montre que la lésion hépatique et la lésion médullaire sont indispensables : si l'une manque, le purpura ne se produit pas.

Cette étude, dit l'auteur, est la première démonstration expérimentale du rôle du système nerveux dans les maladies de la peau. A cet égard elle semble avoir une certaine importance générale et peut ouvrir la voie à des recherches du même ordre au sujet d'autres affections. C'est parfaite-

ment exact, et le guide est bon. Je signalerai à l'auteur un intéressant chapitre qu'il eût pu écrire : le purpura au début des infections ; le purpura prémonitoire.

IV. — **Dermato-psychies** ; par Maurice DIDE. (Simon, éd. Rennes, 1904.)

Etude de diverses dermatoses, pseudo-œdèmes, érythème polymophe, purpura, s'observant dans les états mentaux qui s'accompagnent d'inhibition psychique. Cette dernière étant constante dans la démence précoce, on rencontrera à peu près sûrement au cours de cette vésanie ces troubles trophiques de la peau, pseudo-œdème, purpura et variétés de l'érythème polymorphe. L'amélioration des troubles mentaux coïncide avec la disparition des manifestations pathologiques de la peau.

V. — **Ya-t-il une pelade d'origine helminthique** ? par BOYER. (Jouve, éd. Paris 1904.)

La théorie parasitaire fortement battue en brèche depuis les travaux de M. Jacquet tend à être remplacée par la théorie nerveuse, la pelade n'étant dans ces conditions qu'une répercussion sur les poils d'états nerveux divers ; la dépilation en aires n'étant plus qu'un symptôme qui traduit la souffrance d'un territoire nerveux périphérique. L'auteur, ayant observé des cas dans lesquels l'alopécie peladique a coïncidé avec de l'helminthiase, s'est demandé s'il n'y avait pas un rapport de cause à effet entre ces deux sortes d'accidents. Rappelant tout d'abord les accidents nerveux d'origine helminthique et discutant leur mécanisme, l'auteur étudie les pelades réflexes d'origine viscérale, puis il rapporte trois observations de pelade helminthique. Bien que reconnaissant que des faits confirmatifs sont nécessaires, l'auteur pense qu'il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'au nombre des causes inconnues de certaines pelades rebelles, on doive à l'avenir, rechercher la présence de vers intestinaux.

HYDROLOGIE

Sermaize-les-Bains (Marne).

— Sermaize est une station entre Vitry-le-François et Bar-le-Duc sur la ligne de Paris à Nancy. Cette ville, de 3000 habitants environ, possède un établissement hydrothérapique bien organisé et pourvu de tous les aménagements et toutes les distractions qui font le charme des stations balnéaires modernes.

LA CURE DE SERMAIZE. — *Composition et propriétés physiques.* — Eau *froide* (+ 11°), *bicarbonatée* (0 gr. 48), *sulfatée calcique* (0 gr. 08) *magnésique* (0 gr. 70) et *ferrugineuse* (0 gr. 01, avec une minéralisation totale de 1 gr. 50, qui offre la plus grande analogie avec celle de *Vittel* et de *Contrexéville*. — Une seule source, dite des *Sarrasins*, qui émerge du sol jurassique et débite près de 400 hectolitres par jour. — Eau limpide à la source, inodore, avec une saveur agréable, légèrement alcaline et un arrière-goût ferrugineux. — L'eau de Sermaize est *exportée*.

Mode d'emploi. — 1° En *boisson* : de 1 à 12 verres par jour, progressivement, à dix minutes d'intervalle, en commençant par 1 ou 2 verres le premier jour et augmentant d'un verre ou deux chaque jour, jusqu'au milieu de la cure. On diminue de même, progressivement. — 2° En *bains et douches*, avec massages, bains de vapeur, etc., administrés dans un *établissement hydrothérapique*, qui renferme trente cabines de bains, une salle de douches pour hommes, une autre pour dames, plus une grande salle pour douches et bains de vapeur. — Enfin la *buvette*. — Durée de la cure : 25 jours environ.

Action physiologique. — A l'intérieur, prise à haute dose, l'eau de Sermaize est *purgative* au début, puis et surtout *diurétique* : c'est une eau de lixiviation puissante, portant sur les organes urinaires et sur le foie ; elle alcalinise l'urine, augmente l'appétit et accélère la digestion. Enfin, elle est apéritive, tonique et reconstituante par le fer qu'elle contient.

Indications : affections *des voies urinaires, gastro-intestinales* et de la *circulation*.

Dans les premières, son action est identique à celle des eaux de Vittel et de Contrexéville ; ses résultats, dans la lithiase rénale, ne sont pas moins spécifiques et constants. Sur les voies digestives, les effets sont tout aussi évidents. L'un des premiers est l'accroissement de l'appétit et du pouvoir digestif ; par suite, augmentation de la nutrition : la circulation s'accélère, la respiration s'active, le visage se colore, un sentiment de bien-être et de force envahit toute l'économie. D'autre part, l'effet purgatif se manifeste dès les premiers verres et dure trois ou quatre jours, tandis que les urines augmentent, deviennent de plus en plus limpides, après avoir déversé un flot de mucosités chez les uns, un amas de sable urique chez les autres, au grand émoi des *graveleux* sans le savoir, des *calculeux*, des *goutteux* et des *rhumatisants*.

Cette triple action, diurétique, digestive et tonique, portant sur les muqueuses génito-urinaire, gastro-intestinale et sur le sang, procède directement des éléments minéralisateurs de l'eau de *Sermaize*. Elle s'impose donc comme : 1° *diurétique*, en tant qu'eau légère, contenant des bicarbonates alcalins, des chlorures, un iodure, des silicates, des sulfates et même du fer, d'où ses applications aux affections chroniques et *albuminuriques* des *reins*, du *foie*, de la *rate* et autre *obstructions* des *voies urinaires* ; 2° *purgative*, en tant qu'eau froide, contenant des sulfates, des chlorures et des bicarbonates alcalins, d'où ses applications aux *affections gastro-intestinales* : *inappétence*, *dyspepsie*, *constipation* et autres *obstructions* des *voies digestives* ; 3° *tonique et stimulante*, en tant qu'eau agréablement sapide et fraîche, renfermant des bicarbonates, des silicates, des chlorures, du fer, du manganèse et un iodure, d'où ses applications dans la *chloro-anémie*, la *débilité* générale, la *neurasthénie*, la *scrofulose*, le *diabète*, la *leucorrée*, la *dysménorrée*, la *stérilité* et autres *obstructions* de la *croissance* et de la *nutrition*.

Contre-indications. — En raison du fer contenu dans les eaux de *Sermaize*, on en contre-indiquera l'usage dans certains états gastralgiques prononcés ou prédominants, dans les affections de nature congestive, hémorragique et dans tous les états *aigus* de l'estomac, du foie et des reins.

Notre confrère, M. le Dr MONNET, vient de prendre la direction médicale et scientifique de Sermaize.

BIBLIOGRAPHIE

Les accidents du travail ; par Ch. VIBERT. (1 vol. 8°, 1906, J.-B. Baillière.)

C'est sous ce titre que notre confrère Vibert, qui se plaint dans sa préface de la pénurie des observations originales des experts, nous fait connaître une grande quantité de celles qu'il possède. Très expérimenté en matière d'expertise médico-légale, Vibert étudie les conséquences qui résultent d'un accident survenu le plus souvent « dans le travail » et compare ses observations particulières avec d'autres recueillies dans des conditions toutes différentes. Adoptant le plan classique, l'auteur passe en revue les affections qui atteignent chaque organe ou chaque système. Présentées sans fard, sans aucun enjolivement, sans aucune recherche d'en imposer au lecteur, ces notes sont précieuses pour ceux qui veulent apprendre à connaître les difficultés de la médecine légale. On ne peut, en l'espèce, avoir un meilleur guide. Ce travail est tout à fait personnel, si personnel même que la bibliographie y fait complètement défaut. Elle eût d'ailleurs été tout à fait inutile puisque l'auteur désirait dépouiller devant nous ses nombreux dossiers en nous laissant le soin d'apprécier et de juger nous-mêmes.

Dr THÉRAULT.

Fracture du poignet en sens inverse ou fracture par hyperflexion de l'extrémité inférieure du radius ; par Fr. GUERMONPREZ. (Tiré à part, 8°, 50 pages et 12 fig. dans le texte des Mém. de la Société anatomoclinique de Lille, 1906.)

A la fracture classique dite en dos de fourchette, les auteurs ont récemment ajouté celle dite des automobilistes,

mais aucun ou du moins fort peu avaient accepté l'existence d'une fracture reconnaissant pour cause une force agissant sur la main fléchie tandis que le bras fait résistance. Le petit nombre qui en ont parlé ont, à l'exemple de Tillaux et de ses élèves, plutôt battu en brèche son existence, négligeant ainsi les remarquables travaux de quelques praticiens de province, comme Pouteau, de Lyon, et Goyrand, d'Aix, qui non seulement ont donné des descriptions cliniques auxquelles nous ne saurions ajouter aucun symptôme clinique important, mais encore poussé les moyens d'investigations et les descriptions à leurs dernières limites. Seul, Voillemier s'est quelque peu étendu sur la question, mais il n'a pas su, malgré son incontestable autorité, lui donner toute la valeur qu'elle comporte.

On a longtemps discuté sur l'existence *a priori* possible d'une telle fracture, et il n'a rien moins fallu que l'entêtement de certains auteurs, dont les vues par trop classiques étaient ainsi mises en défaut, pour nier l'existence de cette fracture malgré les pièces anatomiques mises sous leurs yeux par Goyrand et Voillemier.

Guermonprez a bien mis en relief toute cette partie bibliographique. La radiographie démontre aujourd'hui d'une incontestable façon ce que les hypothèses les mieux échafaudées avaient d'erroné. Rien ne résiste aux faits brutaux qui disent la vérité d'une façon si évidente que les détracteurs les plus outrés sont réduits au silence.

Il existe donc une fracture de l'extrémité inférieure du radius par l'hyperextension de la main et dont le signe pathognomonique est la déformation en baïonnette produite par le fragment carpien qui se relève et chevauche sur le fragment brachial, tandis que la main est déviée vers son bord cubital.

Le traitement consiste à mettre la main en extension moyenne, c'est-à-dire à faire parcourir aux fragments le chemin inverse de celui qu'ils avaient fait au moment où s'est produit le traumatisme.

Le pronostic, bénin si la réduction est bien faite, est très grave dans le cas contraire ainsi qu'il ressort d'une observation rapportée par Guermonprez. Le massage et la mobilisation seront précocement mis en œuvre. On doit remercier Guermonprez d'avoir tenté de tirer de l'ombre cette variété pathologique et de nous l'avoir fait connaître avec toute l'érudition dont il est coutumier et avec le grand sens clinique qui le caractérise.

V. Thébault.

Traité des maladies épidémiques, T. II, second fascicule; par A. Kelsch. (1 vol. Doin, édit. Paris, 1905.)

Le fascicule qui vient de paraître continue heureusement la série des précédents; il traite de la diphtérie et de la stomatite ulcéro-membraneuse. L'auteur insiste surtout sur les données nouvelles de l'hygiène, de la bactériologie, et du traitement de ces diverses affections; c'est dire tout l'intérêt que l'ouvrage offre aussi tant au praticien qu'à l'homme du laboratoire.

Ramon.

Contribution à l'étude du saprophytisme du bacille de Koch; par MM. G. Ferré et G. Buard.

Les auteurs ont pensé qu'il serait intéressant de rechercher si un bacille de Koch d'allures saprophytiques pourrait subir intrinsèquement des variations dans sa végétabilité et dans sa virulence sous l'évolution tuberculeuse. Ils ont choisi comme bacille un bacille de Koch homogène retiré par eux-mêmes d'une culture virulente de bacille humain. Ce microbe, comme le bacille des auteurs lyonnais, possède des allures de saprophyte: il est peu virulent, donne des lésions qui guérissent. Les cultures en bouillon glycériné de ce bacille ont été introduites dans des sacs constitués par des ampoules de verre percées de trous recouvertes d'une double couche de collodion non riciné. Ces sacs, perméables à l'osmose, ont été insérés dans le péritoine de lapins normaux servant de témoins et de lapins tuberculisés, soit par injection intraveineuse, soit par injection intrapéritonéale.

Après la mort des animaux, les sacs ont été retirés puis ouverts. Avec le contenu on a ensemencé des bouillons glycérinés, de la gélose glycérinée, des pommes de terre glycérinées. Les sacs ont été refermés, puis introduits dans des ballons de bouillon, cela pour constater leur étanchéité. Cette constatation était nécessaire, car il ne faut pas oublier que, dans le même organisme, deux tuberculoses de différentes virulences évoluaient. Si par cas le bacille virulent s'était introduit dans un sac, le contenu de ce dernier n'aurait été en rien modifié dans ses propriétés physiques. Le liquide du ballon devrait être en principe ensemencé, mais cela fut inutile, car dans tous les ballons il s'est développé du coli bacille. Sur huit sacs, un seul n'est pas resté étanche.

Le contenu des sacs n'a donné de culture que sur pomme de terre glycérinée. Les autres milieux sont restés stériles. Les auteurs recherchent le motif de cette dissemblance. Ces cultures sur pomme de terre glycérinée provenant des animaux sains et des animaux tuberculisés se sont développées parallèlement avec un retard de quelques jours sur des cultures en même milieu effectuées à la même époque avec la culture homogène normale. Les auteurs n'ont pu donner encore le résultat de leurs recherches sur les modifications possibles de la virulence des bacilles contenus dans les sacs. En ce qui concerne la végétabilité, ils concluent que la végétabilité du bacille de Koch et d'allures saprophytiques, évoluant chez des animaux tuberculeux, à l'abri des cellules actives de l'organisme, ne semble pas sensiblement modifiée.

VARIA

A propos de la mort de M. Curie.

La mort de Curie brutalement écrasé au coin d'un carrefour frappe indirectement le Corps médical, le père du grand savant étant un médecin praticien. Tous les journaux à propos de cette perte, vivement ressentie par le monde entier, ont raconté la vie laborieuse et modeste du physicien. Cette vie permet de faire quelques réflexions sur la vanité des titres officiels, que Curie a eu l'avantage de dédaigner et peut être de mépriser avec quelques raisons. Pour que Curie devînt professeur en Sorbonne, membre de l'Institut, etc., pour qu'on lui proposât la croix de la Légion d'honneur, qu'il s'empressa, du reste, de refuser, il a fallu que cet homme de labeur, dont la plupart des travaux avaient été publiés, fût sacré grand savant par une Académie étrangère et que le prix Nobel lui fût attribué. Sans cela, Curie fût resté inconnu, professeur de collège ou de lycée; sa place à l'Institut eût été occupée par un fils d'archevêque dont la table aurait été appréciée par ses futurs collègues ou dont les intrigues, les visites et les appuis auraient remplacé les titres scientifiques. Chez nous, ceci se voit tous les jours. Ce que l'on voit encore c'est le rôle secondaire que nos institutions officielles font jouer à Mme Curie, bien qu'il soit avéré qu'elle ait pris une part active aux découvertes de son mari et que le prix Nobel ait été attribué à la fois à M. et Mme Curie. Mais Mme Curie est une femme et la *Science officielle* n'admet encore pas chez nous les femmes dans son sein. J. N.

Instructions sanitaires dans les campagnes.

La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, établit dans son article 1er que, dans toute commune, le maire doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la salubrité publique et notamment celle des maisons, ainsi que l'alimentation en eau potable et l'évacuation des eaux résiduaires. Dans un rapport, le ministre de l'agriculture constate que jusqu'ici les agglomérations un peu importantes ont été les seules dans lesquelles on se soit efforcé de mettre en pratique les prescriptions de la loi. Mais dans les campagnes l'application en est très difficile, et cela pour plusieurs motifs, dont le principal est l'ignorance dans laquelle se trouvent les populations rurales des règles de l'hygiène appplicables à l'homme et aux animaux. Le ministre estime qu'il est nécessaire de mettre à la portée de tous des instructions simples, claires, précises, dans lesquelles on indiquera les règles à suivre pour protéger la santé des hommes et des animaux et tous les bénéfices que l'on peut en retirer au point de vue économique. En conséquence, M. Ruau vient de nommer une commission composée de techniciens autorisés, chargés de l'élaboration d'instructions

que le département de l'agriculture répandra dans les campagnes par tous les moyens dont il dispose.

Cette commisssion est ainsi composée : Le docteur Brouardel, membre de l'Institut, président : MM. Chauveau, membre de l'Institut, et le docteur Bordas, professeur au Collège de France, vice-présidents. MM. le docteur Binot, chef de service à l'institut Pasteur ; Blanc, architecte diplômé du gouvernement ; Borne, médecin des épidémies ; Georges Brouardel, médecin des hôpitaux : Cazelles, secrétaire général de la Société des viticulteurs de France ; Chassevent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Fagot, agriculteur, membre du conseil supérieur de l'agricultnre ; Auguste Herbert, agriculteur à Lagny ; Martel, spéléologue ; Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Thierry, inspecteur général de l'assainissement de Paris : Vallée, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort : Guiart, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Une épidémie mystique au Pays de Galles.

Une épidémie de mysticisme, qui rappelle les convulsionnaires du XVIIIe Siècle, vient de se manifester au Pays de Galles D'après le *Temps*, une voyante poursuit une série de meetings, et son exaltation donne lieu à des scènes extraordinaires. S'étant rendue dans une ferme de la vallée de Swansea, elle tomba subitement évanouie, puis se réveillant au milieu du cercle de quarante hommes qui l'entourait, elle tendit les bras, poussa un cri et s'évanouit à nouveau. Un homme examina alors ses mains et prétendit y lire : « Je suis la résurrection et la vie. ». Le lendemain, dans la chapelle de Beula, elle adressa un discours incohérent à la foule, disant qu'elle avait passé la nuit sur le calvaire et avait entendu d'étranges nouvelles.

A ce moment, l'homme qui avait lu la veille dans les mains de la « femme merveilleuse de Carmel » tomba en pâmoison et une scène indescriptible suivit, toute l'assistance poussant des cris et chantant des cantiques divers.

Les haricots toxiques.

Le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets la note suivante :

Mon attention est appelée sur la mise en vente, dans le département de l'Eure, de haricots contenant une quantité notable d'acide cyanhydrique, poison violent. Ces légumineuses, de provenance exotique, présenteraient une forme irrégulière plus large à une extrémité qu'à une autre, et la particularité qu'elles sont multicolores, de nuances très différentes ; elles constituent un produit des plus dangereux, qu'il importe de proscrire sans le moindre délai de l'alimentation. Je vais d'ailleurs saisir de la question le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, mais dès maintenant je vous invite à porter d'urgence cette information à la connaissance des maires de votre département pour qu'une surveillance rigoureuse soit exercée chez les commerçants, sur les foires et les marchés.

Les fausses dents des Députés.

Un journal norvégien *Acten posten* nous signale un fait curieux qui vient de se passer en Norwège.

Les membres du Storthing (chambre) touchent douze francs d'indemnité par jour ; de plus, en cas de maladie, tout député a droit aux soins médicaux et aux médicaments gratuits. Quand on siège au parlement, on a besoin de cordiaux, or l'alcool, réputé comme poison, l'est également comme aliment et comme cordial. De là il peut servir de médicament contre l'anémie que leur cause les tracas de la politique ; aussi ces Messieurs se sont-ils fait octroyer gracieusement d'excellent cognac aux frais de l'Etat, bien entendu. Mais cela n'est rien. Comme pour parler au public, il faut prendre soin de sa mâchoire et que de mauvaises dents ou des molaires perdues peuvent empêcher l'effet de prononciation dans les belles périodes oratoires, les braves et honorables assaillirent les dentistes et se firent mettre des dents neuves, toujours aux frais de l'Etat. Malheureusement, on s'émut en haut lieu de ces prodigalités et, comme le dit M. Henri Bridoux, qui nous apprend cette aventure (1), le Gouvernement déclara que la Norvège n'avait pas assez de foin pour garnir tous ces râteliers, de sorte que les députés vont être obligés de rembourser au Trésor toutes les dents indûment perçues et que de là elles seraient distribuées aux établissements de bienfaisance.

Nous n'avons pas encore à l'actif de notre Chambre française de semblables scandales et nous sommes heureux, comme le dit en terminant M. Bridoux, « de rappeler à l'impartiale histoire que les députés français ont même refusé le paquet de tabac que M. Messimy voulait leur offrir pour bourrer une pipe à la santé de la République ». Albin R.

FORMULES

XXV. — Contre la lithiase biliaire.

Valérianate d'amyle		0 gr. 50
Mucilage de Caragheen		14 gr.
Huile d'amandes douces		12 gr.
Sirop de framboises	ãã	30 gr.
Eau distillée		

A prendre en une fois dans un verre de lait.

(H. Bocquillon-Limousin.)

XXVI. — Thériaque minérale.

Contre les états de dépression ou d'affaiblissement pouvant faire craindre la tuberculose, chez les prédisposés à la tuberculose, les prétuberculeux et même les tuberculeux :

Chlorure de sodium		15 gr.
— de potassium		10 gr.
Phosphate de soude		13 gr.
— de potasse		6 gr.
Glycérophosphate de chaux	ãã	0 gr. 50
— de magnésie		
Sulfate de potasse		
Carbonate de fer		2 gr. 50
Poudre d'hémoglobine		2 gr.
Glycérophosphate de fer	ãã	15 gr.
Jaune d'œuf		
Lactose		10 gr.
Caséine		5 gr.
Poudre de fève de Saint-Ignace		1 gr.
Poudre de rhubarbe		4 gr.

Diviser en 100 paquets. De 2 à 6 par jour, avant les repas.

(Alb. Robin).

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 2 mai.* — *M. Vallette* : Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines en obstétrique (MM. Pinard, Blanchard, Reclus, Richaud). — *M. Dalmon* : Le venin des serpents (MM. Blanchard, Pinard, Reclus, Richaud). — *M. Fau* : Essais sur l'atrésie senile du vagin (MM. Reclus, Pinard, Blanchard, Richaud).

Jeudi, 3 mai. — *M. Le Play* : Du rôle des substances minérales en biologie (MM. Dieulafoy, Joffroy, Raymond, Renon). — *M. Trinnoy* : La Mythomanie (MM. Joffroy, Dieulafoy, Raymond, Renon). — *M. Levy* : Essais sur les névralgies faciales (MM Raymond, Dieulafoy, Joffroy, Renon) — *M. Testart* : Contribution à l'étude du sternum infundibuliforme (thorax en entonnoir) (MM. Hutinel, Budin, Méry, Demelin). — *M. Sriber* : De la marche de l'accouchement gémellaire. (Etude statistique) (MM. Budin, Hutinel, Méry, Demelin).

Examens de doctorat. — *Lundi, 30 avril.* — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 3e (2e partie, Oral, Salle Béclard.) : MM. Dejerine, Balthazard, Macaigne — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Delens, Proust. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Claude, Labbé (Marcel).

Mardi, 1er mai. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Joffroy, Guiart, Maillard. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Le Dentu, Launois, Brin-

(1) *Débats*, 11 avril 1906.

deau. — 3e (2e partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Hutinel, Thiroloix, Gouget. — 4e (Salle Pasteur) : MM. Chantemesse, Robin, Duprée. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Rénon, Carnot.

Mercredi, 2 mai. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Déjerine, Desgrez, Macaigne. — 2e (Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Broca (André), Branca. — 3e (1re partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Kirmisson, Lepage, Cunéo. — 3e (2e partie, Oral, Salle Pasteur) : MM. Gaucher, Balthazard, Legry.

Jeudi, 3 mai. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Guiart, Maillard — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Pozzi, Launois, Brindeau. — 3e (2e partie Oral, Salle Broussais) : MM. Gilbert, Thiroloix, Carnot. — 4e (Salle Charcot) : MM. Pouchet, Vaquez, Dupré.

Vendredi, 4 mai. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Lepage, Branca. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Joffroy, Claude, Labbé (Marcel). — 4e (Salle Pasteur) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Legueu, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Delens, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 5 mai. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Troisier, Guiart, Maillard. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. De Lapersonne, Bonnaire, Launois. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Gilbert, Thiroloix, Carnot. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Hutinel, Méry, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques.

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptisie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab* à la dose de 3 à 6 par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 1 au samedi 7 avril 1906, les naissances ont été au nombre de 1008, se décomposant ainsi : légitimes 723, illégitimes 285.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1117, savoir : 582 hommes et 533 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 30 — Scarlatine : 5. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 8. — Grippe : 8. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 6. — Tuberculose des poumons : 233. — Tuberculose des méninges : 27. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 65. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 62. — Maladies organiques du cœur : 68. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 25. — Pneumonie : 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 134. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 10. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 12. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 37. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 55. — Morts violentes : 24. — Suicides : 9. — Autres maladies : 141. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

Pension nationale. — Le conseil des ministres a décidé que dès la reprise des travaux parlementaires le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts saisirait la Chambre d'un projet de loi ayant pour objet d'attribuer une pension nationale à Mme Curie et à ses enfants.

Prix de la Société de géographie. — Cette Société vient d'attribuer le prix Juvénal Dessaigne (médaille de vermeil) à M. le Dr Noël Bernard, pour ses études sur les Khâs du Laos.

Etrange remède pour le cancer. — *L'Evening Standard* publie l'information suivante que reproduit le *Matin* : « Le docteur italien Guido Pieraccino, après avoir essayé vainement pendant sept mois l'excision et les caustiques les plus efficaces dans un cas de cancer, a fait emploi d'infusions de feuilles de violettes fraîchement cueillies ; il dit que, après dix jours de ce traitement, le malade était à peu près guéri. »

Les épidémies a San-Francisco. — On télégraphie au *Matin*, de New-York, le 23 avril, qu'à San-Francisco quelques cas de fièvre typhoïde et de scarlatine se sont déclarés parmi les malheureux réfugiés dans les parcs de la ville sinistrée. Les autorités font appliquer les mesures sanitaires les plus rigoureuses et on ne croit pas que l'épidémie prenne de l'extension.

Exercices du service de santé. — Des exercices spéciaux du service de santé en campagne seront exécutés en 1906, conformément aux dispositions de l'instruction du 30 juin 1902. Ces exercices auront lieu : au camp de Châlons pour les 1er, 2e et 6e corps, à Paris, pour le gouvernement militaire de Paris et les 3e, 4e et 5e corps ; à Rennes, pour les 9e, 10e et 11e corps ; à Besançon, pour les 7e, 8e et 20e corps ; à Lyon, pour le gouvernement militaire de Lyon et les 13e 14e et 15e corps ; à Toulouse, pour les 12e, 16e, 17e et 18e corps.

Corps de santé militaire. — Les médecins aides majors Sibille, du 17e chasseurs, et Nugue, du 3e bat. chass., sont autorisés à permuter.

Dangereuse consultation. — Une aventure peu banale est arrivée à un de nos confrères de province durant un de ses séjours à Paris où son fils exerce lui-même la médecine. En voici la relation d'après les journaux qui ont relaté non sans détails, cet intéressant fait divers :

Dernièrement, M. X. notre confrère, fit la connaissance d'une jeune parisienne qui le séduisit au point de l'amener à une demande en mariage. La présentation à la famille de la future épouse eut lieu chez le beau-frère de la jeune fille. Le docteur invité à dîner pour le lundi de Pâques ne manqua point de s'y rendre. Au dessert la maîtresse de la maison fut prise d'une indisposition subite. Le docteur examina la malade et promit de la venir voir. Le lendemain il revenait ; la jeune femme demanda à être auscultée. Elle commençait à se dévêtir, lorsque la porte s'ouvrit brusquement et parut le mari, le revolver au poing, prétendant son honneur outragé.

Devant les protestations d'innocence du médecin, le farouche époux consentit à faire grâce de la vie au malheureux docteur, mais lui fit signer une reconnaissance de 10,000 francs. Mais une fois dehors, notre confrère retrouva son sang-froid, se dissimula sous une porte, attendit la sortie du maître chanteur et le fit arrêter, il est actuellement au dépôt.

Banquet annuel de l'internat en médecine (1906). — Le Banquet annuel des Internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, le samedi 28 avril, à 7 heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Debove, doyen de la Faculté. Le prix de la souscription est fixé à quinze francs pour les anciens internes et à douze francs pour les internes en exercice. Pour s'inscrire, s'adresser à M. le docteur Verchère, commissaire du Banquet.

Les croque-morts a San-Francisco. — *Vols abominables.* Sacramento, 21 avril. Un pharmacien de San-Francisco, M. Neve, affirme que certaines personnes qui sont chargées d'enlever les cadavres coupent les doigts des femmes et les cachent dans leurs poches afin d'en tirer les bagues en diamants. Lorsqu'on les surprend, on les fusille. Le pharmacien ajoute que, dans la poche d'un de ces individus, qui a été fusillé, on a trouvé cinq bagues en diamants retirées des doigts des morts. M. Neve déclare aussi qu'un grand nombre de soldats, exténués par leur travail, ont pénétré dans des débits de boissons, se sont enivrés, et ont fusillé beaucoup de personnes innocentes. La tentation de boire des liqueurs spiritueuses était à peu près irrésistible, car, quoique la nourriture fût en abondance, on ne pouvait pas se procurer de l'eau. (*L'aurore*, 22 avril).

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des Hospices civils de Saint-Etienne prévient qu'il

sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 octobre prochain, un concours public pour une place de chirurgien de ses établissements. Ce concours aura lieu devant la Commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de 5 épreuves. Le chirurgien à nommer entrera en fonctions le 1er juillet 1907, son traitement est fixé à 2.000 fr. par an. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Hospices, rue Valbenoite 40, à Saint-Etienne.

Muséum d'histoire naturelle. — *Conférences publiques du dimanche* (année 1906). — *29 avril* : Les anciennes collections d'histoire naturelle, M. L. Vaillant. — *6 mai* : L'air pur, l'air confiné, l'air vicié par la respiration et par la combustion, M. N. Gréhant. — *13 mai* : Le transformisme et l'agriculture, M. J. Costantin. — *20 mai* : Les bactéries. Bactéries nuisibles, M. L. Mangin. — *27 mai* : Les bactéries utiles, M. L. Mangin. — Les conférences auront lieu à trois heures dans le grand amphithéâtre du Muséum. — Les personnes désirant assister aux conférences du dimanche trouveront des cartes d'entrée à l'administration du Muséum tous les jours de 10 heures à 4 heures, sauf le dimanche. Les cartes permanentes du Muséum (cartes de naturaliste, carte d'invitation aux réunions mensuelles des naturalistes, cartes d'auditeur des cours, cartes d'artistes) serviront d'entrée pour les titulaires et leur famille.

Cours de géologie. — M. Stanislas Meunier, professeur, a commencé ce cours le mardi 24 avril 1906, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de la Galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Le professeur fait l'histoire du phénomène volcanique depuis les temps géologiques les plus reculés jusqu'à l'époque actuelle. Il insistera sur le caractère physiologique de la fonction volcanique dans l'économie générale de la terre et examinera les principales théories imaginées pour expliquer la production et l'allure des volcans de tous les âges. Le cours sera complété par des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

Cours d'anthropologie. — M. E.-T. Hamy, professeur, membre de l'institut a commencé ce cours le jeudi 26 avril 1906, à trois heures, dans l'amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les samedis, jeudis et mardis suivants, à la même heure. Ce cours est consacré à l'étude des progrès les plus récents de l'anthropologie préhistorique dans l'ancien et le nouveau mondre.

Office central des renseignemenns balnéaires. — La direction de la *Gazette des Eaux* rappelle à tous les intéressés qu'elle a créé, depuis plusieurs années déjà, dans ses bureaux, 60, rue Mazarine, à Paris, un service de renseignements, appelé *Office central des renseignements balnéaires.* Ce service se met entièrement à la disposition des médecins, directeurs de stations hydrominérales ou climatiques, exploitant de sources ou de sanatoriums, etc., désireux d'offrir ou de rechercher situations, postes, renseignements pour analyses de sources, exploitation, demandes en autorisation, captages nouveaux et anciens, etc. Il sera répondu, dans le plus bref délai, à toute demande de ce genre, adressée aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine, Paris (VIe).

Déontologie. — « Un dernier conseil : Médecin, ne parle jamais, à personne, de tes malades et des familles que tu soignes. Si on t'interroge, détourne la conversation sur d'autres sujets et fais comprendre ainsi à tous que le secret professionnel commande le respect absolu et du titulaire et du public. Le doigt sur les lèvres et mystère même devant la justice et les tribunaux : invoque toujours le secret professionnel et garde le silence qui t'honorera devant les juges et le public (Dr Vindevogel, *Le médecin*, du 15 avril 1906.)

Nécrologie. — Nous avons le sincère regret d'annoncer la mort, à Saint-Chély-d'Apcher (Lozère), de M. le Dr Ramadier, médecin en chef de l'hôpital Théophile-Roussel, ancien maire de Saint-Chély-d'Apcher. Agé de 83 ans, il était le petit-fils de M. Chazot, député de la Lozère à l'Assemblée législative de 1791, et l'ami et le compagnon de lutte du grand philantrope Théophile Roussel, son compatriote.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.* — M. le Dr Babinski reprendra ses conférences sur les maladies du système nerveux le samedi 5 mai 1906.

Enseignement libre.

Psychopathologie du tube digestif (2e semestre de l'année scolaire 1905-1606). — M. le Dr Paul Farez inaugurera, à la Faculté de Médecine (Amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le samedi 28 avril, à 6 heures du soir, un Cours libre de Psychopathologie du tube digestif; il le continuera les samedis de chaque semaine, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. JACQUES
14, rue Hautefeuille.

Gasne (E.). — Les fractures du crâne chez l'enfant. 1 vol. In-8° de 146 pages.

Librairie JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

Adamkiewigz (Albert). — Pensée inconsciente et vision de la pensée. Traduit de l'allemand par la baronne Henri de Rothschild. Un volume in-8° de 100 pages. Prix............. 2 fr.

Librairie RUEFF
6 et 8, rue du Louvre.

Crinon (C.). — Revue des médicaments nouveaux 13e édition. 1 vol. in-18 de 436 pages. Prix......................... 4 fr.

Librairie G. STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

Bruel (A.). — Traitement des chorées et des tics de l'enfance. 1 vol. In-8° de 104 pages. Thèse de Paris.

Librairie Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

Guermonprez (Fr.). — Fracture du poignet en sens inverse ou fracture par hyperflexion de l'extrémité inférieure du radius. In-8° de 52 pages.

Librairie H. JOUVE
15, rue Racine.

Mézie. — Des garderies d'enfants annexées aux usines. 1 vol. In-8° de 96 pages.

Librairie MASSON
120, Boul. Saint-Germain.

Dehan (H.) Ledoux-Lebard. — La lutte antituberculeuse en France. 1 vol. In-8° de 272 pages. Prix............... 3 fr. 50

Librairie F. ALCAN
108, Boul. Saint-Germain.

Francillon (M.). — Essai sur la puberté chez la femme. 1 vol. In-18 de 300 pages. Prix.............................. 4 fr.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Vauthier. — Sur les moyens tendant à empêcher la propagation de la tuberculose dans les écoles. In-8° de 36 pages. Extrait de la *Rev. d'hygiène et de méd. infantile.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 5 MAI 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

(COURS, Vme LEÇON.)

La stérilisation des salles d'opération.

Par le Pr **L. LONGUET** (de Rouen)

SOMMAIRE. — Aperçu historique rapide des doctrines relatives aux germes nocifs des salles d'opération et locaux chirurgicaux.

I. *Des microorganismes des salles d'opération* : Leur existence.— Leur nature et la détermination de leurs espèces. — La technique de leur dosage. — Leur siège et leur provenance. — Leurs variations numériques. — Leur virulence. — La doctrine pastorienne des germes appliquée par Lister aux salles chirurgicales reste entièrement debout. — Le rôle de l'air doit être pris en considération.

II. *Stérilisation germicide* de ces locaux (Lister.) 1° Procédé antiseptique des pulvérisations, ou spray. — 2° Procédé antiseptique du mouillage. — 3° Procédé de l'évaporation d'un liquide antiseptique. — Insuffisance et inconvénients de toute la méthode : elle est partiellement germicide, mais nullement sporicide.

III. *Stérilisation sporicide* des locaux chirurgicaux. (Longuet.) Méthode de la vapeur anhydre à 190° sous pression modérée. Il est possible, légitime, rationnel de stériliser radicalement une chambre métallique construite à cet effet. — Avantages et sécurité de la méthode sporicide.

Messieurs,

De tous temps, les chirurgiens se soucièrent du milieu ambiant et du « génie épidémique ». Hippocrate (1) redoutait l'air à cause de son action rafraîchissante. [illegible]rengeot (2), au début du XIXe siècle, expliquait sa nocivité par un effet irritant. Guillemeau (3) précisait en comparant cette irritation à celle des corps étrangers. Reportons-nous seulement à vingt années en arrière. Nous entendions alors les plus illustres maîtres accuser le « milieu » de leurs insuccès opératoires. En vérité, votre œuvre — laborieux ancêtres — est méritoire. Vous avez « empiriquement » acquis la conviction [illegible] qu'un danger vient d'un principe nocif de l'air.

Messieurs, le moment est venu d'affronter à nouveau le problème, d'y apporter le fruit de nos recherches et de nos réflexions ; de reviser les travaux de ceux qui nous ont précédés sur ce chemin ; d'établir s'il y a ou non péril du côté de l'air, enfin et surtout de nous prémunir contre les accidents provenant de cette source.

Or, si la notion du « génie épidémique » est empiriquement aussi vieille que la chirurgie, elle comporte encore « scientifiquement » de multiples points obscurs, et les moyens d'annuler les effets de l'air, de stériliser le « milieu », sont encore rudimentaires. Aussi bien, l'opinion très générale est que chercher la suppression radicale des microorganismes atmosphériques, c'est tout simplement poursuivre un but chimérique ; la chose est pratiquement irréalisable. Vous aurez, je l'espère, une autre manière de voir au sortir de la présente leçon.

§ I. Microorganismes des salles d'opérations.

Et d'abord, les microorganismes *existent-ils* dans les salles d'opération ? Messieurs, celui qui douterait de leur présence renierait l'une des plus belles découvertes de Pasteur, celle par laquelle, en 1863, il réfuta la génération spontanée ! Vous connaissez sans doute deux de ses célèbres expériences. Faisant filtrer un courant d'air sur une bourre de coton-poudre, Pasteur dissout ensuite cette bourre dans l'éther, laisse évaporer ce collodion, en examine le dépôt au microscope, et y constate une flore luxuriante de microorganismes bien vivants, qui végètent abondamment une fois transplantés eu milieu nutritif. Comme contre-épreuve, il remarque qu'un flacon de bouillon hermétiquement clos après ébullition préalable demeure indéfiniment stérile tant qu'il est privé d'air. Si l'on en fracture le col scellé, l'air entre et avec lui les germes ; puis bientôt il se trouble.

Renouveler semblable expérience est chose élémentaire. Voici une boîte de Pétri, contenant de la gélose stérile. Exposée pendant 10 minutes dans une salle d'opération, je la fermai ensuite, la déposai à l'étuve à 37°7. Le surlendemain, de multiples colonies la maculaient. Ainsi notre conviction est établie. Il y a des microorganismes dans ce local ; nous les voyons par nous-mêmes. D'ailleurs, le fait est surabondamment

(1) [illegible], BELLOSTE admirent aussi la nocivité de l'air par rafraîchissement.

(2) [illegible], PIBRAC, A. MONRO, LE DRAN, HUNTER, etc., exprimèrent aussi la notion de nocivité de l'air par irritation.

(3) [illegible], HÉVIN pensaient, comme Guillemeau, que l'air joue sur les tissus sensibles le rôle d'un corps étranger.

prouvé par les résultats similaires obtenus avant nous sur plusieurs points du globe : en Angleterre par Lister (1867) ; en France par Miquel (1883) à Paris dans les salles Michon et Lisfranc, de la Pitié ; puis par nous-même à Paris à la clinique gynécologique de la Salpêtrière (1893), par Quenu et Landel à l'hôpital Cochin 1903, par Lafolie à l'hôpital maritime de Brest, puis de Bordeaux (1901) — en Allemagne par Kummel (1885) à Hambourg, von Eiselsberg, Mikulicz et Flugge (1898), Noggerath (1901) — en Russie, par Pawlowki (1886) et Reudnew. S. (1893) — en Italie, par Durante et Néri (1888), pour ne citer que les recherches faites en milieu chirurgical parallèlement à d'autres poursuivies aux mêmes époques dans les locaux hospitaliers médicaux ! Enfin à côté de ces infiniment petits, est-il nécessaire de rappeler qu'il existe constamment dans l'air des organismes d'un ordre plus élevé, macroscopiques ceux-ci, parmi lesquels figurent en première ligne les muscidées, dont le rôle n'est pas à négliger comme agents de contamination, puisqu'ils apportent avec eux les microbes dont ils se sont chargés *intus* ou *extra*, et les sèment dans les plaies, quand ils ne les inoculent pas plus profondément par piqûre.

Ces germes, *où* siègent-ils ? Il y en a partout : les uns sont déposés sur les parois, le plafond, les murs, le plancher, les meubles, les objets ; les autres circulent dans l'air. Dans l'air il sont véhiculés par les gouttelettes, les bulles d'eau, dites « *poussières humides* » ; ou par les débris organiques minuscules, fibres végétales, graines de pollen, d'amidon, cadavres microbiens agglomérés qui constituent les « *poussières sèches* » dont un faisceau de rayons solaires entrant par fissure dans la salle obscurcie vous révèle optiquement la constante existence et la richesse numérique.

La flore des organismes aériens est d'une infinie *variété*. La détermination des espèces par la méthode des plaques nous montre après quelques heures de séjour à l'étuve :

1° Des *cryptogames* en grand nombre, moisissures, levures, aspergillus, champignons dont beaucoup à l'état sporique ; d'autres à l'état de mycélium, de végétation rameuse.

2° Des *schyzophytes* à forme de coccus, de bactérium, de spirille, de bacille. Pour ne citer que les espèces jusqu'ici déterminées en salle chirurgicale, je relève comme cocci : un diplocoque : (Pawlowsky) — du staphylococcus albus, (Longuet, Lafolie) — du staphylococcus aureus (Pawlowsky, Mikulicz et Flugge, Lafolie, Quenu et Landel) — du staphylococcus citreus (Pawlowsky, Longuet) — du streptococcus erysépilatus (Eiselsberg) — du tétragène (Longuet) — des sarcines blanches, orangées, et dorées (Lafolie). Parmi les bacilles, le pyocyanique (Longuet, Quenu et Landel) ; le coli (Longuet), le subtilis (Longuet, Lafolie). Notez que cette liste est à peine ébauchée. Voyez donc le grand profit tiré de quelques boîtes de Pétri ou tubes de Hesse !

Si maintenant nous voulons évaluer le *nombre* des microorganismes, la technique employée par les auteurs précités doit être considérée comme insuffisante. Ainsi l'on s'est souvent servi de tubes creux de Hesse ou de Pawlowsky (1), sur la paroi desquels on avait solidifié de la gélatine. Or ces tubes ont l'inconvénient d'être difficilement stérilisables par suite de leur longueur. Ils sont peu maniables. Ils donnent des résultats trop peurs, certains parasites-germes ou certains corpuscules-germes aspirés par le courant d'air pouvant les traverser dans toute leur longueur sans se fixer sur le dépôt nutritif. La numération des colonies est peu aisée. Le repiquage est souvent impossible. Le volume d'air éprouvé en un temps donné varie beaucoup dans les recherches.

Plus souvent on a procédé par exposition à l'air d'une boîte de Pétri à la gélatine pendant quelques minutes. Or, nombreux sont les germes qui cultivent mal ou pas sur ce milieu. Dans des expériences ainsi conduites, Miquel, dès 1883, vit certaines colonies pousser après un mois seulement. En outre, les microbes liquéfiants creusent vite des cupules envahissantes dont la rapide confluence empêche la végétation des autres espèces. Enfin le séjour à la température de 18 à 20° est peu propice au développement de nombreuses bactéries. En sorte que, bonne pour le déterminisme de quelques espèces, cette technique n'est pas bien satisfaisante pour le dosage numérique.

Je préfère le procédé des boîtes de Pétri à la gélo[se]. La mise ultérieure de l'étuve à 37° donne des résultats plus rapides et plus précis. Encore faut-il adopter quelques règles pour comparer les résultats. Ainsi je propose comme unité de temps, une exposition à l'air de 10 minutes, et comme unité de graduation, la numération des colonies comprises dans une aire de 5 cm de surface. Si maintenant nous ajoutons à cela des expériences similaires spéciales en milieu anaérobie, nous arrivons à ce résultat que les microbes des locaux chirurgicaux sont beaucoup plus nombreux que ne l'indiquent les recherches faites jusqu'à ce jour.

Toutefois certaines données semblent définitivement établies. Ainsi il y des variations *régionales*. Pawlosky pour les aérobies consigne dans les salles de chirurgie de Saint-Pétersbourg, 230 germes en moyenne alors que j'en ai trouvé 500 ; mais nous n'avons pas opéré dans les mêmes conditions de temps ni de numération. Selon toute vraisemblance, ici comme en hygiène générale, les salles d'opération dans les grands centres sont plus peuplées de bactéries que celles des petites villes.

D'autres variations sont *saisonnières*. En été, Pawlowsky trouve 900 germes là où en hiver il en relève 9000. Cette augmentation tient à plusieurs causes, en particulier à l'encombrement.

Les variations *horaires* sont incontestables. Les prises faites certains jours à midi sont beaucoup plus fécondes que celles du matin ou du soir, c'est-à-dire avant ou après les séances opératoires. Or l'explication de ces écarts est aujourd'hui clairement élucidée. Elle tient à l'*agitation* et l'apport des poussières causées par la présence, l'arrivée de nombreuses personnes. A la clinique de Breslau, Gottstein et Heile constatent que la salle d'opération contient seulement quelques germes par boîte de Pétri, lorsqu'elle est close depuis 12 heures. L'expérimentateur se couvre alors de la tête aux pieds de vêtements stérilisés, pénètre seul dans la salle avec un linge stérile, fait autant de poussière que possible. Alors les microbes sont plus nombreux : il y en a à 12, 15 par boîte. Quelques moments plus tard arrivent les assistants et voici que la teneur en germes devient encore 4 à 5 plus considérable. Quénu et Landel relèvent une proportion déterminée de colonies dans la salle d'opération, le matin avant l'opération. Le nombre de ces colonies devient triple au moment de l'interv[ention]

(1) Le tube de Hesse a 75 centimètres de long. Celui de Pawlowsky en diffère en ce qu'il est coudé 5 fois.

...n à laquelle assistent plusieurs personnes. Ainsi s'ex-...quent des résultats paradoxaux signalés par plusieurs ...périmentateurs dont l'exemple le plus frappant est ...ui de Quenu et Landel. Dans une chambre isolée de ...ppurante « vide » mais désinfectée après le départ ...a malade, le chiffre des germes aériens tombe à 27; ...rs qu'il est triple dans une salle de non suppurante, ...bitée, mouvementée. Or, dans la même chambre d'i-...lement, après un balayage à sec, le nombre des ger-...es monte à 500 et 800. Dix minutes après la cessation ...u balayage, il retombe à 190 et 45 minutes plus tard ...65.

Les variations *topographiques* dans le même local, ...ssortissent également à l'état de calme ou d'agitation. ...isant 3 prises, l'une à 2 mètres du sol, l'autre au niveau ...u lit, la troisième au niveau du plancher, nous avons ...ntrôlé que la teneur en germes augmente de haut ...n bas. Au contraire, Durante et Néri consignent une ...neur maxima au niveau du plan du lit avec diminu-...n progressive en-dessus et en-dessous de ce point. ...mment interpréter cette divergence entre ces résul-...t les nôtres. La chose s'explique bien simple-...nt. Les chirurgiens italiens on fait leur prise après ...urement et agitation de la salle, tandis que nous ...ns opéré après « sédimentation » des poussières. ...nclusons qu'en l'état actuel des constructions hospi-...ères chirurgicales, il importe d'éviter l'agitation par ...allées et venues, par les mouvements inutiles.

Allant plus loin dans notre enquête, il est intéressant ...lucider la *provenance* des microbes dans les salles ...ération. Je n'ai point à insister ici sur l'origine tellu-...e commune de tous les germes. Sachons seulement ...dès sa construction, la chambre est déjà peuplée de ...téries dont le dépôt se fait partout, sur les parois et ...objets. Cette sédimentation réalise une certaine pu-...ation. Mais de nouvelles contaminations survien-...à chaque instant qui proviennent de plusieurs sour-... L'apport se fait par objets divers, par courants d'air. ...es derniers sont particulièrement nuisibles lors-...ils traversent préalablement une salle de malades. ...nous devons conclure à la nécessité de supprimer ...le voie d'entrée.

L'*assistance* est une autre source de pénétration mi-...bienne. L'ambiance immédiate des personnes a été ...uvée particulièrement contaminée. Nous en dédui-...s le précepte de réduire le personnel au minimum, ...que sujet véhiculant des germes par les chaussures, ...vêtements, les cheveux, la barbe, et projetant des ...ticules septiques par la toux, l'énernuement, l'action ...e moucher, et l'action de parler.

L'apport microbien par les *semelles* n'a point encore ...é spécialement l'attention. Il est pourtant évident ...qu'on considère les nappes de poussière tellurique, ...croscopiquement visibles, déposées à chaque pas. ...r mieux évaluer ce mode de contamination, j'ai ...evé quelques parcelles de ce dépôt ; puis j'ai dilué ...parcelles dans un peu de bouillon pour les étaler ...sur une boîte de gélose. Une autre partie fut ...vée à l'abri de l'air. Or, j'ai retrouvé la richesse ...ordinaire et la qualité essentiellement septique de ...e tellurique, à l'état sporique ou bactérien, à vé-...ion aérobie et anaérobie, de stérilisabilité particu-...ment difficile. La conduite n'est donc pas irration-...de ceux qui préconisent le changement de chaus-...avant d'entrer en salle d'opération.

...es *vêtements* véhiculent eux aussi de nombreux pa-...sites qu'un artifice seul permet ici de dévoiler. Heile revêt une blouse stérile, panse une plaie suppurée à bacille pyocyanique, prend de minutieuses précautions pour éviter tout contact direct, n'agissant qu'à distance à l'aide de pinces et de ciseaux. Ceci fait, il enlève immédiatement la blouse, l'enferme en une boîte stérile et, par une technique un peu spéciale, procède à l'examen bactérioscopique. Or, il retrouve le pyocyanique. En renouvelant l'expérience à plusieurs reprises, il obtient constamment le même résultat.

La *barbe* a été suspectée. Hubener, Flugge ont eu la curiosité d'y faire quelques prises pour les ensemencer sur gélatine et ils ont constaté des staphylocoques blancs, et dorés, ceux-ci virulents.

Les *mucosités* aériennes, projetées par l'action de la toux, de l'éternuement, de la phonation et principalement l'action de se moucher seraient particulièrement dangereuses. Le fait ne doit pas surprendre ceux qui savent que chacun de nous recèle en ses cavités faciales, notamment dans la bouche, nombre de bactéries à l'état saprophytique ou virulent (1). Et ces microbes sont naturellement plus nocifs en cas de grippe, d'amygdalite, de coryza, de stomatite, d'angine, de bronchite. Heidenhaim perdit de péritonite septique une ovariotomisée parce que, dit-il, son aide était atteint de bronchite grippale.

Enrobés dans les mucosités, les microparasites tombent dans la plaie et tout comme les poussières sèches, inoculent par contact direct. Sans doute l'air de l'expiration normale, simple, n'est pas nocif. Au contraire même puisque, d'après les recherches de Lister, Tyndall, Strauss et Dubreuil, l'arbre aérien, formant filtre d'arrêt, retient les germes apportés par le courant inspirateur. En sorte que sur 600 bactéries en moyenne entrant à chaque respiration, il n'en ressort qu'une. Mais dans l'expiration forcée, dans le parler, l'éternuement, il en est tout autrement Hubener, Hœgler, Capmann, Mikulicz et Flugge, Kirstein, Mendés de Léon, ont fait sur ce point des constatations très intéressantes ; en particulier relativement à l'influence des parcelles de salive émises pendant la phonation. Hubener dispose sur une table d'opération 4 boîtes de Pétri. Puis il se rince la bouche avec une culture de prodigiosus et parle pendant 10 minutes devant la table. Dans tous les cas, les cultures sont positives. On remarque leur abondance prédominante dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche. Mendés de Léon enregistrant le nombre de paroles prononcées au cours d'une intervention simple, durant 45 minutes, compte une moyenne de 110 à 254 mots. Pour 300 mots, il recueille au moins 60 gouttelettes salivaires qui toutes cultivent sur une plaque de Pétri placée à 35 centimètres de la bouche, autrement dit à la distance ordinaire qui sépare la bouche de l'opérateur du champ de la plaie. Chaque goutte contient environ 4375 germes, parmi lesquels on remarque des diplocoques, des staphylocoques, des streptocoques, ceux-ci virulents et en prédominance numérique. Que penser dès lors de la contamination par projections salivaires, lorsque l'opération marche mal et dure longtemps ?

J'arrive à la question de *virulence* de l'air des salles d'opération, point fondamental, puisque de la nocivité positive ou négative résulte pour nous un plan de con-

(1) Miezkowsky, sur 48 individus sains trouve la staphylocoque doré 22 fois ; le streptocoque 33 fois, et 9 fois sur 13 le staphylocoque était virulent. Flugge sur 48 individus sains a décelé dans un tiers des cas l'existence d'un staphylocoque doré virulent, et parfois le streptocoque. Plus récemment, Bezançon est arrivé à des résultats sensiblement analogues.

duite différent. Or les chirurgiens sont jusqu'ici peu fixés sur la qualité nocive de l'atmosphère péri-opératoire.

Lister et ses disciples virent là dès l'abord un gros danger. La phrase suivante de Pflugger reflète l'état d'esprit à cette époque. « Tous les accidents opératoires tiennent à des nuages de microbes qui passent à certains moments comme des animaux hibernants, sur la tête des opérés malheureux ». Cette formule outrancière provoqua plus tard une réaction, dont Bergmann prit la tête : « On peut escompter, écrivait-il en 1890, la rareté de l'infection de la plaie par l'intermédiaire de l'air. Le contact des poussières atmosphériques et de leurs germes pathogènes avec la plaie est si court que généralement aucune action nocive n'a le temps de se produire. On peut d'ailleurs protéger la plaie en la recouvrant de compresses autant que le permettent les manœuvres opératoires ». Lister lui-même se rallia à cette manière de voir. « Quant au spray, ajouta-t-il, je me sens honteux de l'avoir recommandé autrefois dans le but de détruire les microbes de l'air. Ceux-ci n'ont pas le temps de perdre leur vitalité dans le nuage du « spray ». Je l'ai abandonné il y a trois ans (1887). Dans l'empyème, nous avons de bons résultats, malgré l'entrée chaque jour d'une quantité d'organismes de l'atmosphère dans la plèvre. Il semble s'en suivre logiquement que les parties flottantes de l'air peuvent être négligées dans notre œuvre chirurgicale » (1).

Ainsi dans l'espace de vingt années, les maîtres du mouvement chirurgical émettent deux opinions diamètralement opposés ! Où est la vérité ? A mon sens, elle est entre les appréciations extrêmes. Il me semble établi que les germes dont l'existence a été une fois de plus établie au début de cette leçon sont susceptibles de jouer un rôle d'ailleurs très inconstant. Parmi ces bactéries, nous avons signalé des espèces habituellement pathogènes, streptocoques, staphylocoques dorés, pyocyanique, coli. Quant aux saprophytes, j'ai exprimé maintes fois ce que nous en devons penser. En certaines conditions jusqu'ici imprécises, ils deviennent virulents. Cette transformation a été vérifiée pour le tétragène, pour le subtilis associés à d'autre microorganismes, en particulier au staphylococcus albus. En pareille symbiose, Hobbs (2) 1900 a vu le subtilis passer dans le sang, renforçant la virulence de certaines bactéries. Et plus récemment, Charrin a réussi à fixer sur le subtilis un certain degré de virulence. Admettons donc que les microbes de l'air peuvent être nocifs. D'ailleurs les produits de fermentation qu'ils engendrent sont de puissants auxiliaires pour l'évolution des pathogènes.

Au reste, voici la preuve que nos craintes sont justifiées :

L'inoculation des poussières aériennes d'une salle de chirurgie a donné à Paulowsky des abcès staphylococciques locaux et métastiques chez le chien. La folie, et nous chez le cobaye, Quénu et Landel chez le lapin, ont obtenu le même résultat. Dans un cas même, ces expérimentateurs ont déterminé une péritonite purulente chez le cobaye par bacille pyocyanique, extrait de poussières. Flugge a constaté une fois l'existence d'un staphylococcus aureus virulent dans la salle d'opération de la clinique de Breslau. Ma conclusion est donc que l'ambiance de l'opérateur est parfois nocive.

(1) Voir : BERGMANN, LISTER. — *Congrès international des sciences médicales*. Berlin, 1890.

(2) 13e *Congrès international des sciences médicales* tenu à Paris 2-9 août 1900.

Je dis : parfois, car j'ai, comme tant d'autres, obte[nu] des réunions parfaites en milieu singulièrement suspe[ct].

Que ceci suffise à nous donner l'éveil. Sans d[oute] l'action nuisible ne semble guère susceptible de dépa[s]ser en ses effets l'abcès local. Mais, somme toute, po[ur] faire bien ; pour mettre toutes les chances de réussite [de] notre côté, notre devoir est de tenir compte de ce mo[de] d'inoculation par contact, et de l'annuler si cela est en notre pouvoir. Voilà comment sans accepter intégral[e]ment la première conception de Lister, ni celle inver[se] de Bergman, j'arrive à une interprétation des faits inte[r]médiaires entre les deux doctrines extrêmes relatives [à] l'action de l'air en chirurgie, interprétation d'où décou[le] une série d'indications à remplir en pratique.

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICA[L]*

—

Certificats à fin d'internement.

Sans s'exposer à être taxé de médisance, on pe[ut] dire que les certificats délivrés par les médecins po[ur] l'internement des malades mentaux ne sont pas to[u]jours rédigés dans la forme convenable : tantôt ils [en] disent trop, et tantôt pas assez. Ainsi il est parfaitemen[t] insuffisant de certifier que telle personne est « attein[te] d'aliénation mentale, qu'elle est dangereuse pour elle[-]même et qu'il y a lieu de l'interner au plus tôt da[ns] l'asile le plus proche ». Une telle rédaction, qui [est] fréquente, ressemble, par son laconisme, à un jug[e]ment où manquerait l'exposé des motifs ; le certifi[cat] médical est, en somme, la pièce justificative de [la] mesure grave qu'est l'internement, à ce titre il m[érite] quelque soin. D'ailleurs, la loi du 30 juin 1838 a [eu] souci d'en déterminer le contenu : aux termes de [l'ar]ticle 8, il doit « constater l'état mental de la pers[onne] à placer, indiquer les particularités de la maladie [et la] nécessité de faire traiter la personne désignée dan[s un] établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée. [La] loi demande donc de motiver le diagnostic d'aliéna[tion] mentale par une énumération sommaire et concis[e des] symptômes observés et de conclure à la nécessi[té de] l'internement. En fait, cette nécessité est tirée le [plus] souvent du danger que le malade court pour lui-mê[me] ou fait courir à son entourage, de par son incons[cience] ou ses réactions.

Là se borne le rôle du médecin certificateur : il [ne] lui appartient nullement de fixer le temps pend[ant] lequel le malade doit être tenu renfermé à l'asile. [Ce] n'est pas une extrême rareté de voir des certificats [con]clure sans hésitation à l'internement « à vie » [des alié]nés criminels, semblant préjuger ainsi avec [...] l'incurabilité de l'état morbide sous l'influence [duquel] le crime a été commis, ou se méprenant sur la de[stina]tion de l'asile, qui est un lieu de traitement, non [de dé]tention, et qui légalement doit évacuer ses pens[ionnai]res, aussitôt la guérison constatée. A l'autorit[é]

nistrative seule incombent le pouvoir et la responsabilité d'ordonner le maintien à l'asile par mesure de sécurité. L'internement à vie des aliénés criminels n'est pas admis comme principe et il ne saurait le devenir, étant inhumain, irrationnel et illégal. En droit, l'aliéné guéri doit sortir, même s'il a commis un crime. En fait, il faut reconnaître que des garanties très sérieuses doivent être données à l'ordre public et à la sûreté des personnes par une convalescence et une observation suffisantes de façon à prévenir dans la mesure possible tout retour offensif.

Quant aux conditions matérielles mêmes du certificat, il serait oiseux d'y insister si un grand nombre de praticiens ne semblaient les ignorer. Faut-il rappeler que les certificats à fin d'internement sont soumis au timbre, à moins d'être destinés à des indigents; qu'ils doivent être datés et porter une signature dûment légalisée. Tous ces soins, toutes ces formalités et garanties ne sont point de trop pour légitimer l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'internement sous la législation actuelle (1). F. TISSOT.

A propos des réformes de l'Enseignement médical.

Le Bulletin de notre collaborateur, M. le Dr Tissot, vient, sans que nous l'ayons demandé, à l'appui des critiques qui se multiplient et que nous avons renouvelées sur l'insuffisance notoire de l'Enseignement médical officiel au point de vue pratique. Certains de nos amis nous ont objecté qu'à la Faculté de médecine de Paris on était parvenu à réaliser, même au point de vue pratique, un enseignement presque parfait et ils nous citaient à l'appui : l'enseignement pratique de l'anatomie et l'enseignement clinique de l'obstétrique, qui depuis assez longtemps assurent à tous les étudiants une instruction spéciale plus que suffisante. Nous sommes les premiers à le reconnaître, tout en rappelant que ces réformes ont demandé une énergie et un dévouement peu communs de la part de ceux qui les ont accomplies. Il existe, c'est évident, des professeurs et des agrégés qui, en dépit de l'esprit de routine et de la mauvaise organisation qui règnent dans nos établissements d'enseignement supérieur, ont fait et font consciencieusement leur devoir et donnent à leurs élèves toute l'instruction qui leur est nécessaire. Mais à cette règle on ne devrait pas souffrir d'exception. Si sur quelques points, des maîtres dévoués sont parvenus à organiser à Paris un enseignement médical irréprochable, nous ne pouvons comprendre pourquoi leur exemple n'a pas été suivi. J. NOIR.

(1) Nous reviendrons prochainement sur cette grave question, si importante au point de vue pratique (B.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril.

Hémorrhagies latentes du tube digestif. La réaction de Weber et sa valeur séméiologique.

MM. A. MATHIEU et ROUX. — La présence du sang, même en quantité infime, dans les matières fécales ou dans le contenu gastrique est le signe péremptoire d'une ulcération gastrique ou intestinale. La réaction de Weber (teinture de gaïac, suc extrait éthéroacétique) qui peut être employée pour les fèces et le contenu gastrique a été faite par les auteurs dans un grand nombre de cas, où ils soupçonnaient une ulcération du tube digestif. Les données qui résultent de leurs recherches sont les suivantes : 1° à l'état normal la réaction de Weber sur les fèces est toujours négative, pourvu que le sujet soit à un régime sans viande; 2° dans l'ulcère aigu de l'estomac, la présence du sang est à peu près constante. Elle est fréquente dans l'ulcère chronique ; 3° dans le cancer de l'estomac, la présence de sang dans les fèces existe d'une façon constante ; 4° dans les ulcérations intestinales et dans la cirrhose hépatique, la réaction de Weber est souvent positive.

Gangrène pulmonaire consécutive à la submersion.

M. BERGÉ rapporte l'observation d'une femme qui se jeta dans la Seine, et qui, repêchée et transportée à l'hôpital, y fit une broncho-pneumonie du côté droit et un foyer de gangrène pulmonaire dans le poumon gauche (crachats et haleine d'odeur fécaloïde). Guérison en une dizaine de jours. L'introduction de l'eau de Seine et de ses germes putrides dans les bronches a été la cause directe de cette gangrène chez une prédisposée.

Un cas de trypanosomiase chez un blanc.

M. NATHAN-LARRIER. — Ce malade revient du Congo, où il a eu des accès de fièvre à type régulier et irrégulier sans aucun des signes de la trypanosomiase : œdème, érythème, troubles visuels, accidents nerveux. Deux trypanosomes ont été trouvés par l'examen de dix lames.

Rétentions chlorurées dans la néphrite interstitielle.

MM. BERGOUIGNAN et FIESSINGER rapportent deux observations de rétention chlorurée au cours de la néphrite interstitielle. Pendant deux mois ils ont étudié la déchloruration, le poids et la tension artérielle de leurs malades. La tension artérielle resta très élevée chez l'une, tandis qu'elle tomba chez l'autre. Chez les deux malades l'appétit s'est relevé, le poids a augmenté, la dyspnée a disparu. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 avril 1906. — PRÉSIDENCE DE M. BERNE, vice-président.

La séance est ouverte à 4 h. 45.

A l'unanimité, le procès-verbal de la précédente réunion est adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.— Journaux habituels: *Bulletin de la Société médico-chirurgicale* ; *La Normandie Médicale* ; *La Revue du Foyer Français* ; *Le médecin Praticien.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE — 1° Lettre de M. le Dr Desnos s'excusant de ne pouvoir présider la séance en raison de l'opération d'appendicite que son fils vient de subir.

La Société est unanime pour envoyer à son Président les vœux qu'elle forme pour le prompt rétablissement de son fils.

2° Lettre de M. le Dr Ch. de Blois, de Trois-Rivières (Canada), secrétaire général du Congrès, demandant les statuts de la Société et posant sa candidature comme membre correspondant à titre étranger. Parrains : MM. Adelstan de Martigny et Buret. Cette demande est prise en considération. Les statuts, anciens et nouveaux, seront envoyés par les soins du secrétaire général.

*

3° Lettre de M. Adelstan de Martigny (Montréal), qui remercie la Société de lui avoir confié les fonctions de délégué au Congrès de Trois-Rivières.

M. le Dr Blondin, candidat au titulariat, donne lecture de son travail de candidature intitulé : **Note sur un cas de pouls lent permanent** (sera publié).

Cette candidature est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Coudray, Audistère et Duclaux, rapporteur.

M. Berne fait une communication ayant pour titre :

Sur le traitement manuel de la névralgie sciatique. (Procédé du genou) ;

Par le Dr G. BERNE,
Vice-président, ancien interne lauréat des Hôpitaux.

Lorsque les moyens thérapeutiques usuels : frictions térébenthinées, hydrothérapie, électrothérapie, cautérisations ignées, révulsions, etc., ont échoué, les malades atteints de sciatique viennent fréquemment demander à la massothérapie, sous ses diverses formes, le soulagement et la guérison. Le massage soulage presque toujours les névralgies sciatiques, et, uni à certaines pratiques dont je vais faire la description, guérit très fréquemment les sciatiques rebelles ; il s'agit, bien entendu, non pas de sciatiques d'origine centrale, mais de sciatiques périphériques ayant eu un caractère névritique. Lorsqu'il y a de la claudication, de la rétraction musculaire, on peut tenter le redressement du membre. J'ai l'habitude d'employer le procédé auquel j'ai donné le nom de « *procédé du genou* », en 1886. Le nerf sciatique, passant entre le bord postérieur du grand trochanter et l'ischion, s'appuie, comme l'on sait sur l'épine sciatique sur laquelle, après sa sortie, du bassin, le faisceau aplati du nerf est facile à comprimer.

J'ai pensé qu'une telle disposition anatomique pouvait être utilisé, au point de vue thérapeutique et permettre la compression systématique du nerf sur le plan osseux qui l'avoisine.

Je fais étendre le malade dans le décubitus dorsal sur une chaîne longue peu élevée. Je me tiens debout du côté du membre malade. S'il s'agit du sciatique droit, je fléchis mon genou droit et l'applique fortement sur l'échancrure sciatique droite du sujet. Saisissant alors l'extrémité du membre inférieur droit, je fléchis la cuisse du malade sur le bassin, tout en étendant sa jambe sur sa cuisse ; ainsi se produit une élongation douce, progressive, sans aucun danger. Je rappelle que Billroth employait un procédé à mon avis dangereux et par trop rigoureux, et qui consistait non pas à comprimer le sciatique à son point d'émergence, mais à obtenir l'extension totale du membre inférieur, le pied du patient s'appliquant tout près de son oreille. Billroth chloroformait ses malades.

L'opérateur allemand exposait ses malades :

1° Aux inconvénients de la chloroformisation ;

2° Aux luxations de la hanche ;

3° Aux fractures du col du fémur chez les sujets âgés.

Avec le procédé que j'emploie depuis près de vingt ans, que j'appelle « *procédé du genou* », et dont j'ai le droit de réclamer l'entière paternité, aucun danger n'est à redouter, puisque l'extension est douce et progressive et qu'elle ne nécessite pas la chloroformisation; ce moyen m'a donné d'excellents résultats dans les vieilles sciatiques-névrites, chez des sujets ayant subi en vain tous les traitements classiques usuels.

Dans le traitement manuel de la sciatique, j'ai l'habitude d'adjoindre à l'extension telle que je viens de la décrire les divers exercices comprenant l'adduction et l'abduction actives et passives du membre malade, les mouvements de circumduction, la flexion combinée à la rotation du tronc. Mais tous ces moyens sont secondaires si on les compare à l'action vraiment rapide, efficace « *procédé du genou* » : grâce à ce moyen, *l'élongation du sciatique* s'opère aisément sans qu'il y ait besoin de recourir à une intervention sanglante ni à des mouvements dangereux pour les malades.

Il s'agit, je le répète de la variété « sciatique névrite » de cause périphérique. Il y a quinze ans environ, dans un cas de sciatique rebelle double, d'origine rhumatismale, j'ai employé la suspension unie au procédé d'élongation que j'ai décrit ci-dessus. Le résultat fut rapide et la guérison s'est entièrement maintenue.

Il existe donc des cas de sciatique, dans lesquels la guérison ne peut être obtenue qu'avec l'élongation. Comment celle-ci agit-elle ? Sans doute, l'enveloppe fibreuse des nerfs est-elle assouplie par les manœuvres thérapeutiques manuelles et fait disparaître la compression possible des filets nerveux. C'est une hypothèse sans doute, mais les faits semblent donner raison à cette opinion.

M. Coudray demande à M. Berne s'il a vu des cas de névralgies sciatiques dues à la présence de veines dilatées se trouvant à l'émergence du sciatique.

M. Berne a eu affaire, en effet à des cas semblables, où la douleur était provoquée par la compression du nerf par des paquets variqueux. Mais il a toujours refusé d'intervenir dans ces cas, qui relèvent uniquement de la chirurgie, la seule méthode de traitement etant de lever la cause de la compression.

A 6 heures précises, la Société, réunie en Assemblée générale, procède au vote sur la modification des statuts.

Assemblée générale du 28 avril 1906.

Vote sur la modification des statuts.

Résultat du scrutin

Membres titulaires inscrits : 65.
Nombre de votants : 46.
Majorité relative (2/3 des votants) : 31.
Majorité absolue (moitié + 1 des titulaires) : 34.

Pour la modification	34 voix.
Contre	11 —
Bulletin blanc	1 —
Total	46 —

Le quorum étant atteint, le texte des nouveaux statuts proposés est adopté. La Société donne mandat au rapporteur, M. Dubar, de soumettre ces modifications à l'approbation du gouvernement.

La séance est levée à 7 heures.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel,* Vian.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Séance du 25 avril 1906, sous la présidence de M. Bonnier.

M. le Président lit une lettre d'excuses de M. Bezault qui ne peut assister à la séance : la suite de la discussion sur l'épuration biologique des eaux d'égout est remise à une prochaine séance.

Discussion sur les constructions hospitalières. — M. Sim[illegible] lit un travail sur la construction des hôpitaux pour contagieux. L'idéal serait d'isoler chaque malade dans une salle à part ; mais outre que ce serait dispendieux, le service des infirmiers et celui des élèves en médecine serait fort difficile. Il faut donc avoir des chambres d'isolement contenant un certain nombre de contagieux. D'un autre côté, comme

l'intensité des diverses épidémies est variable, il pourrait arriver que certaines chambres fussent pleines de malades, tandis que d'autres seraient vides ou à peu près. Pour parer à cet inconvénient, il serait bon d'avoir, dans l'hôpital, des segments interchangeables entre les divers genres d'épidémie.

M. Lemoine lit un travail sur l'organisation du service subalterne dans un hôpital cellulaire. Il fait remarquer que les grands hôpitaux ne pourraient avoir que difficilement une division cellulaire, ne fût-ce qu'à cause du service des étudiants.

M. L. Martin constate qu'il est d'accord, tout au moins théoriquement, avec M. Simonin, qui demande des segments interchangeables. En pratique, au lieu de segments de 14 ou 16 lits, il voudrait qu'on se contentât de chambres de 3 ou 4 lits. Ce dernier système sera excellent, si l'on a des infirmiers rompus aux pratiques de l'antisepsie ; ce qui est rare malheureusement, car un infirmier n'arrive guère qu'au bout de deux ans à avoir les qualités requises dans un service de contagieux.

M. Drouineau dit que le système préconisé est bon pour les grandes villes, où les malades sont nombreux. En province, il suffit d'avoir, dans l'hôpital, un pavillon de contagieux à chambres séparées. Et, s'il survient une épidémie à laquelle le pavillon ne saurait suffire, on construit des baraquements en matériaux légers, où on loge le surplus des contagieux. Il est d'accord avec M. Martin pour reconnaître que l'on ne saurait arriver à de bons résultats sans des infirmiers connaissant très bien les pratiques de l'antisepsie.

M. Calmette se plaint que, dans l'étude des constructions hospitalières pour contagieux, on ne se soit pas préoccupé de la présence des mouches, qui, comme on sait, sont des agents de transmission de la tuberculose, du choléra, etc. Il voudrait que les fenêtres fussent munies de toiles métalliques assez fines pour empêcher leur entrée dans les salles.

M. Drouineau croit que cette précaution serait inutile pour un certain nombre de maladies : et, pour les autres, si le remède était efficace, ce dont il doute, ce serait une complication et une dépense supplémentaires, car il faudrait tenir toujours ces toiles en bon état.

M. Thierry croit qu'on devrait surtout protéger les aliments contre l'invasion des mouches ; les garde-manger devraient être entourés de toiles métalliques.

M. Vaillant s'élève contre l'emploi des toiles métalliques qu'on préconise : au bout de peu de temps ces toiles se couvriront de poussières plus ou moins chargées de microbes ; de plus ces toiles empêcheront d'une manière très sensible l'entrée de l'air dans les salles.

M. Martin a constaté qu'à l'hôpital Pasteur, en lavant le sol avec de la crésyline, les mouches disparaissaient d'elles-mêmes, tandis que le lavage à l'eau de javelle, par exemple, ne produisait aucun effet.

Après diverses observations, la Société, sans vouloir préconiser aucun système de protection contre les mouches, se borne à émettre le vœu que cette protection soit opérée *par tous moyens mécaniques ou chimiques.*

M. Fournier lit un travail sur la *désinfection*, d'où il résulterait que le meilleur désinfectant serait le formacétone ; à sa commodité d'emploi et à son bas-prix relatif, il joindrait l'avantage d'une efficacité certaine.

A. Pujol.

Concours d'ophtalmologie. — *1re épreuve* : Poulard 27, Chaillous 27, Dupuy-Dutemps 28, Monthus 26, Serini 26. — *2e épreuve* : Poulard 29, Dupuy-Dutemps 29, Chaillous 28, Monthus, 8. — *3e épreuve* : Poulard 29, Chaillous 29, Dupuy-Dutemps 227, Monthus 27.— *4e épreuve* : Poulard 19, Dupuy-Dutemps 19, Monthus 18, Chaillous 17.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Un traitement rationnel de la tuberculose. L'influence de la décalcification et de la calcification.

Souvent les maladies guérissent spontanément, le rôle du bon thérapeute consiste à se rendre compte des phénomènes qui amènent la guérison spontanée, à éviter de les gêner par une médication intempestive, au besoin à leur venir en aide et à les suppléer en usant de procédés analogues si, pour une raison quelconque, ils venaient à manquer.

C'est en se basant sur ce fait, que tout médecin observateur a pu constater, que le Dr Paul Ferrier a fait ses recherches sur le traitement de la tuberculose. Il en a publié, il y a déjà quelques mois, le résultat dans un petit livre intitulé : *La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée. Traitement et prophylaxie* (1). Nous aurions déjà publié l'analyse de cet intéressant ouvrage, si, avant de le faire, nous n'avions voulu nous-même expérimenter le traitement préconisé par M. Ferrier et lui apporter ainsi le faible appui de nos propres observations, qui paraissent concorder avec ses conclusions.

M. Ferrier commence par constater les nombreux cas de guérison qui suivent les premières manifestations de tuberculose. Le processus de ces guérisons consiste le plus souvent dans la calcification des tubercules, les autopsies en donnent la démonstration indiscutable. D'autre part, M. Ferrier admet que l'évolution de la tuberculose est sous l'influence de la décalcification et qu'elle s'arrête si l'on calcifie le tuberculeux. Les observations de Bouchard, les expériences de Teissier en 1876, au moyen de l'acide lactique, et de Charrin en 1905, prouvent que la décalcification a lieu à tout âge et que cette décalcification a une influence considérable sur la marche des infections en général et de la tuberculose en particulier.

Cette décalcification, M. Ferrier la constate dans les modifications que subissent les dents sous son influence. Non qu'il y ait une relation directe entre la carie dentaire et la tuberculose, mais parce que ces deux affections sont profondément influencées toutes les deux par la décalcification.

M. Ferrier a fait d'intéressantes observations sur l'influence des troubles de la digestion gastrique, de la lenteur de cette digestion, de la formation des acides de fermentation dans l'estomac, sur la décalcification. Le pain blanc préparé à la levure de bière est cause de fermentations qui entrent pour une part importante aussi dans la décalcification de l'organisme.

M. Paul Ferrier fait jouer un rôle considérable au bicarbonate de chaux, des eaux d'alimentation dans la calcification des eaux et des dents.

Bonnes dents, dit-il, en pays calcaires. Mauvaises dents en pays granitiques.

Cette constatation doit subir de nombreuses exceptions ; dans les montagnes d'Auvergne, par exemple, les habitants ont généralement une bonne dentition et un squelette solide. Les eaux y sont cependant presque toujours pauvres en bicarbonate de chaux, car le pays est formé d'assises granitiques recouvertes d'un revêtement volcanique. M. P. Ferrier pourrait nous objecter, non sans raison, que les habitants de ces régions se nourrissent d'un pain plus grossier que celui de la région parisienne, d'où le sel de chaux de l'écorce des graines de céréales n'est pas complètement banni.

Après des expériences sur les cobayes, démontrant que les animaux aux aliments desquels on mélange des sels de chaux, résistent à l'inoculation de la tuberculose, quand d'autres non calcifiés succombent au bout de quelques mois, M. P. Ferrier appliqua sa méthode de traitement à l'homme :

Ce traitement consistait d'abord à empêcher l'introduction ou la formation d'acides dans l'organisme, car P. Ferrier considère les acides comme agents de décalcification, puis à faire absorber des sels de chaux sous une forme utile.

Il prescrit :

(1) Édité chez Vigot frères, 23, place de l'École-de-Médecine, 1906. Prix : 2 fr. 50.

1° Ne faire aucun usage de vin, bière, cidre, poiré, liqueurs, eau-de-vie, en un mot, de tout ce qui contient de l'alcool.

Ni salades, ni mets vinaigrés, ni oranges, ni citrons, ni limonade, ni orangeade. Ne manger de beurre ni au repas du matin, ni à aucun repas, sauf la petite quantité nécessaire à l'apprêt des légumes ou des pâtes.

Encore vaut-il mieux le remplacer par de la crème ou de la sauce blanche ?

Prendre le moins possible de sauces ou les éviter absolument. Ne pas manger plus de 200 à 300 gr. de pain par jour selon le poids du corps.

Comme légumes, prendre des pommes de terre, carottes, pois cassés, farines sous forme de pâtes alimentaires. Éviter de préparer ces dernières avec du gruyère vieux ou du parmesan.

Boire une eau minérale bicarbonatée calcique (Saint-Galmier par exemple) et déboucher la bouteille pour lui faire perdre une partie de l'acide carbonique libre.

Ne faire que les repas prescrits, et, en cas de sensation de faim à 4 ou 5 heures de l'après-midi, boire un verre d'eau de Saint-Galmier et ne jamais goûter.

Exercice modéré pour exercer l'appétit, ne pas chercher à manger beaucoup.

3° A 6 heures 1/4 du matin, prendre un verre d'eau de Saint-Galmier. Se faire au besoin réveiller pour cela.

A 7 heures, prendre 2 œufs, 50 gr. de pain et un des cachets.

Carbonate de chaux	0 gr. 50
Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 20
Chlorure de sodium..................	0 gr. 15
Magnésie calcinée............	0 gr. 05

A 11 heures 1/4, un verre d'eau de Saint-Galmier.

A midi, déjeuner avec viande maigre, œufs, poisson (sauf maquereau, hareng, saumon), ris de veau, rognon de veau ou de porc, foie, jambon maigre non fumé. La quantité totale de viande doit varier entre 150 gr. et 250 gr. Un peu de légumes, 100 gr. de pain.

Un cachet.

A 6 1/4 du soir, un verre d'eau de St-Galmer. Dîner à 7 heures ou 7 h. 1/2. Potage au bouillon de viande dégraissé avec pâtes d'Italie. Viande rouge ou blanche ; œuf ; quantité de viande de 150 gr. à 200 gr. très peu de légumes. Comme dessert, des fruits, cuits de préférence, des confitures, 50 gr. de pain. Un cachet.

Telle est l'ordonnance type qu'il appartiendra au médecin de modifier selon les circonstances, l'âge et les conditions du malade.

Pour les enfants, la dose de sels de chaux sera par jour, à un an, de 0 gr. 30 et on l'augmentera de 0 gr. 05 par année d'âge; à 14 ou 15 ans, la dose sera la même que pour l'adulte.

P. Ferrier recommande de saler les aliments, d'interrompre les sels calcaires en cas de constipation pénible et de donner alors un gramme de magnésie calcinée après chaque repas. Dans les familles pauvres, il préconise de faire prendre à tout le monde la poudre calcaire mélangée aux potages à chaque repas, tant par mesure curative que prophylactique. On ne négligera pas aussi les prescriptions hygiéniques usuelles (aération continue, frictions, révulsifs, nettoyage du visage, des mains, de la bouche, crachoir, etc.)

Le résultat du traitement est le retour des forces, la suppression des troubles digestifs et de la diarrhée, la suppression de la fièvre, des transpirations nocturnes, des hémoptysies, la limitation rapide, puis la diminution des zones d'infiltration. On peut adjoindre à la poudre phosphatée des sels de créosote dans les cas de cavernes où il existe des associations de microbes pyogènes au bacille de Koch.

P. Ferrier proteste contre l'usage exagéré des eaux sulfatées calciques. A son avis, le soufre, les sulfures et les sulfates sont défavorables aux tuberculeux. Il explique l'action favorable du séjour dans certaines stations sur l'évolution de la tuberculose surtout par la composition bicarbonatée calcique des eaux d'alimentation. M. Ferrier a une telle foi en l'action des eaux bicarbonatées calciques qu'il donne une longue liste des eaux de ce genre qui existent en France. La prophylaxie de la tuberculose pourra être assurée par l'addition, aux aliments des soldats, des enfants dans les collèges et des nourrices, d'un mélange de carbonate de chaux et de phosphate tricalcique.

En terminant, P. Ferrier remarque que la tuberculose est la conséquence et non la cause de la phosphaturie. C'est parce qu'ils sont décalcifiés que les prédisposés à la tuberculose de M. Albert Robin ont des échanges respiratoires exagérés; leur sang étant plus fluide, les battements cardiaques deviennent plus nombreux. Le phénomène opposé survient chez les arthritiques, gens bien calcifiés, qui sont moins sujets à la tuberculose et chez lesquels cette affection évolue difficilement. Enfin Ferrier a constaté une certaine intolérance de l'alcool chez les malades qui se calcifient.

Nous avons appliqué chez un certain nombre de nos malades le traitement de M. P. Ferrier ; nous avouons qu'il nous a été impossible d'obtenir chez la plupart une observation rigoureuse de ses prescriptions, en ce qui concerne la réglementation des repas, néanmoins nous avons constaté une amélioration notable, même chez des malades à une période avancée et atteints de tuberculose à localisations multiples (plèvre, poumon, péritoine).

La plupart de ces malades étaient dans les conditions sociales et hygiéniques les plus défectueuses (1). Il serait téméraire de porter après quelques semaines d'observation un jugement définitif sur l'influence de la calcification sur les tuberculeux, mais les quelques cas d'amélioration que nous avons constatés nous permettent d'espérer que les malades en voie de tuberculisation et surtout les enfants peuvent retirer de très sérieux avantages de la méthode si minutieusement étudiée par le Dr Paul Ferrier. J. Noir.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : M. le Dr Ch. MIRALLIÉ

—

I. — Paralysie des quatre membres et d'un côté de la face, avec dissociation de la sensibilité, développée en quelques heures, et résultant d'une méningo-myélo-encéphalite ; par Mills et Spiller. (*Journ. of nerv. and. ment. diseases*, 1903, janvier.)

Un nègre de 45 ans, syphilitique depuis deux ans et alcoolique, a fait une chute de wagon sans gravité le 26 sept. 1901 ; il accuse, le 25 décembre, des douleurs dans le bras gauche, et, le 22 janvier 1902, est paralysé, successivement du bras gauche, de la jambe gauche, de la moitié droite de la face supérieure et inférieure ; du bras droit et de la jambe droite. Cette paralysie s'établit en 6 heures. Pas d'aphasie, pas d'hémiopie, pas de paralysie du goût ni de l'odorat. Absence du réflexe rotulien et du signe de Babinski. Anesthésie thermique et douloureuse sur le tronc et les extrémités des muscles. Mort par cachexie progressive le 4 février.

L'autopsie montre des adhérences de la dure-mère cervicale et cérébrale. Pas de lésions macroscopiques des centres nerveux. Infiltration cellulaire autour de la pie-mère cérébrale et bulbaire ; lésions des noyaux bulbaires et des cellules de la région cervicale de la moelle très accentuées (chromatolyse). Les auteurs insistent sur la rapidité de développement de cette affection, qui fit penser à une hémorrhagie, alors qu'il s'agissait d'une myélite. La maladie semble être due à la syphilis.

II. — Etude expérimentale sur la forme du soulèvement ergographique ; par L. Lugiato. (*Rivista di patol. nervosa et menta...* décembre 1903.)

Cette étude, faite avec l'ergographe de Mosso et illustrée de nombreux graphiques, montre que l'instrument corres-

(1) Nous citerons notamment un de nos malades de notre serv... de l'Assistance médicale à domicile atteint d'infiltration des deux sommets et d'une caverne au sommet gauche. Ce malade, très affaibli par une pleurésie antérieure, une péritonite tuberculeuse qui avait nécessité une intervention chirurgicale, une diarrhée incoercible, s'est très notablement amélioré au bout de quelques semaines à la suite de l'administration de poudre calcaire. Il vit cependant dans des conditions d'insalubrité et d'encombrement peu communes.

pond bien au but pour lequel il a été proposé. La courbe du soulèvement est l'expression et l'émanation directe de la contraction musculaire. Pour les détails, cette étude est à lire dans le texte original.

III. — Œdème neurotrophique et vaso-moteur du membre supérieur droit ; par A. Testi. (*Riv. crit. di clin. méd.*, 1904.)

Une jeune femme de 23 ans accuse des douleurs à la main droite suivies de tuméfaction de la main gagnant ensuite l'avant-bras et le bras. L'œdème est blanc, chaud (1/2 degré de plus que du côté sain), de résistance pâteuse, surtout accentuée à la périphérie du membre ; la pression y détermine un godet léger et fugace. Aux rayons X, le squelette de la main est normal ; pas d'autre trouble trophique, pas de trouble de la sensibilité. Le massage amène de l'amélioration.

Après une très intéressante discussion diagnostique, l'auteur rapproche le cas actuel du trophœdème de Meige, sans le confondre complètement. Il considère cet œdème comme résultant de la lésion de la substance grise périendymaire de la moelle cervicale.

IV. — Un cas de neurogliome ganglionnaire ; par L. Findlay. (*Rev. of Neurol. and Psych.*, juin 1905.)

Un enfant mâle de 14 mois, rachitique, atteint de tuberculose pulmonaire, présente ensuite des signes de méningite tuberculeuse à laquelle il succombe. Le cerveau présente des plaques scléreuses que l'examen histologique démontre être un neurofibrome ganglionnaire. Après une étude microscopique très détaillée, l'auteur passe en revue l'opinion des auteurs sur ce sujet. Findlay insiste sur les analogies très grandes avec la sclérose tubéreuse, mais distingue nettement les deux processus. Dans la sclérose tubéreuse on ne trouve pas de cellules ganglionnaires, qui caractérisent, au contraire, le neurofibrome ganglionnaire.

V. — Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales à bascule ; par Petit. Lib. Rousset, Paris, 1905.)

La fréquence des paralysies faciales récidivantes est assez considérable ; environ 6 % des cas de paralysie faciale périphérique. L'auteur distingue les paralysies récidivantes qui frappent le même côté de la face et les paralysies à bascule qui frappent successivement les 2 moitiés de la face. L'intervalle qui sépare les deux paralysies, dans l'une et l'autre variétés, sont extrêmement variables : quelques semaines (et alors on a l'aspect de la diplégie faciale) à quelques années. Les 2e, 3e, 4e récidives sont d'autant plus rares que la première recidive a été plus éloignee de la paralysie primitive.

La contracture est une complication fréquente ; elle se montre dans 65 % des paralysies à bascule, soit après la première, soit après la seconde paralysie, et dans 40 % des paralysies récidivantes.

Comme gravité, les paralysies récidivantes et à bascule peuvent affecter tous les degrés, sans qu'il y ait de relation de gravité entre les diverses paralysies. L'auteur, après discussion des diverses pathogenies émises, admet l'origine toxi-infectieuse de la paralysie faciale périphérique.

VI. — Traitement des paraplégies spasmodiques par une nouvelle technique d'exercices méthodiques; par M. Faure.

La méthode comprend : 1° une première période d'exercices passifs, pour mobiliser les membres contracteurs ; 2° une seconde periode d'exercices volontaires accomplis par le patient, avec aide ou résistance donnée par les médecins ; 3° étude des mouvements complexes et coordonnés de la vie active. Les resultats obtenus sur 40 malades ont été très satisfaisants, quand les malades ont voulu se soumettre régulièrement et le temps nécessaire à cette méthode de traitement.

VII. — Examen de la pupille et réflexes pupillaires; par J. Donath. (*Monatschrift f. Psych. u. neurol.*, Bd. XVI.)

Dans cette très intéressante et très complète revue générale, Donath expose l'état actuel de nos connaissances sur les modes d'examen de la pupille, la physiologie pupillaire, les réflexes de la pupille, leur valeur séméiologique. Au courant des dernières découvertes, ce travail constitue un des meilleurs résumés sur le sujet.

VIII. — Recherches expérimentales sur les connexions antérieures du tubercule quadrijumeau postérieur ; par le prof. Mahaim. (Céry, 1905.)

Se basant sur ses recherches expérimentales et sur les résultats obtenus par les autres auteurs, Mahaim conclut qu'on ne peut affirmer l'existence d'une voie centripète corticale partant des cellules du tubercule quadrijumeau postérieur pour atteindre le lobe temporal. Il n'est en outre pas convaincu que les cellules du tubercule quadrijumeau postérieur envoient leurs cylindraxes dans le corps genouillé interne.

IX. — Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale ; par Marchand. (Libr. O. Doin, 1906.)

La syphilis peut atteindre tous les organes par sa toxine ou son agent spécifique. Après le système cutané, le système nerveux est celui qui lui paie le plus large tribut. Les accidents nerveux sont surtout fréquents à la troisième période de la syphilis ; cependant certains troubles, déterminés par l'action de la toxine syphilitique sur les cellules cérébrales peuvent apparaître dès la période secondaire. Sans vouloir s'efforcer d'étudier la syphilis nerveuse suivant ces époques d'apparition, tâche illusoire plutôt que vraiment clinique, l'auteur sépare la syphilis acquise de la syphilis héréditaire, les désordres étant différents suivant que la syphilis survient sur un cerveau adulte ou sur un cerveau en voie de développement. Le microbe syphilitique ou la toxine produisent sur les centres nerveux, aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire des lésions toxiques cellulaires, des lésions inflammatoires et des lésions dégénératives. Tel est le plan très simple et facile à suivre que parcourt l'auteur. Sans admettre une folie syphilitique, Marchand admet nettement l'action des toxines syphilitiques pouvant amener secondairement des troubles psychiques ou névrosiques. La gomme syphilitique est l'accident inflammatoire le plus important, à côté duquel la méningite et la méningo-encéphalite ne jouent qu'un rôle secondaire. Mais il faut remarquer que l'étude toute récente de la lymphocytose augmentera probablement dans de notables proportions la fréquence de ces dernières lésions. D'une discussion très serrée et très complète des relations de la syphilis et de la paralysie générale, Marchand conclut : « L'étiologie, la clinique, l'anatomie pathologique, s'accordent pour montrer que la syphilis est un puissant agent de paralysie générale ; l'anatomie pathologique permet de dire que, dans la majorité des cas, la paralysie générale est de nature syphilitique ». Après l'étude de la syphilis du cervelet et du bulbe, vient le chapitre très complet de la syphilis héréditaire. Ecrite avec une compétence toute spéciale, enrichie de nombreuses recherches personnelles, telle est cette très importante monographie qui a valu à son auteur d'être couronné par l'Académie de médecine.

X. — Etude de l'abduction réflexe des orteils (Signe de l'éventail) ; par A. Buri. (Hôpital majeur. Bologne, 1905.)

Etudiant le signe de l'éventail chez les hémiplégiques de son service, l'auteur a observé 2 fois un phénomène non encore signalé. L'excitation de la plante du pied sain produit une abduction plus ou moins accentuée du petit doigt du côté malade (abduction réflexe controlatérale du petit doigt) ; chez un troisième, on obtenait une abduction nette des doigts du pied sain, soit comme phénomène associé à un mouvement de flexion du tronc sur le bassin, soit comme réaction à un stimulus douloureux quelconque, exercé en un point quelconque du corps.

XI. — Aires des sections de la moelle épinière de l'homme à l'origine des différents nerfs spinaux ; par H. Donaldson et D. Davis. (*The Journ. of compar. neurol.*, n° 1, 1903.)

Travail très documenté et très minutieux de mensurations multiples de la moelle épinière : longueur de chaque seg-

ment médullaire et de la moelle totale, volume de chaque segment ; volume de la substance grise et de la substance blanche ; modifications de chaque segment dus à la croissance. Les détails sont à lire dans l'original. L'auteur montre particulièrement que la différence entre la moelle de l'enfant et celle de l'adulte porte surtout sur la substance blanche.

XII. — Les tics ; par H. Meige (*Œuvre médico chirurgicale*, n° 42, libr. Masson, Paris, 1905.)

Avant de pénétrer dans la nomenclature médicale, le mot *tic* faisait partie du langage courant. Si différents auteurs l'avaient déjà étudié, cependant il faut reconnaître que ce n'est qu'avec les travaux de Brissaud et Meige que le tic a été scientifiquement étudié, nettement limité et que la thérapeutique rationnelle a été établie. Le tic est un acte primitivement commandé par une cause extérieure ou par une idée et coordonné vers un but ; par la répétition, cet acte passe à l'état d'habitude et finit par se reproduire involontairement, sans cause et sans but, en s'exagérant dans sa forme, dans son intensité et dans sa fréquence. Il prend ainsi les caractères d'un mouvement convulsif et intempestif répété à l'excès ; son exécution est souvent précédée d'un besoin impérieux, et sa répression, d'un malaise. La volonté, la distraction, peuvent le suspendre ; il disparaît dans le sommeil. Le tic apparaît chez les prédisposés, il coexiste fréquemment avec d'autres manifestations du déséquilibre mental. La seule méthode thérapeutique rationnelle consiste à obtenir une régularisation méthodique des actes psychomoteurs; de là la méthode de Brissaud et Meige, que l'on peut combiner à la méthode respiratoire de Pitres.

Nul plus que Meige n'était apte à écrire cette monographie. Par ses longues et patientes études il a contribué entre tous à faire connaître le tic, sa pathogénie, son traitement. Aussi n'est-on pas étonné de rencontrer dans cette remarquable brochure, si condensée et si précise, tous les renseignements sur cette question si intéressante de pratique médicale.

XIII. — Surface du cylindraxe et de la gaine de myéline des nerfs spinaux des vertébrés ; par H. Donaldson et G. Hoke. (*The journ. of compar. neurol.*, janv. 1905.)

Résultats de minutieuses recherches faites sur des poissons, des amphibies, des reptiles, des oiseaux, des mammifères. A lire dans l'original.

XIV. — Hémorrhagie spinale. Quelques-unes de ses principales formes ; par W. Browning. (*The med. News*, octobre 1905.)

Revue générale du sujet. L'auteur distingue l'hémorrhagie épidurale, l'hémorrhagie sous-méningée, l'hémorragie spinale. Un tableau résume les principaux symptômes observés dans les principales observations publiées, ainsi que les renseignements anatomo-pathologiques.

XV. — Un cas d'apoplexie spinale ; par Browning. (*The med. News*, novembre 1905.)

Etude clinique et anatomopathologique détaillée d'un cas d'apoplexie spinale chez un homme de soixante ans, à la région lombaire.

XVI. — Maladie du cœur par excès de boissons alcooliques ; par Hale White. (*Guy's Hospital Reports*, t. LVIII.)

Après avoir fait l'historique du sujet (Cours de Tübingen, de Munich où la maladie a d'abord été observée), l'auteur publie 5 observations. Caractérisée cliniquement par une dyspnée intense, cette affection a pour substratum anatomique une hypertrophie cardiaque avec dilatation et dégénérescence graisseuse du myocarde.

XVII. — Rééducation de l'aphasie ; par Shepherd T. Franz. (*Journ. of Philos. psychol and scient. methods*, octobre 1905.)

Relation d'un cas d'aphasie motrice où l'auteur entreprit la cure de rééducation pour les couleurs, le nombre, la parole. Des tableaux annexes permettent de suivre facilement les résultats obtenus chez ce malade.

BIBLIOGRAPHIE

—

Des infections paratyphiques ; par le Dr E. Dabout, médecin légiste de l'Université. (*Bulletin de la Soc. de Méd. et Chir. prat.*, avril 1906.)

Depuis fort longtemps, les cliniciens avaient remarqué qu'à côté de fièvres typhoïdes à marche normale et régulière, dont le diagnostic était confirmé par des épreuves de laboratoire (recherche du bacille, séro-agglutination) il existait des infections à localisation prédominante sur l'intestin, qui avaient l'allure et la marche de la fièvre typhoïde sans être des dothiénentéries franches. Ces infections, que l'on dénommait souvent : embarras gastrique fébrile, fièvre muqueuse, typhoïdette, différaient de la dothiénentérie par des signes fort variables, constipation, absence de taches rosées, ictère aigu, et par une négation complète des recherches bactériologiques, absence de bacille d'Eberth, absence d'agglutination.

L'étude bactériologique des infections paratyphiques fut entreprise avec suite en Allemagne, et l'on peut dès aujourd'hui considérer 4 variétés de bacilles engendrant des paratyphoïdes : 1° Le bacille paratyphique A de Bryon et Kayser. 2° Le bacille paratyphique B de Conradi. 3° Le bacille de Gaertner (bacillus enteridis). 4° Le bacille de Breslau (bacillus Breslawensis) de Flügge et Kansche.

Ces différentes variétés microbiennes peuvent exister seules dans l'intestin ou y vivre de concert avec le bacille d'Eberth. Suivant la virulence de telle variété microbienne, l'infection sera purement éberthienne ou purement paratyphique, ou bien encore on peut trouver des formes d'infection participant de plusieurs variétés microbiennes. On distingue par l'agglutination la variété microbienne prédominante, et c'est par l'agglutination faite suivant la même technique que la séro-réaction de Widal que l'on décèle le bacille influençant le plus la maladie et lui donnant ses caractères cliniques propres.

Les symptômes des infections paratyphiques sont surtout caractérisés par des vomissements incessants, incoercibles, alimentaires d'abord, puis bilieux, par des selles très fréquentes d'une fétidité repoussante, accompagnées ou suivies de coliques très violentes.

La température, au bout de quelques jours, atteint souvent 39 ou 40 degrés ; puis tous ces symptômes gastro-intestinaux cèdent au bout d'une semaine pour réapparaître après 5 à 6 jours soit spontanément, soit au moindre écart de régime. En général, les malades sont déprimés, ils ont de la céphalée intense, de la courbature, des vertiges, des lipothymies et quelquefois des douleurs de la nuque et de la rachialgie. Lorsque la maladie s'aggrave, tous ces phénomènes augmentent, la température baisse, et la mort survient tantôt avec du collapsus, tantôt avec des convulsions.

M. Netter a essayé de trouver des signes cliniques propres à chaque variété de bacille paratyphique, et il a remarqué que le bacille de Brion et Kayser déterminait très souvent des ictères fébriles qui dans certains cas étaient les seuls signes cliniques de la maladie. Le bacille de Gaertner donnerait des types cliniques variés. Tantôt la symptomatologie rappellerait le type de la fièvre continue avec existence de taches rosées ; tantôt elle se rapprocherait de celle de la fièvre intermittente avec température élevée, tantôt enfin, les déterminations locales siégeant sur des organes divers, plèvre, endocarde, péricarde, méninges, occuperaient le premier rang.

Les difficultés sont donc grandes pour faire un diagnostic de typhoïde ou de paratyphoïde par la simple clinique, et, personnellement, ayant eu un cas d'infection intestinale chez un enfant de 4 ans 1/2 avec grosse rate, température oscillant entre 39 et 40, avec langue saburrale, odeur fétide de la bouche, et constipation, l'auteur était enclin, sans avoir fait la séro-réaction de Widal, à porter le diagnostic de paratyphoïde, quand l'examen bactériologique lui démontra que l'agglutination macroscopique ne portait que sur le seul bacille d'Eberth.

A la vérité, pour le praticien, le diagnostic entre la fièvre typhoïde proprement dite et l'infection paratyphoïde, en clien-

tèle, est assez difficile à faire. C'est la bactériologie, la séro-agglutination pour telles variétés de bacilles paratyphiques qui donnera le diagnostic étiologique de la maladie, c'est le laboratoire qui fait le vrai diagnostic.

La dothiénentérie, pour si schématique qu'elle soit dans la plupart des traités, ne présente réellement ces trois grandes phases cliniques que dans les livres. Que de maladies variées, que d'infections intestinales, que de réactions méningées, que de fièvres cérébrales, que d'épidémies de typhus, ont été étiquetées fièvres typhoïdes, alors que les symptômes étaient tout différents. La fièvre typhoïde présente donc des modalités cliniques considérables que l'on apprend par la pratique et que les livres classiques d'études ne peuvent faire connaître. Quoi d'étonnant alors à voir confondre la dothiénentérie avec les infections paratyphoïdes.

L'auteur s'est occupé spécialement de ces questions d'infection intestinale, les a suivies attentivement pendant plusieurs années à l'hôpital. Chez un enfant de 4 ans 1/2, l'absence de constatations de taches rosées et la constipation opiniâtre avec haleine fétide, signe d'infection du tube digestif, lui avaient fait porter le diagnostic de paratyphoïde parce que, précédemment, avec ces mêmes symptômes, ce diagnostic de paratyphoïde avait été confirmé par une agglutination du bacille de Breslau. Dans ce cas, la bactériologie lui a démontré par la séro-réaction que ce jeune enfant n'agglutinait que l'Eberth, il était donc en face d'une infection éberthienne pure ayant toutes les allures d'une infection intestinale d'autre origine, et il n'était nullement en présence d'une paratyphoïde. Il avait fait toutes réserves sur la nature même de l'infection intestinale, mais il est évident que s'il n'avait pas eu la possibilité de faire une séro-réaction, il aurait cliniquement affirmé une paratyphoïde, alors que c'était une fièvre typhoïde.

L'auteur a publié dans le *Journal des Patriciens*, en 1903, un cas où il trouvait, chez le malade, la diarrhée installée depuis plusieurs jours, du ballonnement du ventre et une grosse rate, symptômes ordinaires de dothiénenterie et cependant la séro-réaction faite par M. Netter démontra la non-agglutination du bacille d'Eberth ; il était en présence d'une affection paratyphique, d'une paratyphoïde, ayant dans ce cas particulier, pour origine, une ingestion de viande avariée. Ce diagnostic est précis et, 3 jours 1/2 après, le bacille de Breslau agglutinait dans une nouvelle séro-réaction.

Ainsi donc, il existe des formes de paratyphoïdes caractérisées par des ictères aigus qui doivent être attribuées en général aux bacilles de Brion et Kayser, d'autres formes à type de fièvre continue ou à type intermittent ou rémittent qui devront être attribuées au bacille de Gaertner, enfin d'autres formes encore, non classées, d'allures cliniques typhiques, avec ou sans éruption, qui forment un groupe morbide ayant le bacille de Breslau comme facteur et pouvant simuler, par des éruptions morbilliformes, scarlatiniformes, urticariennes ce qu'on décrivait autrefois sous le nom de botulisme. A côté de ces formes schématiques, il y a des variétés cliniques faites de symptômes empruntés à la dothiénentérie pure et aux infections intestinales paratyphoïques, qui devront faire mettre en doute la première impression que peut avoir le clinicien après examen de son malade. Il est toujours facile de prendre quelques gouttes de sang et de les envoyer soit à un confrère ayant un laboratoire, soit à des laboratoires spéciaux ; le doute est levé par des connaissances du type microbien qui agglutine ; le diagnostic étiologique est fait du même coup. Cependant, il ne faudra pas oublier que les paratyphoïdes récidivent avec une très grande facilité, et que, là comme dans la dothiénentérie, les rechutes sont fréquentes avec l'alimentation précoce, que ces rechutes peuvent être plus graves que la première manifestation du mal : la prudence sera donc la grande conseillère ; ne doit-elle pas d'ailleurs être le guide du médecin quelle que soit la maladie qu'il ait à combattre.

Les processus généraux, tome II ; par MM. Chantemesse et Podwyssotsky. (Masson, édit. Paris, 1905.)

Il est incontestable que l'étude de la médecine s'est profondément modifiée. Si la clinique conserve toujours ses droits, elle ne peut plus cependant se passer actuellement de l'aide que lui fournit le laboratoire. Celui-ci non seulement a permis d'appliquer toute une thérapeutique nouvelle à beaucoup de maladies, mais il a encore créé une série de procédés qui aident au diagnostic, et dont on ne peut plus se passer. Enfin pour tout esprit curieux, il éclaire d'un jour nouveau la compréhension que nous nous faisions de la maladie. Montrer cette collaboration étroite, voire même indispensable, de la clinique et du laboratoire, tel est le but que poursuivent les auteurs dans leur très important ouvrage, dont le tome II vient de paraître. Il est évidemment impossible de donner un résumé de toutes les matières de ce volume. Disons qu'il continue la série d'études déjà inaugurées dans le premier volume, et qui avait trait à l'histoire naturelle de la maladie, à l'hérédité, aux dégénérescences, concrétions, aux gangrènes, à l'atrophie. On y trouvera donc le résumé de nos connaissances sur l'hypertrophie, les dégénérescences, sur les tumeurs, la pathologie du sang et de la lymphe, sur l'inflammation, l'hypothermie, l'hyperthermie et la fièvre. Il ne s'agit pas ici d'une simple compilation, mais bien d'un travail personnel, où les auteurs, sans vouloir s'inféoder à aucune école, ont apporté leur grosse part de contribution. Et l'on ne sait ce que l'on doit le plus admirer de la clarté de l'exposition ou de l'originalité des idées, jointe à la juste reproduction des théories et des faits. Un index bibliographique renferme, à la fin de chaque chapitre, l'indication des travaux récents. Enfin, de nombreuses figures en couleur et en noir, dispensées très largement, rendent encore plus facile la lecture de ce ouvrage de bibliothèque. Ramon.

Une famille de quatre sujets atteints de dysostose cléido-cranienne héréditaire ; par Villaret et Francoz, (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905, nº 3.)

Observation avec photographies et radiographies de quatre membres d'une même famille (mère et trois enfants) atteints de l'affection décrite et isolée pour la première fois par P. Marie et Sainton sous le nom de dysostose cléido-cranienne héréditaire et dont quatre signes principaux sont les caractéristiques : développement exagéré du diamètre transversal du crâne, retard de l'ossification des fontanelles, aplasie plus ou moins marquée des clavicules, transmission héréditaire de ces troubles.

Avec ces quatre observations personnelles les auteurs donnent une bibliographie complète et un tableau comparatif des cas déjà publiés de cette affection : il y en a vingt-sept, pour quelques-uns desquels les auteurs rapportent des documents iconographiques. De tous ces cas se dégage une étude clinique de la maladie : 1° l'aplasie claviculaire est le plus souvent bilatérale, allant depuis l'existence de un à deux rudiments variables quant aux dimensions, à la forme et à la consistance, reliés ou non entre eux par une pseudarthrose ou une bande fibreuse, jusqu'à l'absence totale. L'action des muscles de la ceinture scapulaire est le plus souvent normale. Les mouvements volontaires ne sont guère modifiés. L'état anatomique des muscles qui normalement s'insèrent sur la clavicule est variable : la portion claviculaire de ceux-ci tantôt est atrophiée ou manque, tantôt s'insère sur la bande fibreuse ou les rudiments de l'os, tantôt reportent leurs insertions sur les reliefs osseux voisins. L'absence de clavicule produit l'abaissement et la projection en avant du moignon de l'épaule, ainsi que le déplacement divergent des omoplates (scapulæ alatæ). Il en résulte aussi une mobilité anormale et bizarre de la ceinture scapulaire, et dans le cas d'aplasie double, on produit facilement l'adduction forcée des moignons de l'épaule jusqu'au contact sur le devant de la poitrine. Il résulte de ces constatations que si la clavicule joue un rôle de soutien pour le membre supérieur, ce rôle est bien relatif. 2° Les déformations de la tête relèvent de deux facteurs principaux : l'atrophie réelle de la face et l'écartement excentri-

que (avec raréfaction osseuse) des os de la voûte, qui donnent au crâne l'aspect hydrocéphale. Il faut noter la persistance possible des espaces membraneux des sutures et des fontanelles. La voûte palatine est toujours très ogivale, la dentition irrégulière. L'intelligence reste normale. 3° L'affection est héréditaire, mais l'hérédité dépasse rarement deux générations.

Plusieurs théories pathogéniques de cette affection ont été proposées :

Les auteurs se rangent à celle de Couvelaire, d'après laquelle la dysostose cléido-crânienne est l'expression d'une tare générale avec prédominance sur un certain groupe osseux, mais pouvant porter sur d'autres parties du squelette, et de fait on retrouve chez presque tous les malades, à côté des stigmates principaux, des stigmates secondaires qui expriment l'atteinte générale du squelette. F. Tissot.

VARIA

Curie et la Légion d'honneur.

Mme Curie communique la note suivante : « Je dois à la mémoire de mon mari de rectifier une assertion inexacte qui a été reproduite dans plusieurs journaux et qui concerne le refus de M. Curie d'accepter la décoration de la Légion d'honneur. On a souvent exprimé l'opinion que le mobile de ce refus était la répugnance d'être décoré sans que je le sois en même temps et sans que son père l'ait jamais été. Il n'y a rien d'exact dans cette supposition. Mon mari ne croyait pas à l'utilité des distinctions honorifiques ; il les considérait même comme nuisibles. Bien avant qu'on lui ait proposé le ruban rouge, il avait déjà refusé d'être proposé pour le ruban violet. Je partageais ses idées entièrement et j'étais heureuse de voir qu'il avait le courage de conformer ses actes à ses opinions, malgré la pression qui a été exercée sur lui à ce sujet. » (L'*Aurore*, 2 mai 1906.)

Un institut océanographique à Paris.

M. Aristide Briand, ministre de l'instruction publique, a reçu du prince de Monaco une lettre par laquelle le prince lui annonce qu'il a décidé d'établir à Paris l'Institut océanographique qu'il a fondé, auquel il a donné le musée océanographique de Monaco, ses laboratoires, ses collections, ses aquariums et ses dépendances, et auquel il a assuré pour son fonctionnement un capital de 4 millions. L'institut s'élèvera sur les terrains que l'Université de Paris, avec le concours du prince, vient d'acquérir rue Saint-Jacques et rue d'Ulm. La lettre du prince de Monaco a été remise au ministre par les administrateurs du nouvel institut : M. Casimir-Périer, ancien président de la République ; le docteur Regnard, directeur de l'institut national agronomique, membre de l'Académie de médecine ; MM. Cailletet et Becquerel, membres de l'Académie des sciences ; M. Georges Kohn, banquier, et M. Louis Mayer, conseiller privé du prince, auxquels s'était joint M. Liard, vice-recteur de l'Université de Paris.

Ces messieurs ont soumis également au ministre les statuts de l'institution créée par le prince de Monaco. Aux termes de ces statuts, la direction scientifique de l'institut appartient à un comité de perfectionnement international composé de savants du monde entier les plus qualifiés par leurs travaux dans les différentes branches de l'océanographie. M. Briand s'est montré très intéressé par la communication qui lui a été faite. Il a chargé M. Casimir-Périer et ses collègues de transmettre au prince de Monaco les remerciements du gouvernement de la République pour cette magnifique libéralité, une des plus considérables — puisqu'elle dépasse dix millions — qui en Europe aient été faites à la science. (*Le Temps*.)

Nouvelles d'Amérique.

Nous lisons dans le *New-York-Hérald* du 10 mars, le curieux article suivant : Projet de loi, présenté par le Dr R. H. Gregory, devant le Conseil général de Fowa, prescrivant de *mettre à mort les malades incurables*, afin de terminer leurs souffrances. M. Gregory explique son projet : Ce que je propose pour soulager la misère humaine n'est pas plus étrange que ce que beaucoup de médecins et surtout de chirurgiens font journellement dans les hôpitaux. Ceux qui sont rongés par la lèpre ou par un cancer, les idiots, les enfants malformés et incurables, sont une charge à eux-mêmes, à leur famille, à l'Etat, pour le restant de leur vie. Ils doivent être tués. Je voudrais rendre légal ce que les plus grands médecins et chirurgiens pratiquent à chaque instant dans les grands hôpitaux. Cette pratique devrait être permise aux médecins de campagne. Mon projet contient d'ailleurs toutes les garanties. Tout individu, âgé de 10 ans, si sain d'esprit, doit prendre l'initiative de la requête en vue de sa disparition. Le médecin auquel cette demande est adressée devra appeler deux autres médecins honorablement connus et le juge de paix en consultation. Ces quatre personnes tiendront conseil pour déterminer, s'il est possible, de sauver la vie du traumatisé, combien de temps la vie peut durer et en quelle mesure les souffrances peuvent être soulagées. S'ils sont d'accord que la mort est inévitable, ou que le reste de la vie sera une longue souffrance physique ou mentale, il sera de leur devoir d'en informer le plus proche parent. Si celui-ci consent, il sera du devoir des trois médecins et du juge de paix d'administrer un anesthétique, jusqu'à ce que mort s'ensuive et faire un rapport au Ministère de l'hygiène. Une forte pénalité est imposée au médecin qui refuse d'appliquer la loi ; là même pénalité est imposée au médecin qui en abuse. Cette mesure de mettre à mort s'applique aux aliénés, aux enfants idiots. Ce sera le plus proche parent qui prendra l'initiative de la requête à leur place.

Ce projet fut lu par le secrétaire du conseil extraordinaire. Tous les conseillers se levèrent (d'indignation ?) et regardèrent du côté du siège du Dr Gregory (qui a préféré être absent pour cause de maladie.) En somme : meurtre obligatoire et légal de ceux qui souffrent sans espoir de guérison, de ceux qui sont ou seront hideusement déformés, idiots, afin de les empêcher d'engendrer. M. le Dr Gregory n'est certainement pas le premier à avoir eu cette idée, mais il aura été le premier à l'énoncer publiquement et à en vouloir faire une loi. Friedel.

LES CONGRÈS

Congrès Préhistorique de France.

(Deuxième session — Vannes 1906.)

Les assises du Congrès se tiendront du mardi 21 au dimanche 26 août 1906 inclusivement. Les trois premières journées (21, 22, 23 août), à Vannes, seront consacrées aux présentations, communications et discussions scientifiques, ainsi qu'à des visites archéologiques (musées, monuments, collections locales) ; les trois autres journées (24, 25, 26 août) seront consacrées à des excursions scientifiques et notamment à la visite des nombreux et remarquables monuments mégalithiques de la contrée. Le programme définitif sera ultérieurement publié. Parmi les questions inscrites à l'ordre du jour, figurent les suivantes, particulièrement intéressantes pour la région où se tiendra le Congrès : 1. Le paléolithique en Bretagne. — 2. Signification des Menhirs et des Alignements. — 3. Etude des Tumulus en général. — 4. Les gravures et les sculptures sur Mégalithes. — 5. La Céramique des Dolmens.

Les membres titulaires paient une cotisation de 12 francs. Seuls, ils ont droit au compte rendu de la session. Les membres adhérents paient une cotisation de 6 francs ; ils peuvent assister aux réceptions, réunions et excursions. Toutes communications ou demandes de renseignements devront être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général du Comité, à Paris, 21, rue Linné. Les adhésions et cotisations sont reçues dès maintenant chez M. Giraux, trésorier du Comité, avenue Victor-Hugo, 9 *bis*, à Saint-Mandé (Seine).

Inspection sanitaire dans le bassin houiller du Nord. — Le ministre de la guerre vient de charger M. le médecin inspecteur principal Claudot de faire une enquête sur place au sujet de la façon dont sont cantonnées les troupes et des secours donnés aux soldats blessés au cours des incidents qui ont marqué les grèves du Nord et du Pas-de-Calais.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les honoraires des Médecins étrangers exerçant illégalement en France.

Le *Droit Médical*, de mars 1906, publie un intéressant article de M. Baffrey, conseiller à la Cour d'Appel de Paris, commentant un jugement du 19 mai 1904, du tribunal de Valenciennes, d'après lequel le médecin étranger non muni du diplôme délivré en France ne peut exercer aucune action en justice pour le paiement de ses honoraires.

Voici d'ailleurs, le libellé du jugement de Valenciennes :

« Le Tribunal, attendu que le docteur L..., médecin à Bruxelles, réclame à la dame L .. 2.500 francs pour soins médicaux par lui donnés à un sieur D... dont la dame L... est légataire universelle ; que celle-ci conteste le chiffre de la somme réclamée comme exagéré ; qu'elle offre à la barre pour tous honoraires une somme de 1.000 francs ; que cette somme paraît une rémunération suffisante des soins donnés à feu D... par le demandeur et qu'il y aurait lieu de la valider ; Mais, attendu que le docteur L.., n'est pas diplômé par le gouvernement français et qu'aux termes de l'article 5 de la loi du 30 nov. 1892 nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français ; qu'aux termes de l'article 16 de la même loi, toute personne non munie de ce diplôme et qui prend part habituellement au traitement des maladies commet un délit ;

« Qu'en ce qui concerne l'habitude, bien que ce médecin belge n'ait traité en France que D..., elle est légalement constituée à sa charge par la réitération du fait commis par lui et dont il se prévaut à l'appui de sa demande ; qu'il faut, en effet, pour apprécier l'habitude, envisager les faits par rapport à celui qui en est l'auteur et non par rapport à ceux qui en sont l'objet ; que la pluralité des faits l'emporte sur la non-pluralité des sujets ;

« Que donc l'obligation en vertu de laquelle le docteur L... réclame des honoraires à la dame L... repose sur une cause illicite comme étant prohibée par la loi et qui ne peut dès lors produire aucun effet (art. 1131 et 1133 C. Civ.) ; que, dans ces conditions et bien que la défenderesse n'excipe pas de ce moyen de nullité, le tribunal croit devoir le soulever d'office, sous peine de violer les dispositions des deux articles susvisés, en sanctionnant par une action quelle qu'elle soit des faits défendus par la loi civile et par la loi pénale : qu'un délit ne peut être judiciairement reconnu comme générateur d'un droit au profit de son auteur ;

« Que le silence de la dame L... sur ce point ne couvre pas cette nullité et ne dispense pas le Tribunal d'en tenir compte, l'article 6 du titre préliminaire interdisant de déroger par conventions particulières aux lois qui intéressent l'ordre public ; que la loi du 30 novembre 1892, par son objet même, présente un caractère d'ordre public justifiant l'initiative que prend le Tribunal :

« Le Tribunal déboute le Dr L... de sa demande et le condamne aux dépens. »

NÉCROLOGIE

M. le Dr Paul BOURGEOIS

Député de la Vendée.

M. le Dr Paul Bourgeois, député de la droite, vient de succomber à un érésipèle.

Né en 1827, à la Verrie, en Vendée, bien que n'étant pas le doyen de la Chambre, par suite d'indispositions de ses collègues plus âgés M. Paul Bourgeois dut prononcer depuis quelques années le discours d'usage à l'ouverture de la session du Parlement. Il sut toujours remplir cette tâche, que rendaient difficile ses opinions royalistes avec tact et courtoisie.

M. Paul Bourgeois était depuis 1871, conseiller général et maire de la Verrie, puis peu après député à l'Assemblée nationale. Il siégeait à la droite monarchiste. Excellent confrère, le Dr Paul Bourgeois n'oublia jamais qu'il était un médecin praticien, il donna toujours son appui aux revendications médicales, et malgré les différences absolues d'opinions politiques, il ne refusa jamais de se joindre à ses confrères du Parlement pour soutenir les intérêts des praticiens. J. N.

THÉRAPEUTIQUE

L'emploi thérapeutique de l'Hélénine dans les hôpitaux.

« J'ai expérimenté l'Hélénine à l'hôpital sur un certain nombre de malades, dit Audhoui, médecin des hôpitaux, dans la *Thérapeutique contemporaine* (avril 1882). Le malade rend moins de crachats, expectore plus aisément, respire mieux, voit la toux diminuer, et, par conséquent, disparaître la douleur de poitrine, l'agitation, l'insomnie. » Et Chéron, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, ajoute dans sa *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* que l'action de l'Hélénine est immédiate.

L'Hélénine s'administre à la dose de 2, 3, ou 4 globules, du Dr de Korab, par jour.

FORMULES

XXVII. — Contre la coqueluche.

Dionine	de 0 gr. 01 à 0 gr. 10
Teinture de drosera	àà X gouttes.
Teinture de grindelia	
Teinture de belladone	V gouttes.
Sirop de Desessartz	30 gr.
Carbonate de créosote	3 gr.
Huile d'amandes douces	10 gr.
Gomme arabique pulvérisée	5 gr.
Eau distillée de tilleul	120 gr.

Par cuill. à café, à dessert ou à soupe, selon l'âge, la dose de dionine devant être de 2 centigr. pour un enfant de 2 ans, et de 0 gr. 10 pour un enfant au-dessus de 7 ans, par 24 heures.

XXVIII. — Injections hypodermiques contre la constipation.

Chlorhydrate d'apocodéine	0 gr. 50
Eau distillée stérilisée	50 gr.

Injecter 2 cc. par jour. (COMBEMALE.)

XXIX. — Dans la variole.

Donner par cuillerées à soupe d'heure en heure pour favoriser l'éruption :

Acétate d'ammoniaque	15 gr.
Eau de menthe	àà 30 gr.
Eau de fleurs d'oranger	
Eau de mélisse	
Sirop d'éther	àà 50 gr.
Sirop de capillaire	

(G. LYON.)

XXX. — Contre les ulcères atones.

Après avoir bien nettoyé l'ulcère avec de l'huile d'amandes douces stérilisée au moyen d'un tampon de coton hydrophile, on couvre la plaie de :

Poudre de sous-carbonate de fer.

ou de la pommade :

Vaseline stérilisée	40 gr.
Sous-carbonate de fer	1 gr.

On panse ensuite avec de la gaze hydrophile sèche et du coton maintenus par une bande de crêpe.

(D'après SABOURAUD).

XXXI. — Contre l'insomnie.

Prendre en une fois, un quart d'heure ou demi-heure avant de se coucher :

Trional	1 gr.
Huile d'amandes douces	20 gr.
Sucre	9 gr.
Eau de fleurs d'oranger	10 gr.
Eau de laurier-cerise	2 gr.
Gomme adragante	àà 0 gr. 20
Gomme arabique	

Agiter avant de s'en servir.
On peut donner en lavement :

Trional	0 gr. 50
Jaune d'œuf	N° 1
Eau	250 gr.

(BOCQUILLON-LIMOUSIN).

XXXII. — Contre la dépression et l'anorexie des neurasthéniques, des tuberculeux, etc.

Huile d'olive stérilisée	10 gr.
Lécithine	0 gr. 50
Gaïacol	1 gr.
Eucalyptol	1 gr.
Menthol	0 gr. 04
Iodoforme	0 gr. 10

3 cc. en injections, 3 fois par semaine, pendant 3 semaines.

(A. ROBLOT).

XXXIII. — Contre la dyspnée.

Oxaphore	10 gr.
Alcool	20 gr.
Eau de réglisse	10 gr.
Eau distillée	150 gr.

ou :

Oxaphore	10 gr.
Vin de Malaga	60 gr.
Sirop simple	30 gr.
Eau distillée	60 gr.

Par cuill. à café sans dépasser la dose de 2 à 3 gr. par jour.

(D'après BOCQUILLON-LIMOUSIN).

La saison à Châtel-Guyon.

La Société des Eaux de Châtel-Guyon rappelle à tous les intéressés que l'ouverture de la saison dans cette station, a lieu au 1er mai, et que, pendant ce mois de mai, comme aussi en octobre, les cartes d'abonnement et les tickets d'opérations thermales sont à demi-tarif pour tous les baigneurs indistinctement.

Elle met en service, dès cette année, toutes les cabines de 1re classe (80) des bains à eau courante dans ses nouveaux Thermes ; mais elle se voit forcée de reculer à l'an prochain l'ouverture des bains de 2e classe, que remplacent d'ailleurs, en quelque sorte, les demi-tarifs réglementaires de mai et d'octobre.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 9 mai.* — *M. Tossier* : Les traitements de la syphilis (MM. Gaucher, Roger, Richaud, Labbé (Marcel). — *M. Francina* : Contribution à l'étude physique des eaux minérales (MM. Roger, Gaucher, Richaud, Labbé (Marcel).

Jeudi, 10 mai. — *M. Bouffier* : Traitement des plaies de la veine cave inférieure au cours de la néphrectomie (MM. Guyon, Berger, Gilbert, Carnot. — *M. Saillant* : Sigmoïdites et périsigmoïdites. Etude anatomique et clinique (MM. Berger, Guyon, Gilbert, Carnot. — *M. Boivin* : Contribution à l'étude du foie appendiculaire (MM. Gilbert, Guyon, Berger, Carnot). — *M. Brillaud* : De quelques formes de tuberculose oculaire (kératite parenchymateuse tuberculeuse et tuberculose de l'iris) et en particulier de leur traitement (MM. Hutinel, Budin, De Lapersonne, Méry. — *M. Trouette* : Les mutualités maternelles. Leur action sur la mortalité infantile (MM. Budin, Hutinel, De Lapersonne, Méry. — *M. Béal* : Des hémorrhagies rétiniennes dans la compresse du thorax (MM. De Lapersonne, Hutinel, Budin, Méry.

Examens de doctorat. — *Lundi, 7 mai.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Delens, Pierre Duval. — 5e (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Reclus, Legueu, Proust.

Mardi, 8 mai. — 2e (Salle Béclard) : Launois, Langlois, Maillard. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Joffroy, Thiroloix, Guiart. — 4e (Salle Corvisart) : MM. Chantemesse, Gilbert, Dupré. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Méry, Rénon.

Mercredi, 9 mai. — 3e (Salle Richet) : MM. Richet (Ch.), Broca (André), Branca. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Blanchard, Teissier, Legry. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Broussais) : MM. Brissaud, Claude, Macaigne.

Jeudi, 10 mai. — 2e (Salle Béclard) : MM. Roger, Launois, Desgrez. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Pozzi, Thiéry, Demelin. — 3e (2e partie, Oral, Salle Corvisart) : MM. Joffroy, Thiroloix, Jeanselme.

Vendredi, 11 mai. — 2e (Salle Richet) : MM. Gariel, Richet (Ch.), Branca. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Déjerine, Legry, Labbé (Marcel). — 3e (2e partie, 2e série, Salle Broussais) : MM. Gaucher, Balthazard, Macaigne. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Gosset, Proust. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Legueu, Mauclaire. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Lepage, Wallich, Potocki.

Samedi, 12 mai. — 2e (Salle Pasteur) : MM. Launois, Langlois, Broca (André). — 4e (Salle Thouret) : MM. Chantemesse, Ballet (G.), Vaquez. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Roger, Thiroloix. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Hutinel, Méry, Gougel. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

LA JOURNÉE DE LA FROUSSE. — Le *Matin*. — M. Stéphane Lauzanne : Maintenant que « la Révolution qui venait » s'en est allée, il va falloir nous préoccuper de replacer notre argent et surtout d'écouler nos approvisionnements de conserves. Dans bien des maisons, on devra, pendant des semaines, manger des stocks de jambons qui se dessécheront de plus en plus et consommer des petits-beurres qui, sous la dent, craqueront de moins en moins. Aussi sera-t-il préférable de ne pas accepter à dîner dans le faubourg Saint-Germain d'ici à la semaine prochaine.

DÉFINITION DE L'AMOUR. — *Jésus et Sainte Gertrude.— Vous me trouverez dans le cœur de Gertrude.* « Je voudrais bien vous aimer, mais je ne sais ce que c'est que l'amour ; dites-le moi, Jésus, dites-le moi, vous qui aimez jusqu'à la mort. » — « L'amour est une flèche d'argent qui part d'une arbalète d'or. » (*Science Catholique*, d'Arras, avril 1906).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 1 au samedi 7 avril 1906, les naissances ont été au nombre de 1008, se décomposant ainsi : légitimes 723, illégitimes 285.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1117, savoir : 582 hommes et 533 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 30 — Scarlatine : 5. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 8. — Grippe : 8. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 6. — Tuberculose des poumons : 233. — Tuberculose des méninges : 27. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 65. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 62. — Maladies organiques du cœur : 68. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 25. — Pneumonie : 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 134. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 10 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3.— Hernies, obstruction intestinale : 12. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 37. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 55. — Morts violentes : 24.— Suicides : 9. — Autres maladies : 141. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

La méningite a Toulon. — De nombreux cas de méningite se sont produits récemment à Toulon et ont donné lieu à quatre décès au 17e bataillon d'artillerie de forteresse (caserne Gardanne). Par ordre du ministre, ce bataillon est envoyé à l'île Sainte-Marguerite par mesure de prophylaxie.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de pathologie comparée.* — M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 4 mai 1906, à onze heures, et le continuera les lundi, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur exposera les résultats de ses recherches en cours sur la théorie de la dépense énergétique liée à l'exécution du travail musculaire et les applications qu'ils comportent. Il s'attachera particulièrement aux faits démontrant l'identité absolue des lois de cette dépense dans le moteur-muscle et dans les moteurs mécaniques. Les leçons et démonstrations auront lieu au laboratoire de pathologie comparée.

Cours de dessin appliqué à l'étude des plantes. — Mme Madeleine Lemaire commencera ce cours le mardi 8 mai 1906, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, dans la salle des Cours de Dessin (Porte d'Austerlitz).

Chronique des Hôpitaux.

Concours pour les prix a décerner a MM. les élèves internes en pharmacie des hopitaux et hospices (année 1905-1906). — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 8 juin, à midi précis, dans la salle des Concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, no 49. MM. les Internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du Règlement général sur le Service de Santé, tous les Internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'Administration Centrale (*Service du Personnel*) de onze heures à trois heures, du lundi 7 mai au samedi 19 du même mois, inclusivement.

Concours pour la nomination a deux places d'assistant titulaire et a deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hopitaux de Paris, pour entrer en fonctions le premier juillet 1906. — Ce concours sera ouvert le vendredi 1er juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, no 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (serviee du personnel), de midi à trois heures, du mardi 1er mai 1906 au lundi 14 du même mois inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BERGER. — La méthode italienne et ses applications aux restaurations faciales. In-8° de 22 pages. Paris.

CAUVY. — De la rééducation physique, son but, ses indications, ses résultats. In-8° de 8 pages. Imp. Levé. Paris.

FUMOUZE-ALBESPEYRES (78, fg. Saint-Denis, Paris). — Le livret de l'enfant. 1 vol. In-8° de 138 pages. Prix.............. 6 fr.

LUCIEN-GRAUX. — Modifications à apporter aux articles 7, 11, 19 et 20 de la loi du 15 février 1902. In-8° de 24 pages. Imp. Maretheux. Paris.

THOORIS. — Les dacryocystites par fracture du canal oculonasal. In-8° de 56 pages. Imp. Le Bigot, à Lille.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SERIE. T. XXII. N° 19 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 12 MAI 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

(COURS, Vme LEÇON.)

La stérilisation des salles d'opération :

Par le Pr **L. LONGUET** (de Rouen)

§ II. **STÉRILISATION GERMICIDE DES LOCAUX CHIRURGICAUX**

(LISTER, 1867).

Les moyens pratiques jusqu'ici préconisés pour stériliser séparément les parois, l'atmosphère, l'assistance, — question des mains et du champ opératoire mises à part, — s'inspirent tous d'une seule, d'une même méthode générale, qui est ici la méthode germicide antiseptique de Lister sous plusieurs nuances :

A). Pour la **stérilisation pariétale** — j'entends par là celle des murs, plafond, plancher, meubles, objets de la salle d'opérations ou de malades, — trois pratiques distinctes sont en usage journalier, les voici :

1° La *pulvérisation* d'un antiseptique à l'aide d'un appareil spécial, sorte de sphère métallique creuse dont Lister, en Angleterre, donna le premier modèle ; ou plus simplement à l'aide d'un autoclave « à fuite » tous deux transportables et chauffables. Après demi-réplétion d'un liquide vaporisant, vous projetez contre les parois la vapeur qui s'en échappe en jet. Ce jet ou « spray », en contact avec l'air ambiant, s'y condense par refroidissement en une pluie fine et tiède, véritable rosée dont le dépôt s'étale sur une large surface.

2° Le *mouillage* est une manœuvre plus simple. Il consiste à passer sur les parois et objets une compresse, un drap mouillé (1). Ainsi se trouvent collectées les poussières, et avec elles leurs microbes agglutinés sur le linge récepteur qui les entraîne mécaniquement. A cela l'on ajoute généralement un brossage au savon noir.

3° D'autres chirurgiens préfèrent *l'irrigation*, l'aspersion à grand jet, réalisée au moyen d'une pompe roulante, et de tuyaux à lance disposés à hauteur convenable. Il importe beaucoup, rappelait von Bergmann en 1890, que les parois et surtout le plancher soient maintenus en permanent état d'humidité afin que les germes infectieux tombés des plaies ne puissent se répandre dans l'air. En Amérique Roswell Park et Laplace (de Philadelphie) (1) ont fait disposer un agencement spécial grâce auquel leur salle d'opérations est inondée toute entière et presque instantanément. D'autres ont proposé de construire le local avec des matériaux antiseptiques. Enfin il est évident que cette « chasse » à la poussière est fort simplifiée si l'on a soin d'entretenir un état lisse, uni, vernissé, luisant, vitré ou ripollinisé des parois avec absence d'ornementation, et réduction du mobilier au strict nécessaire.

Dans la liste des liquides vaporisants recommandés pour l'une ou l'autre de ces manœuvres, je relève : la solution phéniquée (Lister), la solution de sublimé (Dumoulin), le formol et ses dérivés (Aronsohn), l'eau oxygénée (Quenu), le sulfure de carbone (Chiandi), le chlorure de chaux, le lysol, le crésyl, la holsine, l'acroléine, voire même tout simplement l'eau pure (Terrier).

B). **La stérilisation atmosphérique** s'obtient :

1° Par *pulvérisations*, comme pour les parois.

2° Par *évaporation* d'un liquide antiseptique : évaporation de chlore, de brome, d'iode, d'ammoniaque, de bicarbonate de soude en solution tiède, d'essence d'eucalyptus ou de térébenthine, de sulfate de nitrosyle. Placez par exemple dans un bocal reposant au fond d'une terrine en grès, des cristaux de sulfate de nitrosyle (acide sulfonitreux) en proportion de 1 gramme par mètre cube ; portez ce vase au-dessus d'un robinet ; laissez couler l'eau goutte à goutte lentement sur le sel qui dégage immédiatement des vapeurs rutilantes. N'ouvrez la salle que le lendemain, en évitant de respirer l'air encore chargé d'irritantes vapeurs nitreuses.

3° Ou par *fumigation*, de sucre (Trillat) ; de bichlorure de cuivre (Willems) ; de soufre (Mulder, d'Utrecht, 1866 et Graham 1868).

La fumigation sulfureuse passe pour la meilleure : après avoir fermé toutes les issues, vous faites, une heure durant, bouillir de l'eau en un point de la salle dans une large bassine placée sur un réchaud. Après quoi vous mettez des fragments de soufre dans des ré-

(1) Le balayage à sec est évidemment une mauvaise pratique, puisqu'il met toutes les poussières en agitation.

(1) ROSWELL-PARK et LAPLACE. — Voir *Semaine médicale*, p. 90, 1903.

cipients en tôle de 30 centimètres de diamètre, à bords très bas, reposant sur une couche de sable. Enflammez avec un peu d'alcool versé à la surface. Brûlez 20 grammes de soufre par mètre cube. Vingt-quatre heures plus tard, ouvrez et ventilez largement car l'acide sulfureux dégagé est fort irritant (1).

On pourrait aussi essayer *l'ozonisation* de l'air, proposé depuis plus de 20 ans, réalisable à l'aide d'une instrumentation spéciale. Mais je ne sache pas qu'elle ait été jusqu'ici appliquée par les chirurgiens à la stérilisation atmosphérique.

C). **La stérilisation de l'opérateur et de l'assistance** est résolue par la formule suivante : enveloppement de la chevelure par des toques — de la barbe par des sacs — du tronc et des membres supérieurs par des vestes ou blouses — du bassin, des membres inférieurs par des tabliers — des jambes et pieds par des bottes ou des sandales, le tout de caoutchouc, ou de taffetas gommé, ou de mackintosch, ou enfin de toile préalablement macérée en solution antiseptique. Comme complément, certains chirurgiens ajoutent avant chaque opération le lavage préliminaire de la bouche avec un liquide germicide.

Maintes expériences bactérioscopiques parlent en faveur de la méthode listérienne appliquée à la stérilisation des parois, de l'air, de l'assistance. Le « spray » phéniqué a été examiné par son promoteur lui-même — le « spray » au sublimé par Dumoulin et Kupferschlager — le « spray » au formol par Aronsohn, Berlioz, Trillat, Miquel, Bosc, G. Roux. L'évaporation chlorée a été éprouvée par Paulowsky, Miquel ; — l'ozonisation par Chappuis, Christmas, Ohlmuller, etc., etc. Parmi les microbes ayant servi à ces recherches de contrôle, je lis le coli, le typhique, le diphtérique, le pyocyanique, le staphylococcus aureus, le streptococcus, le vibrion cholérique. Et toutes ces expériences ont conduit les chirurgiens à accorder à la méthode une grande valeur ; elle mériterait notre confiance absolue.

Messieurs, que faut-il penser de ces affirmations? Allons-nous à notre tour nous lancer dans la voie de Lister, si pleine de promesses ?

Avant toute discussion, un premier fait nous frappe immédiatement : c'est l'immense labeur, l'effort persévérant, l'œuvre méritoire de nos prédécesseurs. Des préceptes par eux formulés, il reste au moins celui de la nécessité d'une grande propreté des locaux de chirurgie. La propreté est la base fondamentale de l'hygiène. Et la seule observance de la propreté a, pour une certaine part, contribué à la disparition de maladies infectieuses comme l'érysipèle, comme la pourriture d'hôpital, jadis habituelles, aujourd'hui raréfiées. Mais pour ce qui concerne l'effet rigoureusement stérilisant de la méthode antiseptique, je le conteste. Au point de vue sporicide, l'insuffisance est certaine. Remarquons que les expérience précitées s'adressaient à des espèces microbiennes non sporulées. Au point de vue germicide, l'effet est très appréciable, mais jamais radical. En face des résultats précédemment exposés, je puis dresser une série de constatations plutôt défavorables à la valeur absolue de le méthode listérienne : Ainsi Paulowsky avec le « *spray phéniqué* » obtient une diminution numérique des germes, mais non leur disparition. Miquel, Dumoulin, arrivent aux mêmes conclusions. Laveran consigne que la bactéridie charbonneuse n'est point tuée par la pulvérisation phéniquée à 5 %. Ailleurs, il spécifie que les microbes ne sont pas détruits par une pulvérisation faite à 4 centimètres de la muraille.

Avec le « *spray au sublimé* » suivi de lavage au sulfhydrate d'ammoniaque pour détruire la couche superficielle que forme le bichlorure mercurique combiné aux matières protéiques, Chavigny constate que la pulvérisation prolongée au-delà des limites de temps fixées par les règlements, est impuissante à détruire les germes, voire même à atténuer leur virulence. La protection conférée n'est que temporaire, caduque, et cesse dès que la couche protectrice disparaît par un moyen quelconque.

Dans ses expériences sur la « *formolisation* » Lafolie obtient une diminution numérique des germes, mais pas une destruction totale. Il en est de même du « *Spray à l'eau oxygénée* » expérimenté par Quénu et Landel.

Faut-il espérer mieux des *fumigations* ? Non, Kummel (de Hambourg), complétant la fumigation au soufre par un lavage au sublimé, constate la diminution des microorganismes mais jamais la suppression radicale. Et pour lui, il est impossible de priver la salle d'opération de tout germe.

Quant à l'*évaporation* de liquides antiseptiques, Miquel à son sujet écrit ceci : « Dans des recherches datant de plusieurs années, j'ai démontré que les vapeurs d'acide phénique, de chloroforme, d'éther azoteux, de sulfure de carbone, de gaz acide sulfureux, de gaz ammoniacal, etc., ne peuvent, même après 15 jours de contact faire perdre aux poussières atmosphériques leur fécondité. Enfin l'*ozonisation* n'a point fait ses preuves. Disons seulement que d'Arsonval et Charrin concluent à une action peu efficace.

C'est que les antiseptiques ainsi pulvérisés, évaporés, ou fumigés manquant de pouvoir pénétrant, ne confèrent qu'une destruction toute de surface. Nous savons aussi que leur action est purement temporaire, inhibitrice sur nombre de bactéries. Ils réalisent une pseudo-stérilisation, un arrêt passager de la vitalité des semences aériennes. Mais celles-ci reprennent vie lorsqu'elles tombent dans les plaies, milieu vivant humide à la température constante de 37°. J'ai trop longuement développé ma manière de voir à ce sujet pour y revenir une fois encore.

Et puis, la purification par la méthode listérienne offre ici le gros inconvénient d'altérer tout le matériel, murs, meubles, objets. La vapeur d'eau elle-même n'échappe pas à ce reproche. A cela s'ajoute l'action nocive ou toxique de certaines vapeurs, comme celles de l'acide phénique, du lysol, du crésyl, de l'acide sulfureux et surtout du formol, toutes très irritantes pour les muqueuses aériennes de l'assistance. D'où une cause possible de broncho-pneumonies post-opératoires (1).

En résumé, pour apprécier justement, disons que la méthode antiseptique, bonne sans doute et très recommandable en certaines circonstances épidémiologiques dont il n'est pas question ici, n'est qu'un pis al-

(1) Raoul Pictet a construit des siphons contenant 750 gr. d'acide sulfureux, munis d'un caoutchouc que l'on fait passer par une ouverture de la porte. On presse sur le siphon et aussitôt la décompression ramène l'acide sulfureux à l'état gazeux et permet son dégagement dans la salle par l'extrémité du tube de caoutchouc.

(1) Pour la toxicité des vapeurs de formol, voir FISCHER : *The journal of experimentelle medicine*, p. 489, 1905. Avec ses expériences personnelles, cet auteur rappelle celles de Klipstein sur les lapins ; de Harrington sur les chiens, de Francis sur les rats et les cobayes : (bronchites et effets toxiques mortels).

ler, qu'une pratique de nécessité en l'état actuel des constructions chirurgicales. Elle n'est pas sans valeur. Mais il est dangereux de lui accorder une grande confiance. Tenez-la pour inconstamment, in complètement, insuffisamment germicide ; pour constamment, asporicide et pratiquement détériorante. Au reste, les Listeriens ne sont pas loin de partager mes suspicions, puisque malgré leur scrupuleuse observance des règles de désinfection, ils réclament deux et jusqu'à trois salles d'opération, l'une pour les malades non infectés, l'autre pour les demi-infectés, la troisième pour les très infectés. Or, si le local opératoire est réellement et parfaitement stérilisable, il doit être unique, ce qui entraîne une grande simplification à tous les points de vue. Voilà pourquoi il me semble légitime, utile même, de chercher à faire plus et plus sûrement que par le passé, afin de réaliser quelques progrès dans l'art de stériliser les salles d'opérations ou les chambres individuelles de malade.

§ III. STÉRILISATION SPORICIDE DES CHAMBRES D'OPÉRATION.

(LONGUET, 1900).

Posé sur ses bases fondamentales, le *problème* à résoudre se présente à nous sous les angles que voici :

1° Il faut stériliser la salle et son contenu, c'est-à-dire l'air, les parois, plafond, planchers, murs, objets et revêtements pour l'assistance.

2° Cette opération doit être exécutée par une seule, par une même méthode.

3° Elle doit être réalisable simultanément et rapidement pour tout le contenant et le contenu en une séance unique.

4° Elle doit être absolue, radicale, c'est-à-dire sporicide en même temps que non détériorante.

A ce problème, deux *solutions* divergentes, contradictoires, ont été apportées. L'une dit que cette sporicidation est inutile et irréalisable ; l'autre, au contraire, — c'est la nôtre, — considère qu'elle est utile et réalisable.

A. La sporicidation de la chambre opératoire est *inutile et irréalisable*. *Inutile* : ne voyons-nous pas couramment des interventions urgentes, imprévues, compliquées réussir parfaitement en milieu non stérilisé, voire même septique ? Les germes tombent dans la plaie, mais la nature par le mécanisme de la phagocytose supprime leurs fâcheux effets. — *Irréalisable* : tant que vous devrez réunir en une salle d'opération un malade, un chirurgien, des aides, quelques assistants ; tant qu'il y aura du mouvement, de l'agitation, des allées et venues, l'atmosphère périopératoire sera souillée de microorganismes. Et par aucun moyen, vous n'arriverez à les supprimer radicalement. Quelle folie, quelle chimère !

Pareilles affirmations sont de nature à nous arrêter un instant car elles comportent une part de vérité. Voyons d'abord l'argument *inutilité*. Oui, les guérisons surviennent parfois très satisfaisantes en milieu septique. Nous en avons tous des exemples tirés de notre pratique personnelle. Mais il n'est point prouvé que le fait soit constant, ni que la phagocytose suffise toujours ; d'autant qu'il s'agit de malades, c'est-à-dire de sujets en état de moindre résistance. Qu'une contamination suivie seulement d'abcès se produise une fois, vous aurez commis une faute par imprudence, n'ayant rien fait pour prévenir un danger connu, prévu. Or, ce danger existe quelquefois ; la preuve expérimentale de son existence a été établie plus haut.

En ce qui concerne l'*irréalisabilité*, oui, la stérilisation est impossible s'il y a beaucoup de personnes, causant, s'agitant dans le local, et si l'on procède par la méthode antiseptique. Mais l'assistance est réductible à trois éléments, malade, opérateur, anesthésiste. Du moins j'ai pu réaliser dans ces conditions des interventions difficiles comme les cœliotomies abdominales pour fibromes. C'est une habitude à prendre, une éducation nouvelle à se faire. Et je suis aujourd'hui convaincu que cette manière d'agir réalise un progrès. Gottstein, Quénu et Landel n'ont-ils pas démontré que la septicité augmente avec le nombre des personnes ? J'ajoute qu'au point de vue chimique de la toxicité aérienne, il en est de même. Par contre les causes de contamination sont singulièrement réduites si l'opérateur prend seul contact avec les diérèses, et devient de ce fait responsable de toutes les fautes septiques.

D'autre part, ces trois personnes sont « stérilisables » par l'enveloppement général du corps, en bloc ou par segments, en toile sporicidée, avec observance d'un silence absolu et d'une immobilité relative ; d'où suppression de la contamination par phonation (1) et par agitation.

Enfin s'il est vrai — nous l'avons démontré nous-mêmes — que la sporicidation soit irréalisable ou du moins très difficilement réalisable par la méthode germicide antiseptique de Lister ou ses variantes, l'ébullition, l'air chaud, la vaporisation à 100° et 120° avec ou sans pression, elle est aujourd'hui sûrement obtenue par la méthode de la vapeur anhydre à 190° sous minime pression de 1 à 3 atmosphères.

B. La sporicidation de la salle d'opération est *utile* et *réalisable* : telle est ma solution personnelle. *Utile*, car le rôle des germes atmosphériques ne peut être considéré comme négligeable, ainsi que la démonstration en a été faite au début de cette leçon. *Réalisable* mais comment ?

Mon *dispositif*, dont je vous ai maintes fois signalé les grandes lignes, se résume au plan général suivant, fixé après plusieurs recherches :

Enceinte *métallique* (par exemple en aluminium), de capacité variable : soit petite, véritable *cabine* cubée pour la contenance et la respiration de trois personnes au moins pendant 4 heures ; soit moyenne, c'est alors une *chambre*.

La forme de cette enceinte est *cylindrique*, disposition qui facilite la construction et supprime tous les angles.

Mettons un *plancher* métallique double, l'un, supérieur plan, grillagé ou perforé ; l'autre, ou inférieur, faisant partie de l'enveloppe générale ; conique celui-ci à pointe inférieure infundibuliforme avec tuyau d'échappement déclive. L'espace compris entre ce double fond est réservé au liquide vaporisant.

Que la *chaufferie* extérieure à l'enceinte soit répartie sur une grande surface, car il s'agit de porter très rapidement la nappe liquide et sa vapeur à 190°.

L'enceinte doit être fermée *hermétiquement*, cela dans le but d'éviter toutes les fuites, et de répartir la

(1) MIKULICZ (Congrès de la *Société allemande de chirurgie*, 1893). — Ce chirurgien avait préconisé un masque de bouche Mais des expériences de Mendès de Léon ont démontré que les microorganismes passent au travers de ce « mündsperrer ». D'où la nécessité de doubler ce protecteur d'une nappe d'ouate. Terrier a justement fait remarquer que la difficulté est aisément tournée par l'observance d'un silence absolu. Nous sommes de ceux qui partagent entièrement cette manière de voir.

vapeur sporicidante dans les moindres diverticules intérieurs.

Les *thermomètres* sont au nombre de deux : l'un plongeant dans la chambre, a sa graduation visible à l'extérieur. L'autre, a maxima, annexé à la table métallique d'opération, est destiné à témoigner que tout a subi la température de 190° contenant et contenu.

Le *manomètre* dont les indications sont visibles du dehors indique et la pression de la vapeur pendant le chauffage, et le vide de l'enceinte après refroidissement.

A l'extérieur, une *pompe* aspirante et foulante en relation avec la chambre, sert 1° à produire différentes pressions utiles au cours des interventions (pressions positives ou négatives) 2° à évacuer l'air avant tout chauffage. L'absence préliminaire complète d'air dans l'enceinte écarte la possibilité d'explosions en cas de liquide ou de vapeur inflammable ; 3° à évacuer le liquide vaporisant après la stérilisation : car ce liquide ou ses vapeurs sont irrespirables.

Après l'évacuation de cette vapeur anhydre, il convient de procéder à la *rentrée d'un air* extérieur respirable, passant au travers d'une flamme, puis d'un filtre pendant sa rentrée, enfin chimiquement purifié.

Utilisons un liquide *vaporisant anhydre* pour éviter les inconvénients de rouille, et d'altération par oxydations ou hydratations.

Un *appareil réfrigérant* périphérique (arrosage à l'eau froide) peut hâter la condensation, le refroidissement de l'enceinte, et écourter ainsi le temps nécessaire pour une séance de sporicidation.

Réglage de la pression entre 1 et 3 atmosphères par le mécanisme précédemment décrit de la « distillation sous pression. »

Eclairage naturel et artificiel au travers de mica.

Enfin *utilisation* de la vapeur elle-même pour le transport « automobile » facultatif de la chambre et ses annexes en cas de chirurgie d'urgence.

Voilà, Messieurs, quelques données dès maintenant esquissées dans mon plan général, susceptible d'ailleurs de retouches, de perfectionnements ou de simplifications. Certes, les critiques seront adressées nombreuses à ma manière de voir. Mais ce n'est là qu'un dispositif encore embryonnaire. Et si l'on me reproche de tout compliquer par mes manières outrancières, je répondrai : Déjà l'antisepsie a tout compliqué, elle aussi : n'a-t-elle pas cependant acquis droit de cité ? Et puis contre cet argument de complication, je ferai valoir que je simplifie, puisqu'à de multiples méthodes, à de multiples séances, à trois salles d'opérations distinctes, je substitue une seule manœuvre, une seule séance simultanément et radicalement sporicidante, une seule salle sporicidable. C'est la sporicidation globale absolue du contenant et du contenu, salle, atmosphère, matériel.

Pour me résumer, *concluons* de cette longue leçon que : I. Les microbes de l'air et de l'ambiance opératoire ne sont pas à négliger dans notre œuvre de stérilisation. Leur rôle inconstant, généralement effacé, ne dépassant guère l'abcès comme degré de virulence. Cela justifie la nécessité de *supprimer la contamination par le mode atmosphérique*.

II. La *germicidation* seule mise en pratique jusqu'ici suivant la méthode antiseptique de Lister, ne confère qu'une fausse sécurité, et des résultats à peine germicides, nullement sporicides. Elle doit faire place à des méthodes plus sûres.

III. La *sporicidation* selon notre méthode, est ici légitime, utile, rationnelle. Elle donne un résultat global absolument certain, grâce à la vapeur anhydre sous pression portée à 190°.

IV. Elle est *réalisable* sous forme d'une *chambre métallique* chauffable, à fermeture hermétique, pourvue de différentes dispositions instrumentales : double plancher, thermomètres, manomètres, pompe aspirante et foulante, appareil réfrigérant, rentrée d'un air respirable préalablement sporicidé par passage sur flamme et au travers d'un filtre, etc. Dès maintenant, il est permis d'avancer que le difficile problème de la sporicidation collective, globale de tout le matériel chirurgical, salle comprise, contenant et contenu, en une seule, en une courte séance a reçu une solution satisfaisante. Voilà où j'en arrive après cinq leçons de *chirurgie biologique*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le médecin dans la Société moderne.

Jusqu'à ce jour, le corps enseignant a quelque peu négligé de mettre les élèves en médecine au courant des conditions dans lesquelles se pratique la profession qu'ils ont choisie. M. le Pr Brouardel a bien tenté quelque chose dans ce but en consacrant une partie de ses leçons à la Responsabilité médicale, au Secret médical, au Charlatanisme, et même à l'Exercice de la médecine, mais le professeur de médecine légale ne peut borner le programme de son cours aux questions d'ordre professionnel. MM. Legendre et Lepage ont eu l'honneur d'entreprendre, les premiers, il y a quelques années un cours libre de Déontologie médicale dont les leçons ont obtenu un véritable succès.

Récemment, nous avons ici-même signalé la belle leçon de M. Guinard, inaugurant son cours annexe de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, par l'exposé des devoirs des élèves dans les hôpitaux. M. Guinard n'était pas sans émule ; déjà M. le Dr Louis Rénon, médecin de la Pitié et professeur agrégé, avait pris l'excellente habitude de faire précéder son enseignement clinique d'une conférence d'ordre général ayant trait à l'exercice de la médecine.

L'année dernière, il avait examiné les *Rapports professionnels du médecin avec ses malades et avec ses confrères* (1); cette année, il a abordé le rôle du médecin dans la Société moderne. C'est le sujet du premier chapitre (il vaudrait peut-être mieux dire l'introduction) du volume qui vient de paraître où M. Louis Rénon a réuni les conférences pratiques, qu'il a faites aux étudiants au cours de cette année scolaire (2).

« A l'heure actuelle, dit M. Rénon, le rôle du médecin est assez effacé dans la société et notre profession

(1) *Journ. des Praticiens*, 15 juillet 1905.

(2) Louis Rénon. — Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons (Masson, édit. 1906).

ne paraît guère brillante ». Et il montre toutes les difficultés que le praticien rencontre, toutes les charges qui grèvent son maigre budget. C'est l'Etat qui l'accable d'impôts, de services gratuits ou semi-gratuits ; ce sont les départements, les communes, les associations, sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurance, qui lui offrent des salaires dérisoires. Ce sont les clients aisés qui recherchent partout la médecine gratuite ou à prix réduit. Ce sont les auxiliaires de la profession médicale qui, un peu de tous les côtés, se substituent au médecin et exercent illégalement.

D'autre part, le développement prodigieux de l'hygiène diminue, chaque année, la morbidité et la mortalité, les statistiques en font foi. Est-ce la fin de la médecine ?

Non. L'axe de la profession médicale se déplace seulement et, s'il le veut, le médecin peut avoir dans la Société moderne une place prépondérante. Il faut que le médecin évolue, que, de thérapeute souvent impuissant, il devienne le guide naturel de l'hygiène sociale, l'éducateur de la santé publique. Il sera le directeur de l'hygiène urbaine, veillera sur la potabilité des eaux, sur l'épuration des matières usées, réglementera l'hygiène des transports en commun. Il recherchera les causes des maladies signalées par le casier sanitaire des maisons de la ville et fera procéder à des désinfections qui ne seront plus illusoires, comme celles qui se font actuellement. Il deviendra le protecteur de l'enfance dans les crèches, les asiles, les collèges ; celui des adultes dans les casernes, les usines, les ateliers, les chantiers et les mines.

Dans la famille, il reprendra la place de conseiller sanitaire qu'il occupait jadis ; on le consultera à propos des actes importants de la vie, de l'éducation des enfants, de leur mariage. On lui demandera son avis avant d'entreprendre un voyage ou de choisir un lieu de villégiature.

Il faut que le médecin arrive, dès à présent, à persuader le public qu'il doit vivre non exclusivement de la médecine curative, mais de la médecine prophylactique et que, selon les termes du Pr Beco, de Bruxelles, au dernier Congrès de la tuberculose, « il n'est pas juste de faire reposer, en permanence, les œuvres sociales sur le désintéressement du médecin ». Ainsi transformé, l'exercice de la médecine prendra un aspect tout différent de ce qu'il est, surtout de ce qu'il fut, et, comme le prévoit le Dr Wiley (de Washington), le médecin de l'avenir « le plus honoré » sera celui qui aura le moins de malades dans sa clientèle.

Mais, remarque avec raison M. Rénon, pour que le médecin joue ce rôle prépondérant dans la société moderne, pour devenir le médecin que le Dr Triboulet qualifie si pittoresquement de « vivicole », il faut qu'il conquière, qu'il défende la place qu'il doit légitimement occuper. Il doit médicaliser autant que possible tout ce qui est du ressort de la médecine, faire une guerre sans merci aux charlatans et aux parasites. Cette défense ne pourra être réellement efficace que si elle est collective et le devoir de tout médecin est d'y coopérer en s'affiliant aux syndicats médicaux.

M. L. Rénon parle ensuite des rapports du médecin avec ses malades et ses confrères. Il montre son influence morale salutaire sur le malade, qui est primordiale et sans limite. Il recommande la réserve dans le pronostic, mais conseille de ne pas assombrir ce dernier par plaisir, de ne pas semer de vaines alarmes pour recueillir les bénéfices d'une guérison facile. Une réputation ainsi usurpée n'a guère de durée, et M. Rénon émet cette vérité que l'on ne saurait trop souligner : *dans la profession médicale, comme toujours, comme partout, c'est la ligne droite qui conduit le plus rapidement d'un point à un autre, et l'honnêteté scrupuleuse est le meilleur gage de réussite.*

Abordant alors les rapports du médecin avec ses confrères, M. Rénon montre, par des exemples, l'ignorance absolue où sont la plupart des étudiants, des plus élementaires notions des rapports professionnels des médecins entre eux et indique les règles habituelles de la déontologie médicale.

Le rôle du médecin, si pénible dans bien des cas, lui permet de pénétrer partout, dans toutes les classes de la société, aux heures tragiques où la dissimulation n'est guère possible. Il découvre ainsi que trop souvent la ruine et l'affliction sont cachées derrière un décor de bonheur et de prospérité. « Sachant tout cela, répète M. Rénon, comment voulez-vous qu'il ne devienne pas dès lors l'arbitre naturel, seul capable, dans la lutte grandissante des classes, d'amortir les chocs sociaux ? » Ceci explique l'indépendance du médecin, cette indépendance est le plus clair de ses biens et il ne doit jamais la sacrifier, dût-il momentanément en pâtir.

Nous devons remercier M. Louis Rénon de cette belle leçon sur le médecin dans la Société moderne ; nous ne doutons pas qu'elle portera ses fruits et que ce ne sera pas en vain qu'il aura engagé ses élèves à faire tous leurs efforts pour maintenir la situation prépondérante du médecin et l'augmenter encore. Mais pour nous cette leçon a une autre portée, c'est celle d'un bon exemple. A l'heure où le corps médical tout entier se plaint amèrement du manque absolu de sens pratique dans l'enseignement, où la plupart des Maîtres de nos Facultés paraissent oublier leur rôle d'éducateurs professionnels, il est consolant de rencontrer des professeurs qui, comme l'auteur des *Maladies populaires*, peuvent indiquer aux futurs médecins quel sera le rôle social qu'ils auront à remplir, et comment, par une étroite solidarité syndicale, ils pourront donner à leur profession la place utile et prépondérante qui aura une grande part dans l'amélioration progressive de la Société future. J. Noir.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* — Le lundi 6 août 1906, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. (*Montpellier Méd.* du 22 avril.)

*

Prophylaxie des maladies vénériennes.

Education sexuelle de la jeunesse.

Le Prof. Fournier a écrit deux excellents petits livres, qui ont pour but de montrer aux jeunes gens et aux jeunes filles les dangers des maladies vénériennes, les ravages qu'elles exercent sur l'individu, sur la famille, sur toute la nation. Tout en étant excellents, ces deux brochures ne donnent pas les résultats qu'on aurait été en droit d'attendre, pour la simple raison qu'ils ne sont pas connus suffisamment et pas lus. Demandez, pour vous assurer s'il en est vraiment ainsi, aux jeunes gens de votre entourage, à l'étudiant en droit, en lettres et même en médecine, pour laisser complètement de côté le nombre plus grand encore de ceux qui entrent dans le commerce ou dans l'industrie. Ce n'est donc pas par le livre, mais par la parole qu'il faudra vulgariser ce qu'il importe de savoir de la prophylaxie des maladies vénériennes. Cette nécessité a été comprise dans différents pays, notamment en Allemagne et aux Etats-Unis. Les sociétés pour l'hygiène scolaire ont débattu la question, et on a choisi comme rapporteurs des médecins, des pédagogues, des théologiens et des femmes mères de famille ou directrices d'écoles. Le problème a donc été examiné à tous les points de vue. L'accord est unanime sur la nécessité d'éclairer la jeunesse, de lui apprendre le danger à éviter. Il n'est plus de même lorsqu'il s'agit de trouver la personne à qui confier cette mission délicate.

Les pédagogues étaient d'avis que c'était l'affaire des médecins, ceux-ci voulaient en charger le prêtre, celui-ci considérait que les parents étaient plus qualifiés que lui-même. A notre avis, tout le monde doit collaborer à la solution. Si les parents croient ne pas en savoir assez pour faire cette éducation spéciale, ils peuvent s'adresser au médecin de la famille, qui connait les jeunes gens, les a peut-être mis au monde, et possède par là suffisamment d'autorité pour enseigner aux garçons ce qu'ils doivent savoir. Cependant, pour toute une catégorie de citoyens, le médecin de famille n'existe pas et pour eux, la majorité, il conviendrait que le maître ou le professeur prenne en mains cette direction. Du moins, ils peuvent, par des leçons et des explications graduées, faire connaître aux élèves les procédés de fécondation dans le règne végétal d'abord, chez les animaux et chez l'homme ensuite. Un garçon de 14 ans et la jeune fille de 13 ans sauront donc déjà les éléments de la question.

C'est à ce moment que devra intervenir le médecin, que ce soit le médecin de famille pour les parents qui ne voudraient pas trop choquer la candeur de leurs enfants, ou un médecin quelconque au courant de la question, pour les parents qui ont moins de préjugés. On réunirait une fois par an tous les jeunes gens au-dessus de seize ans, et en quelques leçons courtes, mais suffisantes, on les initierait aux réalités de la vie sexuelle, aux dangers des habitudes vicieuses et des contaminations possibles. Il est évident qu'il faudrait insister sur la possibilité physiologique et sur la nécessité de rester pur jusqu'au mariage. Mais ceci posé, il conviendrait de mettre devant leurs yeux, sans phrases, ce que c'est que la blennorrhagie et la syphilis, comment on peut éviter ces maladies et surtout comment on peut les guérir. Il faudrait surtout demander aux jeunes gens de ne pas cacher une blennorrhagie ou un chancre, de s'adresser au médecin tout de suite, afin de ne pas rendre chronique et dangereuse une affection qui peut être bénigne en elle-même. Apprenez toutes ces choses aux jeunes bacheliers avant de leur délivrer le diplôme, apprenez-le aux jeunes élèves des écoles primaires supérieures, aux apprentis, aux soldats et vous aurez bien mérité de leur avenir, de la santé publique, de la force de la nation. Regarder le danger en face, l'aborder sans détours, vaut mieux que de faire comme l'autruche, qui croit fuir le danger en se cachant la tête dans le sable. Un homme averti en vaut deux. G. Friedel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 avril

Cancer épithélial mucipare du poumon.

MM. Sabrazès et Muratet (de Bordeaux) rapportent le cas d'une femme de 51 ans présentant à droite tous les signes d'un gros épanchement pleural avec douleurs très vives, dyspnée intense et amaigrissement rapide (15 kg.)

On note de la circulation collatérale avec turgescence de la jugulaire droite, de l'œdème prosternal, une matité ligneuse au sommet. La ponction avec une fine aiguille est sans résultat et la mort survient en asystolie, avec ptose du foie refoulé par l'épanchement énorme (4 litres). Le liquide jaune pâle, filant, sirupeux, donne les réactions chimiques de la muccine. Le mucus provenait du poumon droit envahi par une tumeur maligne primitive, *cancer épithélial mucipare*. Par l'interstice des anfractuosités pleurales, en pressant sur la tumeur, on fait sourdre du mucus, qui passait ainsi dans la plèvre, pendant la vie sous les efforts de toux, les lacs muqueux néoplasiques affluent aux anfractuosités et s'y déversent en partie.

Cette tumeur est très polymorphe, varie de l'épithélioma cylindrique caliciforme, qui prédomine, au carcinome alvéolaire, et, même dans ses manifestations ganglionnaires, conserve sa propriété exaltée d'hypersécrétions de mucus.

Déchloruration fécale.

MM. Javal et Adler ont observé, chez un malade atteint d'anasarque par néphrite tuberculeuse et tuberculose intestinale avec diarrhée incoercible, une abondante déchloruration par les fèces qui en étaient plus chargées que les urines ; il rendit un jour jusqu'à 9 gr. 51 cent. L'examen des selles diarrhéiques examinées comparativement chez plusieurs malades à ce point de vue a montré que les fèces, diluées par purgation ou par diarrhée pathologique ont augmenté les chlorures en proportion de la dilution. Des fèces contenant 80 à 90 % d'eau contiennent 2 gr. de chlorure et dans les diarrhées extrêmement liquides 90 à 96 % on observe jusqu'à 2 et 3 gr. % de chlorures. Les purgatifs augmentent donc la déchloruration fécale, mais ne donnent jamais une proportion égale à celle de certaines diarrhées pathologiques.

Gastro-entérites infantiles. Influence du régime sur le microbisme.

M. Guillemot et Mlle Szczacdinska. — Par la diète hydrique suivie de bouillon de légumes, le microbisme fécal des gastro entérites infantiles communes varie peu, malgré l'amélioration ou la guérison cliniques. Les microbes, ici, semblent donc se conduire surtout comme agents de fermentation plutôt que comme germes infectants. La réalimentation change le microbisme et donne des résultats qui varient avec le milieu intestinal. Avec certains aliments très digestifs, on voit réapparaître le même microbisme fécal que chez l'enfant normal alimenté de lait de femme. Le microbisme est donc commun à la digestion de substances alimentaires variées mais digestibles.

Séance du 5 mai.

Transmission de la rage par coup de griffe.

M. Remlinger communique 3 observations, dont 2 person-

nelles, d'individus non *mordus*, mais *griffés*, par des chiens enragés qui ont succombé à la rage. A la période d'incubation, chiens et chats contaminent leurs griffes en se léchant les pattes ; à la période d'état la bave contagieuse se répand partout, nouvelle cause de souillure, surtout si l'animal est attaché. Les personnes simplement griffées doivent donc recourir aux inoculations préventives.

Méningo-encéphalite diffuse ulcéreuse syphilitique.

M. Bosc (de Montpellier) envoie l'observation d'un malade syphilitique avec des gommes scléreuses, qui présenta une méningite chronique diffuse ulcéreuse reproduisant très exactement les lésions de la paralysie générale. De l'examen histologique de ses préparations, l'auteur conclut que la gomme cérébrale à son stade d'activité est constituée par une néoformation cellulo-vasculaire de structure précise ; quant à la méningo-encéphalite diffuse ulcéreuse, elle était ici en connexité directe avec la gomme et présentait un syphilome de même structure générale ; mais qui, au lieu d'être nodulaire et de se substituer au tissu nerveux, est diffus, plus discret et aboutit à la désintégration et à la sclérose.

Pathogénie de la grenouillette.

M. Imbert (de Marseille), ayant fait l'examen histologique d'une grenouillette sublinguale, indique que cette affection est un kyste conjonctif de la région sublinguale du plancher de la bouche, mais non de la glande sublinguale elle-même. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai.

Malgré la date fatidique du 1er mai, les Académiciens sont assez nombreux. M. Guéniot rappelle spirituellement que l'Académie a toujours siégé, même pendant les batailles les plus ardentes de la Commune, le 23 mai 1871. Il est vrai que, ce jour-là, un seul membre fut fidèle à la séance, ce fut M. Gaultier de Claubry, professeur à l'école de pharmacie.

La séance est néanmoins très courte. Le dépôt des conclusions sur la prophylaxie de la tuberculose est encore ajourné.

MM. Brincart, Ducormeau et Richard présentent une étude sur la prothèse dentaire.

M. A. Robin lit une note de M. Benech, professeur agrégé à Bordeaux sur l'aortite abdominale par propagation, et ses rapports, tant avec la gastrite que l'appendicite. L'aortite abdominale serait dans les gastrites aiguës une complication relativement fréquente. Elle se produit alors par propagation directe.

Voici enfin les commissions de prix pour 1906.

Prix de l'Académie : MM. François-Franck, Grancher, Netter.
Prix Alvarenga : MM. Chatin, Pozzi, Chantemesse.
Prix Apostoli : MM. Gariel, d'Arsonval, Regnard.
Prix Baillarger : MM. Magnan, Motet, Joffroy.
Prix Barbier : MM. Laveran, Ménard, Reynier.
Prix Boullard : MM. Brouardel, Richer, Raymond.
Prix Bouceret : MM. Ed. Perrier, Gley, Reynier.
Prix Buignet : MM. Riche, Robin, Marty, Delorme, Pouchet, Gréhant.
Prix Campbell-Dupierris : MM. Guyon, Ch. Perrier, Reclus.
Prix Capuron : MM. Moissan, Hanriot, Bourquelot.
Prix Chevallier : MM. Hérard, Dieulafoy, Duguet.
Prix Chevillon : MM. Labbé, Cornil, Ch. Monod.
Prix Civrieux : MM. Bouchard, Motet, Troisier.
Prix Clarens : MM. Besnier, Vallin, Chauffard.
Prix Daudet : MM. Lancereaux, d'Arsonval, Chauvel.
Prix Desportes : Section de thérapeutique et d'histoire naturelle.
Prix Godard : MM. Bucquoy, Debove, Gilbert.
Prix Guzman : MM. Hayem, Huchard, Fernet.
Prix Herpin (de Genève) : MM. Empis, Magnan, Landouzy.
Prix Herpin (de Metz) : MM. Lereboullet, Laveran, Hutinel.
Prix Hugo : MM. Lancereaux, Yvon, Hamy.
Prix Itard : MM. Duguet, Hallopeau, Landouzy.
Prix Laborie : Section de chirurgie.
Prix Larrey : MM. Sée, Pinard, Kermorgant.
Prix Laval : MM. Guéniot, Debove, Josias.
Prix Lorquet : MM. Brouardel, Magnan, Raymond.
Prix Meynot : MM. Duplay, Kirmisson, Poirier.
Prix Monbinne : MM. Cauvel, Duguet, Benjamin.
Prix Nativelle : MM. Jungfleisch, Prunier, Guignard.
Prix Orfila : MM. Bouchardat, Vallin, Hanriot, Pouchet, Netter.
Prix Saintour : MM. Dieulafoy, Pinard, Motet, Richelot, Cadiot.
Prix Stanski : MM. Laveran, Roux, Chauffard.
Prix Tarnier : MM. Budin, Pinard, Doléris.
Prix Vernois : MM. Delorme, Chantemesse, Vaillard.

A.-F. Plicque.

REVUE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr LUCIEN GRAUX

I. **L'Entéro-colite muco-membraneuse observée aux eaux minérales** ; par les Drs Bernard et Baraduc. (*Congrès d'Hydrologie de Venise.*)

Quelles sont les formes d'entéro-colite que l'on doit adresser plus spécialement à *Plombières* ? D'une façon générale, les nerveux, les éréthiques, les congestifs, les sujets qui ont des manifestations arthritiques bien nettes, sont justiciables du traitement. Dans les formes d'entéro-colite avec prédominance des symptômes douloureux dans la sphère abdominale (entéralgie, cystalgie, etc.), dans les formes diarrhéiques, lorsque la diarrhée paraît être d'origine nerveuse plutôt qu'infectieuse, *Plombières* est aussi particulièrement indiqué.

Il résulte du mode d'action de la cure de *Châtel-Guyon* que, parmi les malades atteints d'entéro-colite, en sont plus particulièrement justiciables : les anémiés, les torpides, les déprimés, les congestionnés sous-diaphragmatiques, les hépatiques, les intoxiqués, les hyposthéniques généraux et plus spécialement les hyposthéniques gastro-intestinaux.

II. — **La cure aux eaux de Vichy** ; par le Dr Tissier. (Paris, Coccoz, 1906.)

Dans cette intéressante brochure, le Dr René Tissier, a condensé tous les renseignements qui pouvaient être utiles aux praticiens sur les eaux de Vichy. Notons : la nature des eaux de Vichy, leur composition chimique, leur mode d'emploi, l'action des eaux sur l'économie, enfin les indications et contre-indications de la cure hydrominérale.

III. — **Traitement hydrominéral des catarrhes bronchiques non bacillaires** ; Par le Dr Cazeaux. (*Gazette des Eaux*, janvier 1906.)

Le catarrhe des voies respiratoires est principalement justiciable des *eaux sulfurées* dont l'efficacité s'échelonne d'après la gamme descendante suivante : *a*) les eaux sulfurées sodiques chaudes ; *b*) les sulfurées sodiques froides ; *c*) les sulfurées calciques chaudes ; *d*) les sulfurées calciques froides. Ces eaux produisent leur plus grand effet sur les tempéraments indifférents, lymphatiques ou scrofuleux, car elles n'agissent pas seulement par le soufre, mais par l'ensemble de leur composition qui les rend essentiellement reconstituantes. Elles sont également très utiles chez une catégorie d'herpétiques dont le catarrhe bronchique se rapproche par sa nature des dermatoses superficielles.

Les *eaux chlorurées* s'adressent également à la scrofule sous toutes ses formes : les chlorurées simples et les chlorurées sulfurées modifient particulièrement la scrofule profonde. Aux catarrhes des voies aériennes conviennent plutôt les chlorurées faibles et principalement les chlorurées bicarbonatées qui exercent une action spéciale sur la peau et les muqueuses. Dans la famille des *bicarbonatées*, ce sont les bicarbonatées chlorurées qui jouissent d'une appropriation au

traitement des inflammations chroniques des voies respiratoires chez les arthritiques ; elles n'exercent pas d'action perturbatrice, s'adressent plutôt au sang qu'à la lymphe et favorisent la nutrition générale. Un petit nombre de *sulfatées calciques* sont utilisables chez les sujets nerveux ou congestionnables qui ne toléreraient pas les sulfurées. Dans la famille des *indéterminées*, il y a des sources qui ont, sur les catarrhes du larynx et des bronches, un effet beaucoup plus marqué que ne le ferait supposer leur faible minéralisation.

Il ressort de là une fois de plus que c'est moins par tel ou tel de leurs éléments qu'elles agissent que par l'ensemble de leur composition. Il en ressort aussi qu'il subsiste dans l'étude des actions pathogéniques et thérapeutiques des eaux minérales une inconnue où peut-être un rôle est départi soit à leur électricité, soit à leur radio-activité.

IV. — La lutte antituberculeuse en France ; Par DEHAN et LEDOUX-LEBARD. (Paris, Masson, 1906.)

MM. Dehan et Ledoux-Lebard ont comblé une lacune dans la bibliographie antituberculeuse, assez riche cependant, en groupant sous une forme pratique tous les renseignements relatifs aux œuvres luttant contre la tuberculose. Ils décrivent les diverses institutions réservées aux enfants, aux adolescents, aux adultes.

Ce petit volume vient à son heure et sera un guide précieux pour ceux qui voudront le consulter.

V. — Les Eaux minérales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers ; par le Dr FARINA (1906).

Le Dr Farina a résumé dans cet ouvrage, d'une lecture aisée et très documenté, les propriétés des eaux de ces deux stations. Les eaux de Brides sont hyperthermales, sulfatées calciques sodiques et magnésiennes, chlorurées sodiques, arsenicales, lithinées, ferrugineuses. Elles s'adressent aux affections de l'estomac, de l'intestin, du foie ou du système génito-urinaire et à tous les états qui relèvent d'un trouble profond de la nutrition générale. Salins, à 1500 mètres de Moutiers, possède des eaux hyperthermales chlorurées sodiques fortes, carboniques fortes et gazeuses, arsenicales, iodurées, lithinées, très ferrugineuses. Elles ont une action heureuse surtout dans les cas d'asthénie généralisée, de lymphatisme, de scrofulo-tuberculose. Les effets sont remarquables dans la thérapeutique infantile et on a pu appeler Salins-Moutiers la « mer thermale des Alpes ». Nous n'avons pu donner qu'un faible aperçu de ce très intéressant travail.

VI. — Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète ; par H. VERDALLE, médecin des Hôpitaux de Bordeaux, médecin consultant à La Bourboule et à Cannes. (In *Arch. gén. de médecine*, mars 1906.)

M. Verdalle conclut de ses nombreuses observations : 1° Dans le diabète en général, le traitement par les eaux chlorurées sodiques arsenicales a une action très efficace ; il est cependant surtout indiqué dans les cas où la médication arsenicale a été déjà employée avec succès, et spécialement dans la forme hyperhépatique du diabète, c'est-à-dire dans cette variété décrite par M. le professeur Gilbert, variété caractérisée par l'hyperfonctionnement du foie (glycosurie et azoturie) ; 2° Le traitement par les eaux arsenicales porte à la fois sur la glycosurie, qu'il fait toujours baisser et souvent disparaître complètement, et sur l'azoturie, laquelle diminue d'une façon parallèle ; 3° Le traitement tend à régulariser le taux de l'urée ; à le ramener à la normale : le réduisant quand ce taux est exagéré, le faisant remonter, au contraire, quand il est au-dessous de la moyenne ; on peut donc affirmer que le traitement régularise la nutrition ;

4° L'amélioration de la santé générale est aussi remarquable, elle suit parallèlement la régularisation de la nutrition et la diminution de la glycosurie ; cette amélioration est, dans certains cas, étonnante ; j'ai prononcé le mot de résurrection. Elle est souvent durable, se maintient pendant des mois et des années ; elle est quelquefois définitive ; 5° L'indication formelle pour les eaux arsenicales est donnée par l'état d'hyperfonctionnement de la cellule hépatique ; les eaux alcalines devant, au contraire, être indiquées dans les cas où ce fonctionnement est insuffisant ; il arrive ainsi souvent que l'eau arsenicale réussit dans beaucoup de cas où les alcalins avaient échoué, avaient même été nuisibles ; 6° mais, dans aucun cas, le traitement arsenical ne produit d'accidents, si, du moins, il est manié convenablement ;

7° Il peut rendre des services dans n'importe quelle forme de diabète ; bien qu'il soit plus formellement indiqué dans la forme hyperhépatique, il donne aussi de très bons résultats dans les autres formes ; mais il faut surtout invoquer l'action reconstituante de l'arsenic et aussi l'action de l'altitude, de l'aération, des pratiques hydrothérapiques, etc., etc. Alors même que les résultats chimiques seraient peu notables, on peut affirmer hautement que l'état général du malade est toujours grandement amélioré.

8° Certaines indications spéciales s'imposent encore en faveur du traitement du diabète à la Bourboule : elles tiennent à ses complications si fréquentes : les accidents du côté de la peau ou des muqueuses — les complications du côté de l'appareil broncho-pulmonaire (asthme, tuberculose, etc.), l'anémie, etc., et encore à tous ces épiphénomènes qui se rattachent, comme si souvent le diabète lui-même, à l'arthritisme. 9° Mais il convient de ne pas faire de l'anémie et de la cachexie une indication fondamentale, comme ont coutume beaucoup de praticiens ; plus tôt on enverra le diabète à la Bourboule et plus on aura de chances pour obtenir une guérison définitive ; 10° Dans certains cas particuliers une double saison pourrait être utile ; 11° Le traitement par l'eau exportée peut aussi rendre des services dans l'intervalle des saisons. Je recommande, en ce cas, une petite saison de trois ou quatre semaines, à domicile, tous les trois mois : environ deux cents grammes par jour ; cent grammes à chaque repas ; mais sous la surveillance très étroite du médecin traitant.

12° L'albuminurie n'est pas une contre-indication, à moins qu'elle ne soit due à une vraie néphrite ; quand elle est simplement liée au diabète, légère et temporaire, elle cède en même temps que lui.

REVUE DE DIÉTÉTIQUE

Les régimes déchlorurés, d'après les travaux de M. F. WIDAL, professeur agrégé.

L'action hydropigène du chlorure de sodium retenu chez certains brightiques n'a plus besoin d'être démontrée, et il est bien établi que, chez eux, la seule suppression du sel ajouté aux aliments peut suffire, en dehors de toute autre intervention, à provoquer la déshydratation de l'organisme. C'est là le fondement de la cure de déchloruration ; la simplicité du remède répond bien à la simplicité de la cause.

L'action hydratante est l'apanage du chlorure de sodium retenu chez les brightiques. L'urée en particulier, cette autre substance dissoute, dont l'accumulation est si fréquente chez les néphrétiques, est incapable par sa rétention d'hydrater les tissus au cours du mal de Bright ; ses molécules s'accumulent dans le sang et cherchent sans cesse à forcer la barrière rénale. Les molécules de chlorure retenu suivent un courant inverse qui, du sang, les porte vers les tissus. Tandis que la rétention des chlorures détermine l'urémie hydropigène, la rétention azotée n'aboutit qu'à l'urémie sèche. On observe souvent au cours du mal de Bright une dissociation de l'imperméabilité du rein pour les chlorures et pour l'urée ; les deux rétentions peuvent exister isolées ou combinées : elles présentent bien quelques caractères communs, mais elles ont aussi des caractères qui les différencient et qui, au cours de certains états urémiques, permettent souvent de faire la part qui revient à chacune d'elles.

Les régimes déchlorurés exercent encore leur action déshydratante sur les œdèmes cardiaques et permettent parfois d'arrêter la marche d'une hydropisie résultant d'une gêne de la circulation, comme l'ascite cirrhotique, mais ils ont une action beaucoup plus restreinte contre les hydropisies de nature inflammatoire, comme celles de la pleurésie, par exemple. L'imperméabilité des reins pour les chlorures est telle, chez certains brightiques, que l'on doit abaisser jusqu'à ses dernières limites la dose de chlorure permise ; le lait, qui doit

avant tout ses qualités à sa faible chloruration, peut être un aliment trop salé encore pour ceux dont les reins sont ainsi presque complètement fermés pour les chlorures. C'est sur de tels malades que la cure de déchloruration nous fait assister à ce spectacle inattendu d'un albuminurique infiltré d'œdèmes, plus amélioré par un régime carné et amylacé privé de sel que par le régime lacté jusque-là prescrit comme le seul salutaire. L'imperméabilité rénale pour les chlorures n'est jamais absolue : elle n'est toujours que relative et peut présenter tous les degrés ; bien plus, elle varie chez un même sujet d'une période à l'autre de la maladie. Dans nombre de cas, la perméabilité rénale est encore suffisante pour permettre une légère chloruration alimentaire. C'est alors que le lait, aliment faiblement chloruré, exerce l'action bienfaisante qui lui est depuis longtemps reconnue.

Lorsqu'on entreprend de traiter un brightique infiltré d'œdèmes, il faut commencer par lui prescrire un régime strictement déchloruré. Par tâtonnements, en interrogeant la courbe du poids régulièrement dressée et surtout en consultant le bilan des chlorures, on arrive à régler d'une façon suffisamment exacte la dose de tolérance qu'il faut toujours se garder d'atteindre dans l'alimentation.

La cure de déchloruration, tout en étant une méthode de traitement contre la rétention chlorurée, est du même coup la méthode de choix pour l'épreuve de la chlorurie alimentaire et permet de dépister les rétentions de sel. Tous ceux qui ont pratiqué la cure de déchloruration savent avec quelle rapidité saisissante on voit, sous son influence, les œdèmes s'effondrer, chez certains brightiques. Le régime ne donne pas toujours des succès aussi réguliers ; la décloruration a parfois ses difficultés. Chez certains sujets, la déshydratation ne s'obtient que lentement et, pour renforcer l'action du régime, il faut alors le secours de médicaments diurétiques. Les régimes déchlorurés même prolongés sont sans inconvénient pour les brightiques. Quoi qu'on fasse, jamais la privation de sel ne peut être absolue ; ce corps est répandu dans la nature avec une profusion telle qu'aucune substance n'en est complètement dépourvue. Si l'homme sain, pour satisfaire ses sensations gustatives, peut se permettre chaque jour l'excès de chlorures alimentaires que comporte sa ration ordinaire, l'homme frappé dans ses reins ou dans son système cardio-vasculaire doit se préoccuper sans cesse de la chloruration de son régime et doit toujours craindre d'accumuler des réserves de chlorures dans ses tissus.

En dehors même des périodes d'insuffisance rénale et d'asystolie où le régime déchloruré absolu s'impose, un brightique ou un cardiaque doit toujours faire usage d'une alimentation aussi peu salée que possible, car il ne sait jamais à quel moment précis l'usage exagéré du chlorure de sodium pourra de nouveau lui être nuisible.

BIBLIOGRAPHIE

Etude de la région silurique occidentale de la Presqu'île de Crozon (Finistère) ; par Kerforne. (Simon, imprimeur, Rennes, 1901.

M. F. Kerforne, préparateur de géologie et de minéralogie à l'Université de Rennes, a choisi comme sujet de sa thèse de doctorat ès sciences, l'étude de la région silurique occidentale de la presqu'île de Crozon, c'est-à-dire de la presqu'île qui forme l'extrémité du Finistère entre la rade de Brest et la baie de Douarnenez. Cette région présente au point de vue géologique un intérêt tout spécial, car faisant contraste avec les régions plus septentrionales ou plus méridionales de la Bretagne, elle ne contient ni terrain cristallophyllien, ni granit et fort peu de roches éruptives. Elle est surtout constituée par des roches sédimentaires paléozoïques en grande partie de l'époque silurienne dans la région occidentale et méridional, le reste étant de l'époque devonienne. Nous n'avons pas une compétence suffisante et le souvenir de nos études en géologie est un peu trop ancien pour suivre pas à pas l'auteur dans l'examen stratigraphique et paléontologique de chaque région de la presqu'île de Crozon.

L'étude comparée des fossiles de ces roches sédimentaires permet d'admettre l'hypothèse de l'existence, lors du dépôt de la couche ordovicienne, d'une mer s'étendant de la Bretagne à l'Espagne et au Portugal, mais n'ayant pas de communication avec l'Angleterre dont les dépôts paléozoïques ne sont pas semblables. Cette mer, lors du dépôt de la couche gothlandienne se serait étendue aux Vosges, à la Bohême et à la Montagne Noire dans l'Hérault. Le massif armoricain n'a aucune similitude avec les régions ordoviciennes de Belgique, de Scandinavie et de Russie.

Une nomenclature très étendue, de la paléontologie de cette région, une bibliographie importante, de belles cartes et de nombreuses figures complètent ce savant mémoire. J. Noir.

Nœvus mélanique traité par diverses méthodes : par Leredde et R. Martial. (Impr. Monnoyer, Le Mans.)

Le nœvus mélanique est une affection commune et qui peut devenir infiniment grave, lorsqu'il est le point de départ de mélanomes. On connaît le danger de ceux-ci, leur rapidité de développement, la rapidité de l'infection des voies lymphatiques et même du sang. Ce que l'on sait aussi, c'est que, entre toutes les tumeurs susceptibles de s'accroître, de se développer par les irritations extérieures, les nœvi mélaniques tiennent le premier rang. L'expression « noli me tangere » a été appliquée à tous les épithéliomes cutanés, elle s'applique aux nœvi mélaniques plus qu'à tous les autres ; expression exacte, du reste, avant la période chirurgicale, dangereuse aujourd'hui, si l'on entend que les épithéliomes de la peau doivent être respectés et non traités. Il faut seulement entendre qu'ils doivent être maintenant traités d'une manière complète, et jamais d'une manière incomplète.

La facilité avec laquelle les nœvi mélaniques s'aggravent sous l'influence des irritations, le danger qui en résulte a conduit nombre de médecins à déclarer qu'il ne fallait jamais intervenir en présence d'une tumeur mélanique, si petite soit-elle. Ce n'est pas notre avis, et l'un de nous a dit dans les discussions de la Société de Dermatologie qu'on devait considérer comme inoffensive l'ablation des mélanomes, à condition que l'action du bistouri s'exerce exclusivement en dehors, au-delà des limites du mal, superficielles et profondes, qu'il n'y eut aucun contact entre le bistouri et les régions mélaniques.

Au point de vue pratique, nous croyons qu'il convient de respecter totalement une simple tache mélanique qui ne s'accroît pas, mais dès qu'elle tend à augmenter, intervenir *et seulement* de la manière indiquée plus haut. Si on ne veut agir de cette façon, on ne fera rien, toute intervention étant rarement inutile, le plus souvent dangereuse. Ces règles ont été méconnues dans un cas que nous avons observé à la policlinique de l'établissement dermatologique et dont l'observation mérite d'être rapportée parce qu'elle est banale, et par là même instructive.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, vigoureuse, bien portante, qui portait depuis au moins trois ans, sur le bord de l'oreille droite, une tache noire, lenticulaire, croûteuse, ressemblant à un nœvus verruqueux. Cette tumeur s'accroissant lentement, donnant un peu de sérosité ou de pus, une cautérisation au thermo-cautère, fut faite il y a trois ans environ. La tumeur reparut au bout de quelques mois et fut de nouveau cautérisée. Au bout d'un an encore, la tumeur était reparue plus large qu'à l'origine, une nouvelle cautérisation (Pâques 1905) fut suivie d'une croissance rapide, la tumeur acquit le volume d'un gros pois. Nouvelle cautérisation, la tumeur repousse, grosse comme une cerise ; la tumeur est saignante, vascularisée, à ce moment il n'y a pas d'adénopathies.

Alors paraît une nouvelle tache plate au niveau de l'anthélix, a sa partie supérieure. Au mois de juin, on fait huit séances de radiothérapie sur la tumeur initiale. Celle-ci s'affaisse, mais à la suite apparaît une légère adénopathie au-devant de l'oreille. La malade, découragée, change de médecin et s'adresse à un nouveau praticien qui fait en trente jours, 25 ou 30 cautérisations avec un caustique de nature indéterminée. La tumeur disparaît. A ce moment, apparaissent des ganglions au niveau du sterno-cléido-mastoïdien. La tumeur reparaissant, on fait, au mois d'octobre, de nouvelles séances

de radiothérapie qui n'amènent aucune amélioration apparente.

Au moment où nous vîmes la malade, elle présentait sur le bord de l'oreille et à la partie supérieure une tumeur élevée grosse comme une noisette, dure, noirâtre présentant à sa partie moyenne, en avant, une ulcération plate, suintante et croûteuse et une autre semblable en arrière, mais de date plus récente. Tout autour le tissu est violacé ; on constate au niveau de l'anthélix la présence de la tache dont nous avons parlé, la partie supérieure de l'oreille est rouge et tendue. L'affection est tout à fait indolore. Il existe un gros ganglion dur, à l'angle de la mâchoire, un gros ganglion rétro-auriculaire, au niveau duquel la peau est rouge et tuméfiée, en avant de l'oreille, deux ganglions, dont l'un volumineux et l'autre petit.

* *

S'il s'était agi d'un épithélioma du type vulgaire, une opération faite au moment où nous vîmes la malade aurait pu être indiquée. Mais, la nature mélanique de la tumeur nous parut devoir éloigner toute idée d'intervention. Il fallut se contenter de prescrire à la malade un traitement arsenical. Il nous semble que pendant trois ans cette malade aurait pu être opérée et cela avec les plus grandes chances de succès. En tout état de cause, qu'elle n'aurait pas dû être cautérisée, que la tumeur reparaissant, de nouvelles cautérisations n'auraient pas dû être faites, et que, peut-être, à l'heure où on fit de la radiothérapie, une intervention aurait pu amener la guérison.

La radiothérapie nous semble dangereuse dans les épithéliomas de ce type dont on connaît la malignité. Ses indications se bornent aux cas dans lesquels on est certain que les voies lymphatiques ne sont pas intéressées : dans le doute, il n'y a pas à choisir entre l'ablation et la radiothérapie, l'ablation seule s'impose.

Précis de chirurgie infantile; par le P. Kirmisson, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. (Un volume de 800 pages avec 462 figures chez Masson, Paris 1906.)

Au moment où la chirurgie infantile prend une si grande importance, le traité écrit par un chirurgien dont l'expérience est déjà longue sera sans aucun doute apprécié par l'étudiant et par le praticien. M. Kirmisson n'a pas voulu condenser le plus grand nombre de matériaux possibles à l'exemple de beaucoup de ses devanciers : il estime que lorsque tout est résumé d'une façon trop brève et trop concise, on ne peut acquérir des notions vraiment utiles et durables. La lecture de semblables précis ne donne qu'un vernis excellent pour un examen, mais déplorable pour un praticien. Or comme le but unique est d'acquérir les notions indispensables à l'exercice de la profession, l'auteur a fait un livre essentiellement clinique. On n'y verra pas tout ce qui est théorie pure, historique, pathogénie avec des développements considérables, mais on trouvera la séméiologie, le diagnostic, le traitement, soigneusement et amplement traités. Ecrit dans un style sobre, le précis fourmille d'idées personnelles et reflète l'enseignement d'un homme qui depuis de longues années s'est entièrement adonné aux questions de chirurgie infantile. Le texte est illustré de nombreuses gravures. Ce précis est divisé en 4 livres, eux-mêmes divisés en plusieurs sections. Le livre premier traite des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Le livre II s'occupe des lésions traumatiques de l'enfance. Le livre III renferme les notions relatives aux lésions inflammatoires et aux troubles de nutrition. Le livre IV traite des néoplasmes et des tumeurs. Fidèle à son but pratique, l'auteur n'a pas donné un développement égal à tous les chapitres et voici pourquoi : un praticien a le droit de ne pas être un chirurgien éminent et apte aux grandes interventions, mais en chirurgie infantile où point n'est besoin de présenter constamment ces qualités, chacun doit être prêt à traiter les affections les plus communes : maux de Pott, pieds bots, luxations congénitales, etc. C'est à la description des données pratiques que M. Kirmisson a consacré le plus de développements. Nul doute que cet ouvrage ne trouve auprès du public médical le plus chaleureux accueil.

Traité de physiologie; par Mathias-Duval et Gley. (1 volume in-8, de 485 pages avec 120 figures. Première partie. Baillière, Paris 1906.)

Le nouvel élan qu'a reçu, dans ces dernières années, l'étude des sciences biologiques fait une obligation à tous les étudiants et à tous ceux qui s'occupent des sciences médicales de connaître toutes les acquisitions de la physiologie et de se tenir au courant de ses plus récents progrès. Pour qu'il en soit ainsi, il suffit d'avoir sous la main le traité de physiologie de Duval et Gley, qui remplit exactement les conditions requises. Nous connaissions tous le Traité de physiologie de Küss et Duval que nous trouvions excellent et dont les nombreuses éditions soulignaient le mérite. Ce Traité n'est que la transformation de ce livre par M. Gley, professeur agrégé à la faculté et membre de l'Académie de médecine. En disant transformation, peut-être sommes-nous au-dessous de la vérité : mieux vaut dire livre nouveau : car M. Gley, en conservant à ce volume les qualités didactiques de Küss et Duval, a tenu à présenter l'état actuel de la physiologie d'une façon complète en indiquant tous les phénomènes fondamentaux de la vie. Aussi le livre débute-t-il par un chapitre de physiologie cellulaire, c'est-à-dire par l'énoncé des données suivant lesquelles se fait le fonctionnement des éléments cellulaires. Partant de là tous les faits ressortissant à la digestion, à l'absorption, à la circulation, sont clairement expliqués. M. Gley, ayant avant tout le désir d'être complet et compris de tous, n'a pas craint de donner des explications suffisantes sans cependant le surcharger outre mesure.

Ce traité est fait dans un but extrêmement pratique : aussi tout ce qui est destiné à le rendre tel n'a pas été omis : citons par exemple le soin que l'on a de toujours indiquer dans une courte note biographique les acquisitions scientifiques de tel ou tel physiologiste ; citons encore les nombreux schémas ou tracés aidant à la compréhension du texte, ou l'emploi de caractères plus petits pour bien distinguer dans le reste du texte les observations, les relations d'expériences, les discussions critiques.

Nous encourageons donc les étudiants et les praticiens soucieux de posséder un traité de physiologie maniable et cependant complet à acquérir ce traité aussi utile qu'agréable à lire.

G. Paul-Boncour.

Traité d'hygiène, en fascicules, de MM. Brouardel et Mosny — **Le Sol et l'Eau**, par L. Delaunay, E. Martel, Ogier et Bonjean. 1 vol. gr. in-8 de 464 pages, avec 55 figures et 2 planches coloriées, 10 fr. (Librairie J.-B. Baillère et fils, 1906. Paris).

Nous avons déjà donné l'analyse du plan de l'important traité d'Hygiène publié en fascicules sous la direction de MM. Brouardel et Mosny et, en faisant le compte rendu des premiers fascicules parus : *Athmosphères et climats* par MM. Courmont et Lesieur, et *Hygiène Alimentaire* par MM. Rouget et Dopter, nous avons fait remarquer que cet ouvrage promettait de dépasser de beaucoup tous les traités d'hygiène publiés jusqu'à ce jour. Le nouveau fascicule paru : *Le sol et l'Eau* vient confirmer nos prévisions. On ne saurait appeler fascicule ce volume de 464 pages, qui à lui seul, est une importante monographie.

L'étude du sol au point de vue de l'hygiène a été confiée : 1° pour la partie géologique à M. L. de Launay, professeur à l'Ecole supérieure des mines, 2° pour la partie chimique, physique et bactériologique, à M. Ed. Bonjean, chef du laboratoire du Comité consultatif d'hygiène publique. Dans l'étude bactériologique du sol, on lira avec intérêt les chapitres sur la régression de la matière organique, l'épuration par le sol, la nitrification, le rôle du sol dans les affections telluriques.

L'étude de l'eau est faite : 1° au point de vue hydrologique par M. E.-A. Martel, auditeur au comité consultatif d'hygiène ; 2° au point de vue microbiologique et chimique, par MM. J. Ogier et Ed. Bonjean.

Le régime des eaux souterraines, les phénomènes d'émergence et de résurgence, les précautions à prendre contre la pollution des eaux et les mesures de protection des eaux potables sont exposées par M. E.-A. Martel.

Le fascicule se termine par une très importante étude de

MM. Ogier et Bonjean sur l'analyse des eaux potables comprenant les études suivantes. Prélèvement des échantillons destinés aux examens bactériologique, micrographique et à l'analyse chimique. Examen des propriétés physiques et organoleptiques ; Examen bactériologique Examen micrographique : Analyse chimique : Renseignements géologiques, hydrographiques et sanitaires : Discussion et interprétation des résultats.

La détermination de la valeur hygiénique des eaux destinées à l'alimentation publique, c'est-à-dire le problème qui consiste à dire si une eau est de bonne qualité, si elle doit être utilisée ou rejetée pour l'alimentation, si cette eau est ou a été cause d'épidémies ou d'endémies, est des plus importantes pour l'hygiène publique. L'examen d'une eau destinée à l'alimentation est une œuvre délicate, qui doit être entourée de toutes les garanties que fournissent les données actuelles de la science.

Il est difficile de donner une analyse plus étendue d'un pareil traité, où chaque chapitre a une importante capitale au point de vue de l'hygiène urbaine et de la prophylaxie de maladies qui telles que la fièvre typhoïde sont essentiellement évitables si l'on use d'une eau d'alimentation de bonne qualité. Cependant nous ne saurions terminer ce compte rendu sans insister sur l'intérêt tout particulier que nous avons trouvé en lisant l'étude hydrologique de M. E.-A. Martel, surtout les chapitres qui ont trait à l'émergence des eaux souterraines et à leur contamination. Le savant spéléologue, universellement connu par ses belles explorations souterraines, a illustré le texte de nombreuses figures originales qui en facilitent la lecture.

Ce volume du *Traité d'hygiène* est indispensable à tout médecin qui veut se tenir au courant des choses de sa profession. Il est peut être plus indispensable aux médecins des petites villes et des campagnes qu'à nos confrères des grands centres urbains car, seuls, ils ont toute la charge de veiller aux mesures de phophylaxie qui doivent sauvegarder la santé publique. J. Noir.

Maladies du cœur et des poumons : par le Dr L. Rénon. (Masson, éditeur.

M. le Dr Rénon, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital de la Pitié, dont les derniers travaux ont obtenu un si brillant succès à l'Académie de médecine et à l'Académie des Sciences, vient de publier un important ouvrage sur les maladies du cœur et des poumons, qui aura sans aucun doute, dans le genre qu'il traite, une aussi heureuse destinée que ses « Maladies populaires » dont l'édition fut épuisée dès son apparition.

Cet ouvrage est fait des conférences pratiques qui chaque semaine groupaient autour de l'éminent praticien ses élèves et ses amis au trop petit amphithéâtre de la Pitié. Et pour ceux qui, comme nous, ont eu l'heureuse fortune de suivre cet enseignement et de voir dans d'autres milieux, au sein des Sociétés, des Congrès et des Expositions d'hygiène, M. le Dr Rénon, il reste, avec une reconnaissance extrême de l'enseignement recueilli, une réelle admiration pour une activité aussi puissante et aussi heureusement productrice.

L'ouvrage débute par une étude du rôle du médecin dans la Société moderne, où l'élévation des pensées le dispute à la documentation avertie ; aussi bien ce chapitre mérite un examen distinct, nous nous réservons d'y essayer. Puis, nous nous pénétrons de mille notions nouvellement introduites dans la science médicale, et qui témoignent des ses progrès, la question des chlorures, l'alimentation et la vie des cardiaques, les grandes médications cardiaques, la cachexie cardio-rénale, l'anévrisme aigu de la crosse de l'aorte au cours du rhumatisme articulaire aigu, la terminaison des anévrysmes de la crosse de l'aorte, le rétrécissement mitral, aortite, coronarite et tabès chez les syphilitiques, etc., etc.

Parmi les maladies des poumons et de la plèvre, citons les pages consacrées aux congestions primitives du poumon, aux congestions pulmonaires primitives, traînantes et prolongées, à la pneumonie des alcooliques, à la pleurésie rhumatismale, à la gravité de la pneumonie franche au cours de la tuberculose pulmonaire, à l'emphysème sous-cutané dans la tuberculose pulmonaire chronique, etc., etc.... et combien d'autres que nous nous reprochons de ne pouvoir citer faute de place. Qu'il nous soit permis cependant de signaler ces questions toujours d'une égale actualité pour le praticien : l'alimentation supplémentaire raisonnée dans la tuberculose pulmonaire à ses débuts, le traitement médicamenteux, la cure d'air.

Le volume que publie M. le Dr Louis Rénon est appelé à un si brillant succès qu'il y a quelque enfantillage à le prédire. On y retrouve toutes les qualités de son enseignement si personnel, une documentation abondante et choisie, une exposition d'une clarté lumineuse, enfin cette puissance de généralisation qui entraîne au-delà des vérités déjà acquises, pour pénétrer celle de demain. Il sera lu des étudiants qui redoutent la sécheresse coutumière des exposés dogmatiques ; il contribuera, dans la main des savants, à l'orientation générale des découvertes qu'on y prévoit. A. F.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche : par le Dr Calot, de Berck.

Le Dr Calot, de Berk, qui avait présenté au dernier Congrès un lot de 10 enfants par lui opérés et guéris de cette infirmité au point qu'il était impossible de soupçonner leur ancienne boiterie, en a présenté encore une quinzaine qui ont défilé sous les yeux des congressistes sans trace de boiterie. Le point important de sa communication a porté sur un procédé opératoire nouveau du Dr Calot. Lui, comme tous les autres chirurgiens, a abandonné la méthode sanglante d'Hoffa et de Senger, à cause de sa gravité et de son efficacité douteuse. Il propose de remplacer cette intervention par la sienne, d'une bénignité assurée et incontestable. Il fait une légère incision à la capsule, glisse dans son canal un dilatateur, distend la capsule et, par le procédé qu'il a employé déjà avec succès, peut réduire des luxations qui échappent à tous les traitements orthopédiques ordinaires.

La méthode est sans danger aucun et sans risques d'infection, la plaie extérieure réduite à une boutonnière de 1 à 2 centimètres étant suffisante pour glisser le dilatateur sans toucher avec les doigts.

Après cette intervention, les malades sont traités par les procédés habituels qui ont servi à guérir les 15 enfants présentés. Lucien Graux.

Les formes cliniques de rhumatisme chronique ; par M. Verhoogen, médecin des hôpitaux (Bruxelles).

Le rhumatisme chronique constitue une maladie infectieuse, dont les agents pathogènes sont multiples et variables, suivant les différents cas. Il affecte des formes diverses, que l'on peut grouper suivant quatre types principaux :

a. Le type ostéo-articulaire comprend le rhumatisme chronique, primitif ou secondaire ; certaines formes de spondylose (les cas en sont plutôt rares) dans lesquelles il existe des lésions articulaires déformantes, et certains cas de nodosités d'Heberden ;

b. Le type séreux comporte des manifestations du côté des synoviales et des séreuses (synovites et vagino-tendinites chroniques, certaines pleurésies latentes, etc.) et généralement aussi des accidents dermiques et sous-dermiques (purpura, érythème multiforme, érythème noueux) ;

c. Le type fibreux (hypertrophie des organes péri-articulaires, certains cas de maladie de Dupuytren, certains cas de spondylose avec altérations de l'appareil ligamenteux vertébral, certains cas de sclérodermie) ;

d. Le type musculaire (myosites rhumatismales chroniques, certains cas de spondylose d'origine musculaire).

L'existence du rhumatisme tuberculeux est, jusqu'à présent, simplement hypothétique. La tuberculose paraît cependant déterminer exceptionnellement des désordres articulaires, qui n'ont rien de commun avec le rhumatisme, qui dérivent peut-être secondairement d'une lésion des organes neuro-musculaires.

PHARMACOLOGIE

La Digalène.

(*Digitoxine soluble de Cloetta.*)

La digalène donne une base solide au traitement digitalique dans les maladies du cœur, surtout dans les dilatations cardiaques, la myocardite, l'insuffisance et les troubles de la compensation.

Elle est le principe actif de la feuille de digitale pourprée, elle possède l'action complète des feuilles, mais elle a sur celles-ci, ainsi que sur les infusions, les teintures et les dyalysés qu'on en prépare, les avantages suivants : Elle est exactement dosable, ne provoque pas de troubles gastriques, n'exerce aucune action cumulative et son action se produit beaucoup plus rapidement. La digalène agit souvent dans les cas graves de lésions valvulaires où l'infusion est impuissante ou n'est pas supportée et peut, en raison de la sûreté de son dosage, être employée dans la pratique infantile. Elle n'est livrée qu'en solution en flacons de 15 cc. — 1 cc. de la solution contient 0 gr. 0003 (0 millgr. 3) de digitoxine soluble de Cloetta. 1 cc. de digalène correspond à 0 gr. 15 de feuilles de digitale ou infusion de feuilles.

Posologie (d'après Cloetta et Naunyn). Dose simple = 1 cc. = 0mg. 3 ; Dose simple maxima : 2 cc. = 0 milligr. 6 ; Dose quotidienne maxima : 4 cc. = 1 millgr. 2. Dans le traitement digitalique prolongé, d'après la méthode de Kusemaul, Groedel, Naunyn, Achert, (Nauhein) on ne prend que quelques gouttes par dose. Pour les injections intra-veineuses, on doit prendre des doses beaucoup plus considérables : de 3 à 10 cc. (Kottmann).

Mode d'emploi. — Le mode d'emploi est multiple, il a lieu par la bouche, le rectum, par injections intra-veineuses, intra-musculaires, sous-cutanées. A chaque flacon de digalène est jointe une pipette graduée, afin que le patient puisse exactement mesurer 1/2-1 cc. (La pipette manque dans les paquets d'hôpital à cause du prix modique). Si le médicament est pris à jeun dans des liquides, l'action se produit très rapidement. La digalène peut être donnée étendue avec de l'eau ou en lavement.

Pour l'injection sous-cutanée, il faut choisir une place où la peau glisse très facilement (dos, cuisse). On désinfecte avec de l'éther et on masse légèrement après l'injection. On place ensuite pendant 12 heures un pansement humide d'eau blanche ou d'acétate d'alumine. Les injections intra-veineuses profondes, faites aseptiquement (extenseurs de la cuisse), se sont montrées absolument indolores. Ici aussi le massage est à recommander après l'injection. Prescrire : 1 flacon de digalène (avec paquetage d'origine, « Roche »).

Bibliographie. — Pr Cloetta, de Zurich (*Munch. Med. Woch.*, n° 33, 1904.) — Pr Naunyn, de Strasbourg (*Munch. med. Woch.*, n° 31, 1904.) — Dr Walti, Oberschoeffelsheim (*Deutsche Aerzte, Zeit*, n° 20, 1904.) — Pr Senator, Dr E. Biberceil (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 51, 1904.) — Pr Naunyn, Dr Kurtb Kottmann (*Zeitschrift für Klin. Med.*, Vol. 56, nos 1 et 2, 1905.) — Pr C. Klemperer (*Therapie der Gegenwart*, n° 1, 1905.) — Dr A. Kollick (*Prag. Med. Woch.*, n° 18, 1905.) — Pr Galvagny, Dr U. Baccarini, de Modene (*Boll. Della Soc. Med. di Modena*, A. XXXI. d. soc., 1904-1905.) — Pr A. Deunich, de Stuttgard (*Iahre. d. Prakt. med.*, 1905. — Dr I. Thesen, de Christiania (*Pharmacia, F. Kemi*, og. Farmaci, n° 13, 1905.) — Pr Unvericht et K. Hockeim (*Zentralbl. F. inn. Med.*, n° 22, 1905.) — Dr Kumoji, Sasaki (*Berliner klin. Woshenschrift*, n° 26, 1906.) — Dr E. Freund, de Danzig (*Zeitscrift. f. exper. Pathol. und. Therapie*, vol. 1, 1905.) — Pr Weintraud et Weinberger (*Centralbl. f. inn. Med.* n° 27, 1905.) — Dr Ch. Herzig (*Arch. f. Exper. Pathol. u. Pharmak.*, vol. n° 53, n° 2, 1905.)

Secours aux filles-mères. — La commission de contrôle de secours préventifs d'abandon vient d'autoriser M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, à adresser à l'œuvre Henry Coullet les filles-mères pauvres, allaitant elles-mêmes, et à rembourser à l'œuvre les repas qui seront donnés à ces dernières, dans la limite de 1.000 francs, pour cette année.

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. — Ce Congrès s'ouvrira à Paris le 28 mai.

VARIA

L'Exercice illégal de la Médecine au XVIIe siècle

Nous trouvons dans les lettres de Gui Patin cette phrase que pourront méditer les membres du congrès pour la répression de l'exercice illégal : « Si on pendait tous charlatans, il me semble que la corde serait bien chère, car il est bien de ces gens-là par le monde, *lex, grex, mundus omnis facit histrioniam* : les barbiers et apothicaires font tout ce qu'ils peuvent de notre métier pour s'enrichir et pour tromper le monde ; le magistrat les laisse faire, peut-être d'autant qu'il ne les pourrait pas empêcher. » Nous n'avons rien à envier au XVIIe siècle.

J. Noir.

Les enseignements de la guerre russo-japonaise. La bénignité des blessures de guerre.

Au congrès allemand de chirurgie tenu récemment à Berlin, ont été lus deux intéressants rapports : un du professeur de chirurgie, Zoege von Manteuffel, de Dorpat, — l'autre du docteur Schaefer, de Berlin, sur la guerre russo-japonaise. Les auteurs se sont surtout attachés à l'étude des effets pathologiques des projectiles modernes.

Nous empruntons au *Temps* les intéressantes citations suivantes de ces rapports :

De jour, dit le chirurgien russe, le champ de bataille moderne ne se distingue en rien du reste de la plaine, sinon que l'on voit de gracieux petits nuages de fumée s'élever ici et là et signaler ainsi la position des troupes. Dans ces combats qui se livrent à des distances variant de 7 à 3 kilomètres, le médecin n'a presque rien à faire. Ce n'est que la nuit que la lutte corps à corps fait rage dans les fossés et les retranchements ; alors le chirurgien a de l'ouvrage, car chacun de ces combats isolés lui amène de 100 à 120 blessés.

En général, déclare le chirurgien russe, les blessures par le canon sont rares ; l'obus ne blesse pas, il tue ; celles qui proviennent des shrapnels sont de beaucoup les plus dangereuses, parce qu'on y trouve presque toujours des morceaux d'étoffe, qui la plupart du temps occasionnent un empoisonnement. Au contraire les blessures provenant de la balle à petit calibre du fusil japonais guérissaient très rapidement.

Après le professeur de Manteuffel, c'est le docteur Schaefer, de Berlin, qui prend la parole. De compagnie avec deux médecins russes, il a soigné après la bataille de Moukden plus de 7.000 blessés et a consigné d'intéressantes observations au sujet de la guérison de blessures faites par le fusil moderne.

Le nombre des blessés a été après chaque bataille très élevé, pourtant pas extraordinaire. Les batailles de Mars-la-Tour et de Gravelotte, par exemple, ont été tout aussi sanglantes que n'importe laquelle de la guerre russo-japonaise. Le pourcentage des tués n'a pas été plus considérable que pendant les guerres précédentes ; cependant l'homme était cette fois beaucoup plus exposé, et ceci, selon le docteur Schaefer, il tient pas tant aux armes modernes et à leur trajectoire rasante qu'à la tactique employée. Il a constaté que les pertes en officiers étaient relativement beaucoup plus élevées qu'en hommes.

Le nombre des blessés qui ont succombé ensuite à leurs blessures a été excessivement restreint ; tandis que le nombre de ceux qui ont pu reprendre leur place dans les rangs a été surprenant. Trois mois après la bataille de Moukden, la moitié des blessés que Schaefer a pu examiner et soigner avaient regagné leurs régiments. Dans certains corps le nombre de ces hommes complètement remis de leurs blessures, et qui furent déclarés de nouveau bons pour le service, atteignit même le chiffre incroyable de 70 0 0.

Dans certains régiments, dit le rapporteur, il a constaté que plus de cinq cents hommes qui avaient été blessés dans des batailles antérieures avaient repris leur place dans le rang. Ces résultats ont extrêmement surpris l'état-major russe à ce point qu'un général de division avait défendu les enquêtes sur ce sujet parmi les troupes qu'il commandait, parce qu'il craignait que le monde entier ne partît d'un vaste

éclat de rire en voyant les Russes battus par des Japonais armés d'un aussi misérable fusil. Les opérations, au cours de cette guerre, n'eurent lieu que très rarement sur le champ de bataille même : une compagnie sanitaire qui eut à panser environ deux mille hommes durant cette guerre n'eut à entreprendre en tout que vingt opérations.

En terminant, le docteur Schaefer fait l'éloge du paquet de pansement remis à chaque homme. les soldats se pansant eux-mêmes, sans retard et sans secours de personne. Dans les guerres d'aujourd'hui, le service sanitaire a surtout à veiller à ce que les blessés soient rapinement évacués et logés aussi convenablement que possible.

Mission pour l'étude de la maladie du sommeil.

La Société de géographie organise une mission scientifique qui sera chargée d'aller étudier sur place. en Afrique. la maladie du sommeil et les moyens de la combattre. Cette mission comprendra trois médecins bactériologistes ; deux partiront pour le Congo : le troisième, qui serait prêt à aller relever l'un de ces derniers, resterait à l'Institut Pasteur. Un laboratoire sera créé à Brazzaville et à ce laboratoire sera annexé un hôpital spécial où seront traités les nègres et les blancs — car le fléau atteint aussi maintenant les colons — souffrant de la maladie du sommeil. La mission sera dotée d'une subvention d'environ 200.000 francs et pourra, grâce à cette subvention, poursuivre ses travaux pendant dix-huit mois. Les études et observations de la mission seront centralisées à l'Institut Pasteur.

Les derniers détails de son organisation seront réglés par un comité composé de MM. Le Myre de Vilers, président de la Société de géographie, le docteur Kermorgant, chef du service de santé des colonies, Perrier, directeur du Muséum, de Guerne, les docteurs Brumpt, de la mission du Bourg de Bozas, et Hamy.

La suppression des maisons de tolérance à Melun.

Le *Journal de la Santé* du 6 mai reproduit l'arrêté suivant du Maire de Melun supprimant les maisons de tolérance dans cette ville :

Le Maire de la ville de Melun, vu la loi du 5 avril 1884, article 97 : considérant que la personne humaine ne peut être, pour les tiers l'objet d'un commerce quelconque ; considérant que la femme a le droit d'être défendue contre ceux qui la prostituent, l'exploitent et la retiennent dans des maisons fermées ; considérant d'ailleurs que la loi du 3 avril 1903 a puni le vagabondage spécial et qu'un tenancier d'une maison de tolérance n'est qu'un souteneur de plusieurs femmes à la fois et même honteusement protégé par une autorisation municipale ;

Mais considérant que toutes les femmes ou filles qui se livrent à la prostitution se placent dans une situation exceptionnelle par le danger qu'elles constituent pour la santé publique ; considérant qu'il y a lieu, en attendant que les lois interviennent pour protéger la santé et l'ordre publics de prendre de nouvelles mesures administratives touchant la police des mœurs : — mesures administratives encore, mais plus en harmonie avec la conception actuelle de la liberté individuelle :

Arrête : Les autorisations accordées aux maisons de tolérance qui existent actuellement à Melun sont révoquées.

Fait à Melun le 14 avril 1906. Le Maire : E. DELAROUE.

LES CONGRÈS.

IIe Congrès international des Colonies de vacances.

Le deuxième congrès international des colonies de vacances vient de se réunir à Bordeaux. De nombreux congressistes avaient répondu à l'appel du comité directeur, présidé par le docteur Armaingaud, secondé par le docteur Lanza comme secrétaire général.

L'inspecteur Edouard Petit, délégué par le ministre de l'Instruction publique, a ouvert le congrès dans le grand amphithéâtre de l'Athénée. D'intéressants rapports ont été entendus et discutés sur la propagande, le mode de placement, la mutualité et les colonies scolaires, les transports, etc. Plusieurs vœux ont été émis :

1° Sinon la gratuité, au moins qu'une réduction de 75 0/0 soit accordée aux enfants envoyés en colonies de vacances et que ce tarif soit élaboré entre les sept réseaux des compagnies de chemins de fer français ; 2° que les vacances scolaires soient fixées au 14 juillet ; 3° la création d'une fiche médicale uniforme pour tous les enfants.

Un grand banquet a terminé les séances du congrès. M. Paul Léon, chef du cabinet du sous-secrétaire d'Etat des beaux-arts, présidait, ayant à sa droite, M. Lutaud, préfet de la Gironde, et à sa gauche, M. Sens, premier adjoint. Plusieurs toasts ont été prononcés. Au nom des sociétés parisiennes, l'Inspecteur Edouard Petit remercie les Bordelais de leur chaleureux accueil. Il demande aux œuvres de colonies de vacances de songer aux orphelins des mineurs de Courrières, afin de procurer aux plus débiles d'entre eux un peu de bien-être, un peu de grand air, un peu de santé.

Mme Frank-Puaux, présidente des colonies de vacances de la Chaussée du Maine, s'inscrit immédiatement pour vingt orphelins. Les œuvres bordelaises suivent le même exemple. (*Le Temps*).

Le Congrès d'anthropologie annuelle de Turin. Le Jubilé de Cesare Lombroso.

Le 6e Congrès d'anthropologie criminelle s'est tenu dans l'*Aula Magna* de l'Université de Turin. Le jubilé scientifique de Cesare Lombroso fondateur de l'anthropologie criminelle a été célébré à cette occasion. Le recteur de l'Université a fait le discours d'ouverture. MM. Bianchi, Ferrero di Cavallerleone, Enrico Ferri, ont tour à tour vanté les travaux et les idées du maître. Les professeur Prinz, de Bruxelles ; Van Hamel, d'Amsterdam ; Max Nordau, Sommer, représentants de l'Allemagne ; Claparède, de Genève Lacassagne ; exprimèrent tour à tour leur admiration pour le promoteur d'une nouvelle science.

Lombroso, à qui ont été offerts une œuvre d'art symbolique et un livre d'or couvert de signatures, a remercié dans un beau discours ses disciples et ses amis.

Le professeur Van Hamel, dans une séance suivante du congrès, a expliqué comment il comprend le « traitement des jeunes criminels ». Le traitement social pénal et pénitentiaire des jeunes criminels doit être le résultat d'études réalistes ; on ne doit plus se préoccuper de chercher si un enfant a agi avec ou sans discernement, mais rechercher pratiquement ce qu'on doit et ce qu'on peut faire de lui ; le juge aura une grande liberté d'appréciation. Il conseille de créer, comme en Hollande, des établissements d'éducation où les préceptes de l'anthropologie criminelle seront mis en action.

M. Albanel, juge d'Instruction à Paris, a pu observer 3,000 enfants délinquants. Il a voulu rechercher les causes de leur criminalité, a demandé l'opinion des médecins et a tenté d'organiser des institutions et des patronages pour ces petits malheureux.

M. Paul Kahn, avocat à Paris, a expliqué le fonctionnement du « Patronage familial », présidé par M. Albanel et donne des observations curieuses. La pauvreté n'est pas toujours cause de la dégénérescence de ces enfants, fils d'alcooliques, de tuberculeux, etc. Ce n'est qu'après de longues et laborieuses études que l'anthropologie criminelle donnera tous les résultats pratiques que l'on est en droit, dès maintenant d'espérer.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'emphysème par l'Hélénine.

Sous l'influence de l'Hélénine, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires cesse d'être gênée et la respiration se fait librement ; ce que le Dr de Korab a constaté maintes fois, non seulement par la percussion et l'auscultation, mais aussi au moyen du polygraphe, appareil enregistreur de M. le professeur Marey, que le professeur Constantin Paul a bien voulu mettre à sa disposition à Lariboisière. L'oppression cesse et le malade devient, si nous osons nous servir d'une expression comparative, comme l'arsenicophage de la Haute-Autriche plus apte à respirer dans la marche ascendante. Ainsi s'explique l'action bienfaisante de l'Hélénine dans l'emphysème.

Trois à quatre globules du Dr de Korab par jour.

FORMULES

XXXIV. — Contre la goutte.

Acide quinique .... 0 gr. 50
Citrate de lithine .... 0 gr. 15
Sucre pulvérisé .... 0 gr. 35

p. 1 cachet : 6 à 10 par jour.

(NEUMANN).

XXXV. — Contre les migraines et les névralgies rebelles.

Salophène .... 0 gr. 50
Phénacétine .... 0 gr. 20

p. 1 cachet.

Un, deux ou trois de ces cachets à trois heures d'intervalle.

XXXVI. — Contre l'anémie.

Protoxalate de fer .... 0 gr. 10
Poudre de fève de Saint-Ignace.
Extrait d'absinthe ....
Extrait de gentiane ....
Poudre de quassia .... } àà 0 gr. 05
— de colombo ....
— de cannelle ....

p. 1 pilule. 1 pilule à chaque repas.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 16 mai.* — *M. Gloumeau* : Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme (MM. Pinard, Reclus, Lepage, Proust). — *M. Mousnier* : Fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens (MM. Reclus, Pinard, Lepage, Proust). — *M. Tourner* : Vic-sur-Cère station hydro-minérale et climatique (MM. Landouzy, Roger, Richaud, Labbé, Marcel). — *M. Duplantier* : Contribution à l'étude de la pigmentation des muqueuses dans la mélanodermie phtiriasique (MM. Roger, Gaucher, Richer, Labbé, Marcel).

Jeudi 17 mai. — *M. Solirène* : Les complications nerveuses des appendicites (MM. Raymond, Hutinel, Chantemesse, Méry). — *M. Gaudeau* : Le pouvoir hémolytique du sérum sanguin et la résistance globulaire (MM. Hutinel, Raymond, Chantemesse, Méry). — *M. De Gandt* : Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire de la première enfance (MM. Hutinel, Raymond, Chantemesse, Méry). — *M. Desdouity* : Colonies de vacances (MM. Chantemesse, Raymond, Hutinel, Méry). — *M. Guilbert* : Des complications inflammatoires aiguës bénignes des ligaments larges dans les suites de couches pathologiques (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. De Lacoste* : Contribution à l'étude des hémorragies qui ont leur source en dehors de la cavité utérine pendant et après l'accouchement (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Monory* : Etude sur la mortalité infantile (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau) — *M. Lefranc* : De la résection du col utérin dans les cervicites chroniques par le procédé de Pouëy (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Rallier* : De l'origine périphérique de certaines paralysies oculaires (MM. De Lapersonne, Poirier, Langlois, Marion). — *M. Panier* : Le facial et l'innervation motrice du voile du palais (MM. Poirier, De Lapersonne, Langlois, Marion). — *M. Pasquier* : Des traumatismes de l'oreille dans les accidents du travail (MM. Poirier, De Lapersonne, Langlois, Marion).

Examens de doctorat. — *Lundi, 14 mai.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Mauclaire, Pierre Duval.

Mardi, 15 mai. — 4e (1re série, Salle Béclard) : MM. Raymond, Vaquez, Langlois. — 4e (2e série, Salle Broussais) : MM. Chantemesse, Gilbert, Dupré. — 4e (3e série, Salle Corvisart) : MM. Robin, Ballet (G.), Guiart. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Auvray. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Méry, Gouget. — 5e (Obstétrique, 1re partie Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Mercredi, 16 mai. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Broussais) : MM. Blanchard, Gaucher, Legry. — 3e (2e partie, 1re série, Salle Oral Corvisart) : MM. Brissaud, Teissier, Balthazard. — 3e (2e partie, 3e série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Déjerine, Claude, Macaigne. — 4e (Salle Thouret) : MM. Pouchet, Gley, Desgrez.

Jeudi, 17 mai. — 3e (2e partie, 1re série, Oral Salle Béclard) : MM. Dieulafoy, Thiroloix Guiart. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, (Salle Broussais) : MM. Joffroy, Gouget, Jeanselme. — 3e (2e partie, 3e série, Oral Salle Richet) : MM. Robin, Bezançon, Carnot. — 4e (1re série, Salle Thouret : MM. Pouchet, Ballet (G.), Vaquez. — 4e (2e série, Salle Pasteur) : MM. Gilbert, Gley, Dupré.

Vendredi, 18 mai. — 4e (1re série, Salle Thouret) : MM. Pouchet, Balthazard, Macaigne. — 4e (2e série, Salle Pasteur) : Landouzy, Déjerine, Richaud. 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Delens, Mauclaire.

Samedi, 19 mai. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Méry, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Besançon. — 5e (Obstétrique 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

PHARMACOLOGIE

« L'activité de deux substances combinées est supérieure à la somme de la puissance de chacune d'elles. » C'est ce qui explique et affirme l'activité de la Nervocithine Tissot, phospho-arséniée organique et hématique, véritable reconstituant du plasma cellulaire, terrain primordial et essentiel de l'organisme ; les praticiens l'emploient soit en ampoules pour injections, soit en dragées ou sirop au moment des repas.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 1 au samedi 7 avril 1906, les naissances ont été au nombre de 1008, se décomposant ainsi : légitimes 723, illégitimes 285.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1117, savoir : 582 hommes et 533 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0 — Rougeole : 30 — Scarlatine : 5. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 8. — Grippe : 8. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 6. — Tuberculose des poumons : 233. — Tuberculose des méninges : 27. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 65. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 62. — Maladies organiques du cœur : 68. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 25 — Pneumonie : 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 134. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 : autre alimentation : 10 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 12. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 37. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 55. — Morts violentes : 24. — Suicides : 9. — Autres maladies : 141. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 16.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le Dr PIERROT, médecin inspecteur, est promu au grade de commandeur.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du Président de la République en date du 25 avril 1906, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, M. le médecin principal de 1re classe Heuyer, directeur du service de santé de la division d'Oran, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pierrot, placé dans la section de réserve. Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin inspecteur Heuyer est nommé directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pierrot, placé dans la section de réserve.

ECOLES DE SANTÉ MILITAIRE. — *Ecole de Lyon*. — Les candidats à l'école du service de santé devront se faire inscrire du 1er au 16 mai dans les préfectures. Les épreuves écrites d'admissibilité auront lieu le 13 juin dans les centres déterminés par l'instruction du 5 février 1905. Les dates des épreuves orales seront fixés ultérieurement.

Ecole du Val-de-Grâce. — Deux concours s'ouvriront à l'école d'application du service de santé, l'un, le 28 mai, pour deux emplois de professeur agrégé des chaires : hygiène, médecine légale, législation, administration et service de santé. L'autre, le 9 juillet, pour deux emplois de professeur agrégé des chaires : chirurgie d'armée, anatomie chirurgicale.

LES ÉPIDÉMIES. — *La peste en Silésie.* — Deux cas de peste se sont déclarés, en Silésie, à Kama. On a pris les mesures de précaution nécessaires. (*Standard.*)

La méningite à Toulon et à Zurich. — La méningite cérébro-spinale sévit dans la garnison de Toulon.

— Une épidémie de méningite infectieuse s'est déclarée dans la garnison de Zurich : deux soldats sont morts. (*Le Matin.*)

La Fièvre typhoïde à San-Francisco. — D'après le *New-York Sun*, une vingtaine de cas de fièvre typhoïde se sont déclarés parmi les sinistrés de San-Franscisco.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu du 27 au 28 mai dans la salle des Concours de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères.

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Il n'est point de leçon qui n'ait besoin d'être répétée. » (Clémenceau, Lyon, 3 mai.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr CRUVEILHIER, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé.

LA MORT PRÉTENDUE DE M. LE Dr P. BOURGEOIS. — C'est par erreur et d'après tous les journaux politiques, que nous avons annoncé la mort de M. le Dr Paul Bourgeois, député royaliste de la Vendée.

« La vérité est, d'après une rectification du *Temps*, que l'honorable M. Bourgeois est très gravement malade, mais que très heureusement la nouvelle de son décès n'était pas fondée. Toutefois son état était assez grave pour qu'il ait dû renoncer à solliciter le renouvellement de son mandat dans la 2e circonscription de La Roche-sur-Yon. »

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. COURS PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Dr GUISEZ, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le *mardi 22 mai 1906 à 3 h. 3/4*, son *cours pratique d'oto-rhino-laryngologie* (amphithéâtre Chomel). Le cours comprendra *10 leçons*, essentiellement pratiques (diagnostic, examen des malades, petites interventions) et aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 3 h. 3/4.

S'inscrire à la consultation laryngologique de l'Hôpital, les mardis et samedis de 5 h. à 6 h. (Droits d'inscription : 30 fr.)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Le Dr P. LE NOIR, assisté des Drs CAMUS et COURCOUX, commencera, le lundi 14 mai à 10 heures, et le continuera les jours suivants, un cours élémentaire sur les maladies de l'estomac. Ce cours sera complet en 12 leçons. Le vendredi conférence clinique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. HALLOPEAU : leçons cliniques, le jeudi à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DONATH (J.). — Preuve de l'existence de la choline dans le liquide céphalo-rachidien à l'aide du microscope polarisant. In-8° de 6 pages. Extrait de la *Rev. Neurologique*.

KERFORNE (F.). — Etude de la région silurique occidentale de la presqu'île de Crozon. 1 vol. In-8° de 234 pages. Imp. Simon à Rennes.

LEVY (P.-E.). — La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation. In-8° de 16 pages. Imp. Davy à Paris.

ROUMA (G.). — Enquête scolaire sur les troubles de la parole chez les écoliers belges. In-8° de 190 pages. W. Engelmann à Leipzig.

SAQUET. — Traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente. In-8° de 12 pages.

CHETWOOD (Ch.). — Recent expériences in kidney surgery and the utility of diagnostic aids. In-8° de 20 pages.

CHETWOOD (Ch.-H.). — Prostatism without inlargement of prostate. In-8° de 12 pages. *Annals of Surgery*.

GARROD (A.-E.). — Saint Bartholomew's hospital reports. 1 vol. In-8° de 500 pages. Smith, Elder et C°. London.

HUGGARD (W.-H.). — A handbook of climatic treatment including balneology. 1 vol. In-8° de 536 pages. Macmillian and C°. London.

KEE (E.-C.). — Professional secrets. In-8° de 10 pages.

LANE (A.). — The operative treatment of fractures. 1 vol. In-8° de 144 pages. Medical publishing Company. London.

PINCUS (L.). — Atmokausis und zestokosis die behandlung mit hochgespannten wasserdampf in der gynaekologie. 1 vol. In-8° de 372 pages. Bergmann, Wiesbaden.

WEBER (H.). — On means for the prolongation of life. In-8° de 104 pages. J. Bale et Sons, London.

WICKMAN (I.). — Studien über Poliomyelitis acuta. 1 vol. In-8° de 292 pages. Karger à Berlin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 20. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 19 MAI 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE PRATIQUE

Le traitement massothérapique des arthrites tuberculeuses ;

Par le Dr P. KOUINDJY

Doit-on masser une arthrite tuberculeuse ?

Notre confrère Saquet, de Nantes, répond par l'affirmative. Dans un très intéressant travail, publié tout récemment sous le titre : « Du traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente », le Dr Saquet rapporte plusieurs observations, où il montre que le massage méthodique, arrive à avoir raison du processus inflammatoire, et permet d'obtenir, sinon une guérison complète, du moins la conservation de l'articulation atteinte. Quelques massothérapeutes, à l'exemple de Wide, Crocq, et d'autres, contestent l'utilité de l'intervention massothérapique immédiate dans le cas du traitement des arthrites tuberculeuses aiguës ; ils citent quelques observations où le massage exécuté par eux se termina par un échec.

Ainsi la question reste ouverte, et de ce que viennent de nous dire les auteurs cités, il est difficile de tirer une indication de la conduite à tenir de l'application des manœuvres massothérapiques dans le traitement des tumeurs blanches. Et cependant, il est certain qu'un massage léger et une mobilisation prudente sont capables de rendre un réel service au traitement des arthrites tuberculeuses à condition d'être appliqués par un médecin connaissant l'action physiologique de différentes manœuvres kinésithérapiques. Rappelons qu'au siècle dernier, plusieurs auteurs, entre autres Malgaigne, Teissier, Lugol, Bonnet, etc., se sont prononcés pour le traitement des arthrites fongueuses par le massage et la mobilisation, pourvu qu'il n'existe pas de phénomènes inflammatoires. Amédée Bonnet montra même, en 1858, dans l'amphithéâtre de Nélaton, son procédé, premier à l'époque, du traitement par la mobilisation d'une tumeur blanche du genou chez une fillette de cinq ans. Les mouvements graduels et méthodiques, faits la première fois sous le chloroforme et répétés ensuite sans cet anesthésique, tous les jours, matin et soir pendant dix minutes, ont permis, à la stupéfaction des immobilistes à outrance, d'obtenir une guérison parfaite de cette articulation.

Ainsi, la tentative de traiter les arthrites tuberculeuses par la kinésithérapie n'est, certes, pas nouvelle. Néanmoins, le mérite de notre confrère, le Dr Saquet, est d'attirer de nouveau l'attention du corps médical sur l'utilité de la massothérapie dans le traitement des articulations atteintes de tumeur blanche. Il nous semble cependant que, pour mieux élucider la question, il serait plus rationnel, plus méthodique, d'élargir le champ et de discuter les indications et les contre-indications des manœuvres massothérapiques dans le traitement des arthrites tuberculeuses en général : arthrites sèches ou congestives, arthrites exsudatives ou fongueuses et enfin, arthrites suppurées. Cette division des arthrites en question, admise aujourd'hui par tous les auteurs classiques, permet d'établir approximativement des bases d'un traitement massothérapique méthodique. C'est ainsi, que nous excluons d'une façon absolue toute intervention massothérapique dans les arthrites tuberculeuses suppurées. Tant que l'articulation contient du pus produit de caséification, nous devons nous abstenir jusqu'à ce que le foyer de la suppuration est éloignée par toute autre moyen que le massage. Il est inutile d'insister davantage sur cette conduite à tenir, tout le monde est d'accord que, lorsqu'une articulation est en voie de suppuration, il faut donner issue au pus avant d'entreprendre le traitement de cette articulation.

Mais, dans les autres formes d'arthrites tuberculeuses, les manœuvres massothérapiques peuvent rendre un service appréciable à condition d'être appliquées par un massothérapeute suffisamment expérimenté.

Commençons par les arthrites sèches ou congestive. Nombreux sont encore les confrères pour lesquels le mot « arthrite sèche ou congestive » est un mot vague, destiné à indiquer une lésion articulaire mal déterminée.

Pourtant, déjà au siècle dernier, Hunter et Bonnet considéraient ces arthrites comme des arthrites congestives. L'action bienfaisante du massage méthodique sur les arthrites congestives traumatiques, blennorragiques, etc., a été démontrée déjà maintes fois. Gottlieb et Norström ont rapporté plusieurs observations de guérison des arthrites inflammatoires par le massage. Nous même, nous avons eu l'occasion d'appliquer les manœuvres massothérapiques aux arthrites blennorragiques et rhumatismales en pleine congestion

et avec beaucoup de succès. Cette conduite, nous la tenons chaque fois, que nous nous trouvons en présence d'une arthrite classée comme arthrite sèche.

On a voulu séparer les arthrites congestives guéries par le massage méthodique des arthrites congestives tuberculeuses prétendant que toute arthrite sèche ou congestive guérie ne peut être d'origine bacillaire. Soit, mais en attendant on immobilise ces arthrites et avant qu'on puisse établir leur pathogénie on finit par ankyloser l'articulation malade. L'observation suivante montre les inconvénients de l'immobilisation à outrance.

Obs. — Il y a quelques années, le mari d'une de mes clientes, habitant une ville du littoral, fut pris d'une douleur vive spontanée dans le genou droit. Le confrère appelé à ce moment constata la présence de points douloureux à la pression, interrogea le malade sur ses antécédents et, trouvant que le malade a craché, deux ou trois fois dans sa vie, des filets de sang, ne manqua pas de conclure qu'il s'agissait d'une arthrite sèche tuberculeuse : il appliqua de suite un appareil plâtré et ordonna l'immobilisation complète de l'articulation. Las d'avoir son genou plâtré, notre malade commença à douter du diagnostic de son médecin et fit appeler un chirurgien de Bordeaux qui conseilla d'enlever le plâtre. Me trouvant à ce moment dans cette ville, je fus consulté par ce monsieur. Après avoir examiné, le genou du malade je n'ai rien trouvé de caractéristique qui aurait pu justifier le diagnostic de tumeur blanche. J'ai indiqué les manœuvres massothérapiques appropriées à faire et les mouvements rationnels afin de pouvoir lutter contre l'hypotonie musculaire établie, résultant d'une atrophie très avancée. Le malade se sent beaucoup mieux, marche sans aucune fatigue, mais conserve l'ankylose du genou occasionnée par l'immobilisation prolongée pendant six mois. Il est certain qu'en instituant un traitement massothérapique au moment opportun et dès le début, nous aurions pu dans ce cas conserver l'articulation de ce malade.

Dans cette observation, les antécédents induisirent en erreur notre confrère. Ceci n'est pas douteux. Il est possible que le malade eut quelques crachements de sang, même d'origine spécifique ; mais au moment de l'attaque du genou, il se portait aussi bien que possible. Pour nous, les antécédents pulmonaires ne suffisent point pour affirmer la nature tuberculeuse de l'arthrite sèche. Celle-ci peut se développer chez les individus, qui n'ont jamais eu la moindre atteinte de tuberculose. D'ailleurs, l'incertitude même de l'origine des arthrites sèches doit justifier l'intervention massothérapique. Il est facile de classer les arthrites sèches ou congestives guéries pas le massage méthodique parmi les arthrites non tuberculeuses. Comment savoir avant à quelle catégorie faut-il attribuer telle ou telle arthrite sèche ? Ne serait-il pas plus logique de soumettre toute arthrite sèche ou congestive au traitement massothérapique méthodique d'abord et de les classer parmi les arthrites non tuberculeuses après qu'elles sont guéries ! Nous avons une observation qui montre l'avantage qu'on obtient, lorsqu'on suit notre conduite et celle indiquée par le Dr Saquet.

Obs. — Il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion d'être consulté par une dame atteinte d'une arthrite sèche du cou-de-pied gauche, survenue trois ou quatre jours après un très léger traumatisme. L'articulation fut très douloureuse à la moindre pression : le mouvement un peu brusque provoqua une forte douleur dans toute l'articulation et, surtout au niveau de la malléole externe La marche devint pénible, l'articulation même présenta un gonflement très notable. Pas de fièvre, ni de douleurs lancinantes.

Il s'agissait, à ne pas en douter, d'une arthrite congestive. D'ailleurs, la malade fut déjà atteinte il y a six ans d'une arthrite semblable au niveau de l'articulation du genou droit. Le confrère qui soigna à cette époque notre malade conclut à une arthrite sèche et appliqua une série de pointes de feu pendant trois mois (une fois tous les quinze jours) et ne conseilla qu'une immobilisation partielle, ce qui a dû sauver l'articulation.

Ayant peur d'être obligée de supporter de nouveau le même traitement encore pendant quelques mois, notre patiente nous pria de trouver autre chose que les pointes de feu. Elle fut contente lorsqu'elle apprit que juste au contraire, nous ne pensons point aux pointes de feu ni à l'immobilisation. Douze séances de massage méthodique et des mouvements appropriés suffirent pour obtenir une résolution complète de l'articulation malade. On pourrait nous faire remarquer que rien ne prouve l'origine tuberculeuse de cette arthrite. D'accord. Mais entre les deux façons de guérir cette arthrite sèche, celle du massage méthodique est infiniment plus préférable. L'action du massage méthodique présente un double avantage ; d'abord il n'est pas brutal et, méthodiquement appliqué par un massothérapeute, il ne fait pas souffrir le malade ; ensuite, par son action tonifiante, il active la nutrition locale et contribue de cette manière à la transformation du tissu malade en tissu régénéré. Tout massothérapeute connaît l'action tonifiante du massage méthodique. Malheureusement, la majorité de nos chirurgiens emploient pour leur massage des empiriques, à qui ils ont raison de ne pas confier les arthrites pour les masser. Le massage empirique est ici plutôt dangereux, et notre confrère Saquet a raison de prévenir le corps médical contre son emploi dans le traitement des arthrites tuberculeuses. L'échec obtenu par le massage empirique ne doit jamais être attribué au massage méthodique et c'est le tort de tous ceux de nos maîtres qui ne considèrent le massage qu'à travers les doigts de leurs masseuses et masseurs diplômés ou non diplômés.

L'observation suivante montre qu'en matière chirurgicale, le massage méthodique peut même contribuer à modifier le procédé habituel du traitement chirurgical des arthrites tuberculeuses fongueuses.

Obs. — Il y a 8 ans, notre ami le chirurgien Finet fut consulté pour une arthrite fongueuse du coude gauche chez un garçonnet de six ans, Cet enfant a été soigné par quelques-uns de nos chirurgiens orthopédistes très connus. L'un d'eux conseilla d'amener l'enfant au bord de la mer. La saison à Mers a plutôt aggravé le coude de l'enfant et à son retour une fluctuation nette fut constatée par la pression. Le bras se trouvait immobilisé à angle droit et l'articulation du coude ne subissait aucun mouvement. Consulté de nouveau, notre grand chirurgien se prononça pour une arthrotomie avec ankylose consécutive du bras à angle droit. C'est cette ankylose à angle droit qui inquiéta le plus les parents du petit malade, et avant de se décider pour l'opération, ils prirent d'abord l'avis de notre ami le Dr Finet. Celui-ci voulut savoir avant de se prononcer si le massage méthodique ne pourrait pas contribuer à la mobilisation de l'articulation et à la restauration de la tonicité des muscles atrophiés Ayant eu notre réponse affirmative, M. Finet décida l'opération et fit une résection des extrémités atteintes. L'opération réussit à merveille. On réséqua l'extrémité inférieure de l'humérus et une partie de la tête du cubitus, en un mot on enleva la partie osseuse atteinte d'ostéite avancée. On cousit la plaie et on appliqua un plâtre. Ce dernier nous servit d'abord comme appareil d'immobilisation temporaire, et ensuite comme appareil de contention, que nous diminuons au fur et à mesure de la guérison.

Aussitôt que la plaie fut fermée, nous commençions le massage simple, sans mouvements ; puis le massage avec les mouvements appropriés et, enfin, le massage avec la rééducation des mouvements. Au bout de six semaines notre petit malade pouvait déjà se servir de son bras et le faisait marcher dans tous les sens. Malgré la guérison complète du bras deux mois après l'opération, ce membre présenta l'aspect d'un bras ballant, bras de polichinelle. Ceci résulta de l'impossibilité dans laquelle on se trouvait de raccourcir la capsule et les tissus préarticulaires. M. Finet proposa alors une nouvelle intervention, destinée à corriger ce défaut. L'opération fut acceptée et faite avec une très grande habileté. Quand l'espace articulaire fut ouvert nous procédâmes à un examen méticuleux des tissus et des extrémités réséquées et fûmes vraiment surpris de voir tout complètement transformé. *Point de trace d'ostéite, les parties réséquées grises sont devenues blanches ; les muscles, qui étaient d'une coloration grisâtre, sont devenus rouge cramoisis; les tendons blancs élastiques sans aucune adhérence avec les organes voisins ; pas la moindre infiltration ; la capsule relâchée à la suite de la résection ne présentait pas cet aspect infiltré qu'elle avait lors de la première intervention. Pas de prolifération osseuse ; le périoste avait tendance de recouvrir la surface réséquée.*

L'opération finie, notre ami Finet appliqua de nouveau un appareil plâtré, qui, cette fois-ci, nous servit d'emblée comme un appareil de contention. La plaie ne tarda pas à se fermer et nous commençâmes notre massage et la rééducation des mouvements quelques jours après l'opération.

Au bout d'un mois, notre petit malade pouvait déjà se servir de nouveau de son bras, mais avec plus de correction : son bras est devenu un bras normal, surtout, pendant que l'enfant exécutait les différents mouvements indiqués.

Actuellement, notre petit malade a 13 ans. Il va à l'école et se sert de son bras pour exécuter les différentes manœuvres de la gymnastique scolaire. L'absence de l'articulation ne le gêne point. Extérieurement, il est difficile de soupçonner que son bras gauche manque de cette articulation, d'autant plus que, grâce à la rééducation des muscles de l'avant-bras, celui-ci exécute des mouvements avec des défauts imperceptibles. L'enfant lui-même, habitué à ces défauts, les corrige de façon à les rendre invisibles et, en effet, lorsqu'il salue et donne la main droite, il met son chapeau dans la main gauche, ce qui est tout à fait normal et donne au bras gauche une attitude très correcte. Nous avons vu l'enfant ces jours-ci. Il va aussi bien que possible, n'a jamais rien ressenti du côté du coude opéré, ni douleur, ni fatigue.

Cette observation a pour nous, massothérapeutes, une double importance. D'abord, elle nous montre pour ainsi dire, pièce en main, que les manœuvres massothérapiques, méthodiquement appliquées, agissent d'une façon réelle sur les tissus atteints de la tuberculose. Ensuite, elle prouve que, réuni à la chirurgie orthopédique, le massage méthodique pourra en une certaine mesure modifier la manière d'agir des chirurgiens et permettre de rendre aux membres opérés l'usage et la vitalité.

Outre l'application précédente des manœuvres massothérapiques dans le traitement des arthrites tuberculeuses, ces dernières tirent un grand profit, lorsque le massage méthodique est utilisé comme traitement consécutif à l'intervention orthopédique.

Notre estimé maître, M. le prof. Hoffa, de Berlin, a recours au massage méthodique aussitôt que le processus inflammatoire commence à s'atténuer sensiblement. Ici, le massage devient un agent thérapeutique indispensable pour lutter contre les atrophies occasionnées par la lésion et par les appareils plâtrés ou autres. Le massage rétablit la circulation, augmente ainsi la nutrition locale, contribue à l'absorption des exsudats, à la transformation des tissus préarticulaires lésés en tissus élastiques, permet d'éloigner les infiltrations, et si le traitement orthopédique ou chirurgical a pour but l'ankylose, celle-ci ne sera que solidifiée par le massage, car le tissu osseux subit aussi l'action nutritive du massage méthodique. Il est à désirer que les chirurgiens ne laissent point l'articulation traitée par eux jusqu'à l'ankylose complète de cette articulation. Dans les cas d'une ankylose partielle, le massage méthodique permet d'obtenir une mobilité presque complète de cette articulation. Si l'articulation conserve après le traitement orthopédique une raideur, le massage méthodique arrive à la vaincre relativement vite ; mais, dans ce cas, les manœuvres massothérapeutiqes, d'abord superficielles, ensuite profondes, ne peuvent être accompagnées de mouvement gradués que lorsque toutes traces d'inflammation possible sont éloignées. C'est cette constatation qui oblige l'emploi du massage méthodique ou bien le massage, exécuté par le massothérapeute, et non le massage des empiriques.

Notre confrère Dagron préfère l'application du massage méthodique au début de la lésion. « Je pense, dit-il, qu'il vaut mieux insister sur la valeur de notre action dans la première période puisqu'elle peut arrêter les déformations, et dans la troisième période puisqu'elle peut réparer ou tout au moins améliorer les déviations des raideurs, des ankyloses et des atrophies musculaires. » (*Revue de Cinésie*, 1906, p. 65.)

En résumé, le massage méthodique ne peut être utile dans le traitement des artrites tuberculeuses qu'à condition d'être exécuté par un médecin massotheurapeute. Lui seul est en possibilité de rendre cet agent thérapeutique favorable, car grâce à ses études médicales et à son expérience, il peut se rendre compte de la marche de l'affection traitée, et des modifications à apporter.

Notre confrère le prof. Zabludowsky fait du massage méthodique une sorte de pierre de touche. « Dans les cas, dit-il, des arthrites sèches douteuses, le massage permet souvent d'élucider la question » (Massage en chirurgie, *Wratch*, 1898).

Voilà pourquoi nous félicitons notre confrère Saquet d'avoir hardiment proclamé la nécessité d'application du massage méthodique dans le traitement des arthrites tuberculeuses et d'aller, pour ainsi dire, contre une routine qui n'est basée que sur l'ignorance à peu près complète de l'action physiologique des manœuvres massothérapiques.

Comme conclusion de tout ce qui précède, voici comment nous pensons établir les indications et les contre-indications du massage méthodique dans le traitement des arthrites tuberculeuses :

Toute arthrite sèche ou congestive mal définie ou douteuse doit être soumise et de bonne heure au traitement par le massage méthodique. Le massothérapeute utilisera selon ses conceptions d'abord les manœuvres superficielles et légères et ensuite les manœuvres profondes accompagnées des mouvements progressifs.

Le massage doit être arrêté lorsque les phénomènes inflammatoires deviennent plus intenses. D'une façon générale, bien fait le massage méthodique n'accélère jamais la douleur ni la congestion locale.

Les arthrites tuberculeuses congestives et plastiques tirent également un grand profit du massage méthodique. Mais, dans ces cas, le massage devient un auxiliaire du traitement orthopédique.

L'articulation malade doit être isolée par un appareil approprié de tout choc et de la fatigue de la mar-

che. L'appareil doit être fait de telle sorte qu'il puisse s'enlever facilement pendant les séances du massage. Celles-ci sont d'abord d'une courte durée; ensuite elles deviennent plus longues suivant la marche de la guérison de la lésion et la tolérance du malade.

Toute arthrite fongueuse ou suppurée ne peut pas être soumise au traitement massothérapique.

Mais, après l'intervention chirurgicale, le massage méthodique réuni à la rééducation des mouvements, peut non seulement soulager la malade, mais aussi abréger notablement la durée de la maladie.

Ici les manœuvres massothérapiques sont presque seules capables de rétablir la fonction du membre malade et lui rendre sa vitalité. Aidé par la rééducation des mouvements, le massage méthodique transforme dans un temps relativement court le membre impotent en membre vigoureux, ce qui abrège considérablement la durée de l'infirmité.

Cette dernière indication suffirait à elle seule pour justifier l'utilisation du massage méthodique dans le traitement des arthrites tuberculeuses.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les débouchés pour les jeunes docteurs.

La situation des praticiens devient de plus en plus difficile. Sans parler de la concurrence désastreuse qui nous est faite par les rebouteurs, les masseurs, les électriciens et autres guérisseurs sans diplôme, et que le proche congrès contre l'exercice illégal de la médecine mettra bien en relief, nous voulons nous arrêter un moment à l'encombrement de la carrière par ceux qui ont réellement le droit d'exercer. La pléthore se fait surtout sentir dans les villes. Les jeunes docteurs aiment peu la campagne et surtout ils n'aiment pas le dur métier du médecin de campagne. Ils préfèrent attendre dans une ville cinq et dix ans pour avoir une clientèle qui les nourrira. La spécialisation a, pendant un certain temps, donné un débouché; les villes d'eaux ont permis à un certain nombre de collègues de se caser, mais tout cela a une limite et sous peu il faudra bien se décider, soit de végéter pendant des années dans les villes, soit de gagner presque immédiatement sa vie comme médecin de campagne, soit de s'expatrier. Nos colonies offrent des situations assez bien rétribuées. Le rôle qu'y jouera le médecin sera très important par le caractère pacifique que prend aujourd'hui la colonisation et tentera plus d'une jeune énergie. Les Anglais nous ont donné l'exemple, nous les imiterons, quoique les conditions matérielles des situations coloniales soit beaucoup moins brillantes chez nous. Quels sont, en dehors de nos possessions françaises, les pays où un docteur français pourrait s'établir ? Nous sommes en mesure de donner à nos jeunes confrères les renseignements qu'un Etat voisin a fait recueillir pour ses sujets. En Grèce, il y a trop de médecins ; en Roumanie il faut passer un examen et savoir la langue du pays. La vie y est chère, les habitants sont pauvres, donc peu de chance de réussir.

En Russie il en est de même. La Serbie admet tous les diplômes étrangers. Les Allemands ont déjà profité de cette faveur et ont inondé les villes de leurs docteurs. En Angleterre, et surtout dans les colonies anglaises, on n'admet à l'exercice de la médecine que les médecins pourvus du diplôme anglais. Deux pays méritent, par contre, plus d'attention : la Perse et la Turquie. Les séjours réitérés qu'a faits le Shah à Contrexéville, les sympathies des jeunes Persans riches pour notre pays, faciliteront un établissement. Cependant le Shah lui-même payant très mal, les sujets ne payent pas du tout. C'est dans les grandes villes, que les chances seront donc les meilleures. En Turquie, il en est de même, surtout en Turquie d'Asie. Ici encore le pays est pauvre, mais les villes offriront de la ressource à un praticien habile et remuant. En Egypte, nos compatriotes ont la préférence. Il n'y a pas d'examen à passer, le simple enregistrement du diplôme suffit. Le Maroc devrait tenter les Français. Le Dr Weissgerber, docteur des facultés de Strasbourg et de Paris, a pratiqué à Casablanca. Il a fort bien réussi, a été pendant six mois médecin du grand-vizir, et a fait des voyages du plus haut intérêt dans l'intérieur du pays. En Amérique, il faut obtenir la licence d'exercer : tout docteur français sachant l'anglais peut, en peu de temps, préparer l'examen d'admission. Les médecins américains sont cependant très protectionnistes et l'exercice d'une spécialité est presque nécessaire. Les Etats de l'Amérique Centrale n'offrent aucune sécurité.

Le Brésil exige un examen en langue portugaise et les spécialistes y sont recherchés. Au Mexique, il y a beaucoup de médecins étrangers qui réussissent fort bien. Dans la capitale, m'a-t-on assuré, un médecin français aurait de l'avenir. Un examen en langue espagnole est obligatoire depuis peu de temps. La République Argentine est fermée aux médecins étrangers. En Australie (en partie du moins), tout médecin étranger sera le bien venu et bien vu. Le Japon a suffisamment de médecins, la Chine admet les étrangers, seulement dans les provinces frontières. Pour nous résumer, les chances, dans presque tous les pays étrangers, sont maigres : il faudra viser surtout le Maroc, la Perse, la Turquie, l'Egypte, les Etats-Unis pour ceux qui savent l'Anglais, et le Mexique pour ceux qui parlent espagnol. Il serait à souhaiter que nos médecins aillent plus facilement pratiquer hors de France. Ils y gagneraient personnellement et rendraient de grands services à leur patrie. Dr FRIED...

Ouvertures de cours.

M. le Dr BABINSKI a commencé samedi, 5 mai, une série de conférences cliniques sur les affections du système nerv... Ces leçons sont très suivies par un auditoire trop nom... pour l'amphithéâtre si exigu. M. Babinski, quoiqu'il ne soit pas professeur, ni même agrégé de la Faculté, doit le s... à la clarté de son exposition, à la simplicité de son st... surtout aux sujets intéressants, qu'il traite. Pas de phr... sonores et ronflantes, pas de gestes de bateleur, pas d... de mise en scène. On sent que tout ce que dit ce clinicien est le résultat de l'observation et ne sort pas des livres et des travaux des autres.

M. Babinski, dans sa première leçon, a mis au point ce qu'on devait comprendre par le mot hystérie. La définition et l'exacte connaissance de cette affection était un besoin, car que n'a-t-on pas mis sur le dos de l'hystérie ! Quand on est embarrassé, quand un fait clinique ne peut pas être placé dans un des tableaux connus, on a recours à l'hystérie. Il faut donc bien étudier un malade qui présente des éruptions ou de la fièvre avant de mettre ces symptômes sur le compte de la névrose. Le plus souvent, c'est une éruption toxi-alimentaire ou une fièvre tuberculeuse, souvent aussi une simple supercherie du malade qui veut se rendre intéressant.

M. le Dr Dalché a commencé également à la Pitié une série de leçons cliniques sur la gynécologie médicale. M. Dalché, qui est un spécialiste des maladies des femmes, a exposé la possibilité de traiter ces maladies par des moyens purement médicaux soutenus par un traitement local et a insisté sur ce fait que bien souvent un traitement médical bien conduit évite l'opération, l'exérèse, qui n'est jamais exempte de danger et est toujours une mutilation. Il faut être conservateur à outrance et pour cela il convient de connaître d'abord bien les maladies des femmes et ensuite les moyens propres pour les guérir. M. le Dr Dalché a esquissé en grandes lignes cette thérapeutique et continuera la série de leçons par la présentation de malades et par l'exposition des moyens qu'il emploie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mai.

Epreuve de l'alcool en pathologie gastrique.

M. Carnot. — La valeur sécrétoire de l'estomac peut être éprouvée par l'alcool. Ingurgité en petite quantité, il détermine une sécrétion gastrique qui, analysée après avoir été retirée par tubage au bout de 3/4 d'heure, donne les résultats suivants :

Sur les estomacs normaux, la réaction est chez tous à peu près identique. Les estomacs pathologiques réagissent soit avec excès et il y a sécrétion hyperacide ou hyperpeptique. D'autres (cirrhoses atrophiques, cancers), ne donnent aucune réaction et le liquide retiré n'est ni acide, ni peptique.

Dans les gastrites éthyliques, la sécrétion n'est pas acide, mais peut digérer l'albumine après acidification. D'autres estomacs sécrètent du mucus en surabondance.

Bactériologie de 45 cas d'oreillons.

MM. Tissier et Esmein. — Le sang prélevé chez 45 malades atteints d'oreillons a 37 fois donné des résultats positifs ; 33 fois il y avait du microcoque, 30 fois pur, 2 fois associé au streptocoque, 1 fois à un bacille, 3 fois un coccobacille à nombreux éléments cocciens, 1 fois un bacille allongé et fin.

La salive parotidienne de 10 malades, ensemencée, a donné 9 fois un résultat positif 6 fois donnant le même microcoque pur, 3 fois le microcoque associé au streptocoque de la bouche. Chez un malade à durée prolongée avec accidents, le microcoque fut retrouvé dans l'enduit d'une angine pultacée et d'une stomatite, dans le pus de furoncles et d'abcès de la face, qui compliquèrent ce cas. On le retrouva aussi dans le liquide céphalo-rachidien d'un vieillard atteint d'une forme bénigne de méningite cérébro-spinale.

Ce microcoque de provenances diverses a des caractères morphologiques et biologiques, et peut exalter sa virulence ; c'est un microcoque tétragène septique, pouvant être identifié avec celui de MM. Laveran et Catrin (1892) celui de Mc Gray et Walsh (1896), Michaelis et Bein (1897), Carrère (1902). Les différences sont insignifiantes et dues à ce que les études microbiennes n'ont pas, sur chacun, été poursuivies assez longtemps.

Les auteurs s'appuyant sur le nombre de leurs expériences, les examens bactériologiques, cultures en série, séro-agglutination, action pathogène, pensent que le microcoque ainsi trouvé et identifié joue un rôle important dans la pathogénie des oreillons et admettent que cette infection est une infection tétragénique à forme de septicémie atténuée. Ce qui n'est nullement invraisemblable, car les tétragènes donnent naissance à des inflammations locales simples ou suppurées siégeant au niveau des orifices naturels où le tétragène est souvent latent ou dans des organes contigus à ces orifices.

Hypothyroïdie et auto-infection périodique.

MM. Lévi et H. de Rothschild ont observé un enfant de 4 ans, hypothyroïdien qui, pendant 7 mois, eut de l'amygdalite à répétition avec vomissement, délire, hypersthénie. Le traitement thyroïdien prolongé 3 mois fait disparaître les accidents, qui réapparaissent à la suite d'une rougeole et d'une varicelle. Il s'agissait là presque expérimentalement de l'influence du terrain sur l'auto-infection. Dans ces amygdalites à répétition, dans les érysipèles menstruels, il est donc bon de rechercher si le trouble endo-critique (souvent thyroïdien) ne permettrait pas d'appliquer le traitement opothérapique.

Trypanosomiase humaine.

L. Thiroux. — Comme le sérum des animaux dourinés, cactérés ou noganés, le sérum des animaux atteints de trypanosomiase peut être légèrement préventif. Chez deux malades observés à St-Louis (Sénégal) dont le liquide céphalo-rachidien renfermait des trypanosomes, on a infecté des souris blanches avec le trypanosoma gambiense, 14 sont mortes, de 17 jours à 7 mois après l'inoculation, sauf une qui a guéri. Le sérum a donc présenté une activité constante, mais inégale.

Les malades n'ont jamais présenté de trypanosomes dans le sang. Le sérum des patients a été sans action curative ni modificatrice de l'infection. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai.

La syphilis expérimentale.

M. Metchnikoff expose les recherches qu'il a faites avec M. Roux pour l'atténuation de la syphilis. Les tentatives pour obtenir un sérum antisyphilitique sont restées incertaines. L'atténuation du virus sur les singes inférieurs donne peut-être un plus d'espoir d'obtenir un vaccin. Mais si les effets immédiats semblent très affaiblis, on ignore encore absolument l'effet à longue échéance de ces syphilis en apparence atténuées. Par contre, l'emploi préventif des frictions mercurielles a donné les résultats les plus constants et les plus favorables. Douze singes ont été inoculés, soit aux parties génitales, soit aux arcades sourcilières et frictionnés d'une heure à dix-huit heures et demie après l'inoculation, avec des pommades au calomel, au précipité blanc et au salicylarsénite de mercure. Le résultat a été toujours le même : le virus syphilitique restait sans effet. Et cependant les virus employés dans ces expériences étaient bien virulents, car ils provoquaient chez les singes témoins, non soumis au traitement, l'accident primaire typique. Plusieurs des singes ayant résisté grâce à l'emploi de ces pommades, ont été, dans la suite, inoculés de nouveau avec du virus syphilitique. Ils manifestèrent plus tard l'accident primaire typique, ce qui prouve qu'ils ne possédaient point l'immunité naturelle vis-à-vis de la syphilis.

L'effet préventif parut assez régulier pour autoriser l'expérience d'un jeune étudiant qui voulut essayer sur lui-même l'effet abortif de la pommade au calomel sur l'inoculation syphilitique. Avec le concours des Drs Queyrat, Sabouraud, Salmon, trois inoculations de virus provenant de deux chancres indurés sur deux sujets différents furent faites à la verge. Une heure après, les petites plaies furent frictionnées pendant cinq minutes avec une pommade à 10 gr. de calomel pour 3· gr. de lanoline. Après plus de trois mois, ce courageux étudiant n'a pas présenté la plus légère lésion spécifique.

*

« Il faut, dit M. Metchnikoff, en conclure que, malgré une inoculation de virus syphilitique, incomparablement plus abondante que celle qui se fait dans les conditions naturelles, notre jeune patient est resté complètement indemne de la syphilis. Cette immunité ne peut être attribuée à l'innocuité des virus employés, car, dix-sept jours après le début de l'expérience, les deux macaques témoins, non traités avec la pommade, ont présenté le long de l'arcade droite des lésions tout à fait pareilles à celles de tant d'autres macaques syphilitiques de nos expériences. Mais, tandis que chez un des deux témoins, l'accident primaire a guéri dans l'espace de trois semaines, chez l'autre il s'est fortement développé et il est encore visible, plus de deux mois et demi après son apparition).

Ces expériences diverses fournissent donc la preuve que la pommade au calomel, appliquée une heure après l'inoculation du virus syphilitique, est tout aussi capable d'empêcher l'éclosion de la syphilis chez l'homme que chez les singes. Elle prouve aussi qu'après vingt heures la pommade n'a plus exercé d'action préventive.

De l'ensemble de ces faits, observés chez l'homme et chez les singes, on est en droit de conclure que la pommade à base de calomel peut être utilisée dans la prophylaxie de la syphilis. Des expériences ultérieures, dont quelques-unes sont déjà en train, préciseront les détails de l'emploi préventif des pommades mercurielles.

M. Hallopeau rappelle que Neisser, dans des expériences analogues, a eu certains insuccès. L'emploi préventif de la pommade au calomel ne doit donc pas inspirer une sécurité absolue qui pourrait être trompeuse. M. Hallopeau demande en outre si cette pommade ne produit pas d'irritation.

M. Metchnikoff croit à une différence technique dans la méthode de Neisser, car pendant longtemps ce dernier n'a pas réussi dans ses tentatives d'inoculation chez le singe. — Les pommades au calomel et à l'énésol ne sont pas irritantes et sont bien tolérées. Mais il n'en est pas de même avec l'onguent gris.

Traitement des anévrysmes par l'hypotension artérielle.

M. Huchard, dans trois cas d'anévrisme de l'aorte, a obtenu une très grande amélioration par une thérapeutique s'adressant avant tout à combattre l'exagération de la pression artérielle.

Le repos, le régime lactovégétarien sont la base du traitement. La suppression de la viande et de ses toxines qui élèvent considérablement la pression est surtout très importante

Les médicaments ont été rares et modérés (trinitine, tétranitrol, petites doses d'iodure). Les cures thermales faites avec ménagements, ont parfois donné un soulagement réel.

Sans revenir aux grandes saignées de Valsalva, M. Huchard croit à l'effet palliatif d'émissions sanguines modérées. En cas de crises dyspnéiques et de complications, la détente qu'elles produisent est immédiate et très utile.

En effet, conclut M. Huchard, si le mal est à l'aorte, le danger est surtout aux reins. L'hypertension produite par l'anévrysme est une menace permanente de sclérose rénale et d'urémie. A son tour, par un véritable cycle morbide, la sclérose augmente l'hypertension. Combattre et éviter celle-ci est donc la véritable indication thérapeutique.

Séance du 15 mai.

La syphilis expérimentale.

M. Metchnikoff signale une différence profonde entre ses expériences et celles de Neisser. Au lieu de faire l'inoculation par scarifications superficielles, Neisser pratique des piqûres profondes. L'action préventive de la pommade au calomel devient par suite bien plus incertaine.

Cependant d'après des renseignements donnés à M. Levy Bing, Neisser aurait encore empêché l'inoculation dans 50 % des cas. Ses expériences restent donc plutôt en faveur de la méthode.

Le Pr Pouchet signale que vers 1850 le savon mercuriel eut une période de vogue comme moyen préservatif de la syphilis. Mais son emploi, fait d'ailleurs dans les conditions les plus incertaines, donna de nombreux insuccès.

Traitement des opacités cornéennes.

M. d'Arsonval présente une note de M. Sulzer sur les résultats donnés par les moyens physiques (lumière très vive, radiothérapie) dans les opacités cornéennes. Ce travail sera l'objet d'un rapport de M. Chauvel.

Prophylaxie de la rage.

M. Martel montre par les résultats obtenus en Allemagne et en Angleterre et par la comparaison des statistiques françaises que le seul moyen de diminuer et même de faire disparaître la mortalité par la rage serait la surveillance et la capture des chiens errants.

Le sérum vaccinal pur.

M. Kelsch montre que le sérum vaccinal de l'Académie a pu très avantageusement employer la pulpe vaccinale pure recueillie aseptiquement dans des tubes stériles. L'addition de glycérine n'est pas nécessaire ainsi que l'ont montré les expériences de M. Combier pour purifier la pulpe. Mais elle diminue beaucoup le nombre des résultats positifs surtout au bout d'une quinzaine de jours. L'activité de la pulpe pure se maintient trois semaines et plus.

Les casernes hygiéniques.

MM. Lemoine et Simonin, d'après une enquête portant sur 134 casernes, montrent que l'insalubrité dépend avant tout de l'entassement et de l'agglomération. Les casernes neuves mais renfermant un effectif très nombreux, les casernes des villes très populeuses sont les plus insalubres. Il faudrait donc avant tout de petites casernes ne recevant que des effectifs restreints.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mai.

M. Antony, en rappelant la communication de M. Bergé à la séance précédente, rappelle un cas semblable. A la suite d'une immersion dans l'eau froide, il se développa une pneumonie à pneumocoques de la base gauche, suivie d'une bronchite généralisée. Une expectoration putride dura deux mois sans qu'il y ait eu des signes de gangrène pulmonaire. M. Nette n'admet pas, non plus, l'origine nécessaire des germes putrides dans l'eau avalée.

Hypertension par rétention chlorurée et la cachexie cardio-rénale.

M. L. Rénon, comme MM. Bergougnou et Fiessinger, en accord avec les idées de MM. Ambard et Beaujard, dit avoir observé un cas de néphrite interstitielle, où la relation causale entre l'hypertension et l'hyperchloruration était des plus nette. L'alimentation très salée et très chlorurée expliquait l'hypertension (28) et la dyspnée intense. La diète hydrique absolue, et puis un régime achloruré firent disparaître les accidents. MM. Bergougnou et Fiessinger ont trouvé la pathogénie de la cachexie cardiorénale en une rétention chlorurée excessive. M. Rénon avait déjà émis cette hypothèse avec M. Verliac, en 1905, et a conçu l'idée d'une amélioration possible de la cachexie cardiorénale par une déchloruration prolongée.

Nouveau signe de pyopneumothorax : succussion horizontale.

M. Chauffard a observé trois cas de pyopneumothorax, où la succussion, manquant dans la position assise, se trouve nettement dans la position couchée ou inclinée. Pour qu'il y ait bruit de clapotage, il faut peu de liquide et beaucoup d'air dans la cavité pleurale. S'il y a peu d'air, la caisse de résonnance manque et le clapotage ne se fait pas ou du moins n'est pas perçu. L'auteur explique ainsi l'apparition de la succussion dans les pleurésies purulentes ponctionnées, où l'on croyait à la création d'un pneumothorax, qui de fait existait déjà antérieurement et devenait simplement perceptible par la diminution du liquide par rapport à la couche gazeuse. M. Chauffard a démontré sa théorie avec deux bouteilles contenant du liquide. La succussion de la bouteille presque pleine

nulle dans la position verticale, devient nette dans la situation horizontale. Emerson a déjà signalé le fait en 1903.

M. Beclère a observé des cas de pyopneumothorax, où la succussion, visible à l'écran radioscopique, n'était pas perceptible à l'oreille. MM. Vaquez et Achard ont fait les mêmes observations que Beclère.

Tic douloureux de la face guéri par la radioscopie.

MM. Beclère et Haret rapportent l'observation d'un malade, atteint de névralgie faciale épileptiforme, auquel on avait arraché les dents, reséqué le nerf maxillaire et le ganglion de Gasser, sans succès durable et qui fut guéri par le traitement radiothérapique.

Anévrysme de l'aorte avec rupture dans l'œsophage.

MM. Hirtz et Lemaire ont observé ce cas. L'anévrysme s'ouvrit dans l'œsophage et amena une hématémèse mortelle. Le réflexe œsophago-salivaire très intense est attribué à l'irritation du pneumo-gastrique, qui se trouvait comme disséqué par l'orifice de perforation.

Séance du 11 mai.

Le Dr Olivier (de Newcastle), membre correspondant de la Société, a traité la question de l'emploi des caissons pour les travaux des ponts et des maladies causées par l'air comprimé. Il a montré l'emploi, la construction, le mécanisme de la compression et de la décompression de l'air, et a surtout étudié les causes et les symptômes de la maladie des caissons. Ce sont, d'après lui, la décomposition trop rapide et la viciation de l'air, qu'il faut incriminer. L'auteur a étudié leurs effets sur des animaux et a montré, par des coupes, des lésions cérébrales, médullaires et hépatiques provoquées.

Migraine thyroïdienne.

MM. L. Levi et H. de Rothschild ont amélioré des migraines par le traitement thyroïdien et décrivent une forme thyroïdienne de cette affection, fondée sur l'efficacité du traitement thyroïdien, les signes d'hypothyroïdie, l'action autothérapique de la grossesse, l'influence de la vie sexuelle sur la maladie (apparition à la puberté, disparition à la ménopause.) Elle est précoce ou tardive, héréditaire ou acquise, uni ou bilatérale. Elle dure quelques heures, quelques jours, s'accompagne de vomissements. D'ailleurs, d'autres variétés de céphalées sont améliorées par le traitement.

Valeur diagnostique des signes physiques, du bruit de flot en particulier, au cours de l'hydropneumothorax.

M. Vaquez a étudié la valeur du bruit de flot et conclut ainsi :

1° La succussion peut donner un résultat négatif, car il faut qu'il y ait pour le bruit de flot une tension gazeuse intrapleurale en rapport avec le liquide, tension d'autant plus faible qu'il y a moins de liquide.

2° La succussion doit toujours être faite sur le sujet couché.

3° L'existence d'un souffle amphorique ne nécessite pas celle d'une fistule bronchique. Le souffle amphorique peut accompagner un pneumothorax fermé. Le tintement métallique, par contre indique presque sûrement la persistance de la fistule.

Fièvre hystérique chez l'enfant.

M. Comby rapporte un cas de fièvre hystérique chez une fille de treize ans, sans qu'il y ait eu supercherie. Le thermomètre monta à près de 44 degrés. Il ne faudrait pas s'émouvoir en présence d'une telle fièvre, surtout si on ne constate pas de troubles graves de la santé générale.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1906. — Présidence de M. Desnos, président.

La séance est ouverte à 4 heures 50.

M. le Secrétaire Général donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion qui est adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Journaux habituels, *Gazette des Hôpitaux*.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Léon Bizard, 14, rue de Maubeuge, officier d'Académie, posant sa candidature au titulariat. Parrains : MM. Dubar et Monel. — 2° Lettre de M. le Dr Edgar Depasse, 74, rue de Rennes, médecin du sénat, chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'Instruction publique, ayant le même objet. Parrains : MM. Buret et Dubar. — Ces deux candidatures sont prises en considération.

M. Duclaux donne lecture de son rapport sur la candidature du Dr Blondin au titulariat.

Rapport sur la candidature du Dr Blondin au titulariat ;

Par le Dr **H. DUCLAUX**.

Messieurs,

Notre confrère, le Dr Blondin, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui sollicite son admission parmi nous, nous apporte, à l'appui de sa candidature, un très intéressant travail, qu'il vous a lu à la précédente séance, sur un cas de pouls lent permanent ; il vous a d'abord raconté l'histoire de ce malade qu'il a pu suivre à Lariboisière dans le service de ses deux maîtres, Galliard et Landrieux, histoire assez particulière comme je m'en vais vous le rappeler brièvement. Il s'agit, en effet, d'un homme de 51 ans, qui, deux ans auparavant, fut pris d'une première crise nerveuse caractérisée seulement par de la perte complète de connaissance. C'est un homme sans aucune tare, pas de syphilis, pas d'hystérie, aucun traumatisme, aucune maladie antérieure ; il est cependant éthylique avéré ; ses crises, épileptiformes et jamais syncopales, sans morsure de la langue, sans émission involontaire d'urine ou de matières, au début mensuelles ou même bimensuelles, devinrent plus fréquentes, au point de se renouveler 20 ou 25 fois par jour. L'examen du malade permit immédiatement de porter le diagnostic de pouls lent permanent ; les battements cardiaques étaient au nombre de 20 environ par minute ; les artères étaient légèrement dures ; pas d'albumine dans les urines. Tout l'arsenal thérapeutique fut mobilisé pour tenter l'amélioration de ce malade dont l'état paraissait désespéré, les crises se répétant au point de devenir presque subintrantes. Une amygdalite lacunaire qui porta pendant trois jours la température du malade à 40°, permit de faire une remarque intéressante, déjà signalée par quelques auteurs, à savoir que, malgré la fièvre, le pouls garda son même degré de ralentissement. Enfin M. Landrieux eut l'idée de faire sur la région précordiale des stypages au chlorure de méthyle, dont l'effet fut merveilleux, puisque du jour au lendemain les crises disparurent ; le pouls, d'abord accéléré (60 pulsations), retomba malheureusement à 30 ou 35. Néanmoins l'état du malade était redevenu excellent lorsqu'il quitta l'hôpital.

Cette observation a suggéré au Dr Blondin d'intéressantes réflexions, en particulier au point de vue étiologique et pathogénique. Par quelle cause connue expliquer ce cas de ralentissement du pouls? à une affection valvulaire du cœur ? l'auscultation n'en révélait aucun symptôme ; à la syphilis? le malade la niait énergiquement et n'en présentait aucune trace : à un traumatisme ? il n'en avait jamais subi ; à l'albumine ? ses urines n'en présentèrent jamais ; à l'hystérie? il n'en avait aucun stigmate : il était enfin athéromateux. Aussi le Dr Blondin pense qu'il faut, dans ce cas, se rabattre sur la théorie nerveuse, théorie qui incrimine le défaut d'irrigation bulbaire par des artères athéromateuses ; nous montrant très clairement ce que la physiologie nous apprend à ce sujet, nous apportant également des preuves cliniques à l'appui de ces théories. Pensant que l'action bienfaisante du stypage doit s'expliquer par un réflexe centripète d'origine cutanée, agissant sur la bulbe ou la circulation bulbaire, le Dr Blondin conclut finalement pour expliquer son cas de pouls lent permanent à une action bulbaire, d'allures très complexes, nous montrant encore une fois combien la maladie de Stockes-Adams est encore, pathogéniquement, obscure et difficile à interpréter.

Messieurs, le Dr Blondin a fait sa thèse sur le rôle du bacille de Koch dans la genèse de certaines cirrhoses du foie dites al-

cooliques. Reprenant la théorie défendue par Triboulet et Jousset, il nous montre, dans des observations personnelles, où il trouve le bacille de Koch, soit dans le liquide péritonéal par l'inoscopie, soit dans le foie, par inoculation au cobaye, que certaines cirrhoses hypertrophiques dites alcooliques sont peut-être d'origine tuberculeuse, et qu'en tous cas elles sont bacillifères ; que le bacille de Koch produisant des lésions multiples au niveau du foie, peut, en dehors des lésions classiques, déterminer la sclérose, le plus souvent hypertrophique ; qu'il y a lieu de rechercher, pas les divers moyens d'investigation que fournit le laboratoire, si, à côté des cirrhoses indubitablement alcooliques, on n'a pas souvent affaire à des cirrhoses bacillaires latentes, méconnues par la clinique, et qui passent souvent inaperçues à l'autopsie ; qu'enfin, la curabilité plus grande de certaines cirrhoses hypertrophiques, se montrant spontanément ou après un traitement chirurgical ou médical, pourrait, en certains cas, s'expliquer par l'origine tuberculeuse des lésions, leur évolution se faisant au niveau du foie comme elle se fait au niveau des autres organes.

Le Dr Blondin a présenté à la Société médicale des hôpitaux, avec son maître le docteur Caussade, une ulcération de la langue de nature difficile à déterminer, qui lui permit de discuter successivement le diagnostic de syphilis, de tuberculose, d'actinomycose, de zona.

Il a également rapporté à la Société médicale des hôpitaux, avec son maître Landrieux, l'histoire très intéressante d'une malade atteinte de cholécystite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde, qui fut opérée par le Dr Cunéo : l'intervention permit de retirer quelques calculs, dont l'un gros comme une cerise ; le liquide purulent et la bile contenaient du bacille d'Eberth à l'état de pureté, ainsi que le montrèrent les procédés habituels de laboratoire. La vésicule fut abouchée à la peau et la malade guérit sans incidents.

Ainsi que vous pouvez le voir, le docteur Blondin est un travailleur, doué d'un esprit très clair d'observation ; c'est également un médecin très dévoué à ses malades, ce qui lui valut la médaille des épidémies alors qu'il était interne à Tenon ; c'est aussi pour nous un ami fidèle et dévoué, d'une franchise et d'une loyauté à toute épreuve dont nous sommes heureux de vous proposer l'admission dans notre société.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées : le vote définitif aura lieu dans la prochaine séance.

M. Vian donne communication d'un cas assez rare de métastase d'un cancer des parties molles de la cuisse.

Métastase d'un cancer des parties molles de la cuisse ;

Par M. le Dr VIAN.

Le 29 septembre 1903, entrait au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne, une femme de 61 ans, venant du service de M. le Dr Toulouse, à Villejuif. Cette femme présentait, à la face interne de la cuisse, à sa partie moyenne, une tumeur oblongue, mobile transversalement, solide. Les ganglions inguinaux n'étaient pas sentis.

Mon maître, M. Picqué, opéra cette malade quelques jours après. Après incision sur le bord interne du couturier, lequel est rejeté en bas, on tombe sur la tumeur. Celle-ci est blanchâtre, multilobée, avec un pédicule très petit au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux. Par suite d'adhérences à la veine, la dissection en est très délicate, l'hémostase difficile.

L'examen, pratiqué par M. Dagonet, donne les résultats suivants : parties formées de tissu conjonctif fibreux, mais peu abondantes relativement à celles qui sont constituées par des cellules fusiformes conjonctives à extrémités effilées. Plus abondantes encore se trouvent les fibres musculaires lisses à noyaux allongés et en forme de bâtonnets. Elles sont réunies en faisceaux qui s'entrecroisent en tous sens. Il s'agit donc ici d'un fibro-myome ayant son origine dans la couche musculaire de la veine fémorale.

A la fin du mois d'août 1904, la malade présente une récidive. Elle revient au pavillon à la fin de septembre 1904, avec une tumeur récidivée de la grosseur du poing.

M. Picqué pratique une nouvelle intervention, mais par suite de son adhérence large aux vaisseaux, la tumeur ne peut être enlevée que partiellement ; et quelques jours plus tard l'amputation de la cuisse dut être pratiquée.

L'examen que je fis de cette nouvelle tumeur me donna les résultats suivants : quelques amas de cellules rondes, petites, à gros noyau ovoïde, à protoplasma clair ; nombreux amas de cellules fusiformes petites, à noyau ovoïde : toutes ces cellules sont enveloppées dans un stroma de fibres conjonctives assez abondant. Elles sont disposées concentriquement par rapport aux vaisseaux, dont le plus grand nombre sont sans paroi propre. Quelques vaisseaux pourtant présentent une paroi propre formée de lamelles concentriques avec un endothélium très net et proliférant.

Il s'agit donc bien d'un sarcome fasciculé, ou plus exactement peut-être de fibro-sarcome.

Le diagnostic microscopique devait recevoir confirmation quelques mois plus tard. En effet, la malade nous revient au Pavillon au mois de novembre dernier pour une tumeur dorsale évoluant depuis trois mois avec rapidité, mais sans provoquer de douleurs.

A l'examen on constate qu'elle est formée de deux parties, l'une plus volumineuse située à gauche de la colonne vertébrale au niveau de la gouttière, l'autre plus petite à droite, semble indépendante. Pas de trace de généralisation viscérale. Etat général satisfaisant.

L'opération est pratiquée quelques jours après son entrée. Par une longue incision parallèle à la série épineuse, on arrive sur la tumeur située au-dessous des muscles, très largement adhérente à la paroi costale ; les 7e, 8e et 9e apophyses épineuses sont détruites. Les deux tumeurs ont des rapports intimes de contiguïté. Il est impossible d'enlever en totalité la surface d'implantation. Réunion incomplète, drainage.

Mais la tumeur continuait à croître, et quelque temps après l'opération on put assister à des phénomènes de compression médullaire, incontinence fécale, paraplégie totale. Apparition d'eschares sacrées à marche rapide. C'est dans cet état que la malade mourut.

Malheureusement, l'autopsie ne put être faite.

L'examen que je fis de cette nouvelle tumeur démontre qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé, reproduisant bien la disposition et les éléments fusiformes petits de la tumeur examinée quelques mois auparavant.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord par le point de départ de la tumeur dans la gaine des vaisseaux fémoraux. Si cette localisation, en effet, n'est point exceptionnelle, elle est du moins assez rare ; sur 131 observations de sarcomes que l'on relève dans l'ouvrage très documenté de MM. Albert et Henri Malherbe, je n'ai pu relever que cinq cas où la tumeur partait de la gaine des vaisseaux.

La localisation de la métastase à la colonne vertébrale, doit attirer en second lieu notre attention. Si les métastases osseuses sont fréquentes dans les épithéliomes, il n'en est pas de même pour les sarcomes, qui, probablement par leur mode de généralisation veineuse, font surtout des métastases pulmonaires, ou hépatiques.

Gros, dans une statistique de 25 cas de sarcomes de la mamelle, partout citée, n'accuse qu'une seule métastase osseuse.

Enfin, en dernier lieu, la transformation du fibromyome en sarcome est exceptionnelle. Même dans l'utérus, où cette transformation a été surtout étudiée, les faits sont peu nombreux, et encore Brault croit-il qu'il s'agit le plus souvent de tumeurs primitives.

A ce sujet, je ferai remarquer que M. Brault fait observer que, pour qu'il y eût véritable transformation du fibromyome en sarcome, il faudrait que les fibres musculaires elles-mêmes prennent part à la néo-formation. Or, il n'en est pas ainsi, et quoiqu'un certain nombre d'au-

teurs « depuis quelques années aient décrit, sous le nom de «cancer musculaire lisse »,des myomes malins à fibres lisses,des tumeurs issues des organes contenant à l'état normal des éléments musculaires de la vie végétative, tels que l'estomac, l'intestin et surtout l'utérus (Brault) et pouvant donner des métastases,ils n'en ont pas apporté une démonstration suffisante. Il n'en est, du reste, pas ainsi dans notre cas, où l'on ne trouve pas trace de tissu musculaire.

D'après Brault,le sarcome ne pourrait avoir pour origine que le tissu conjonctif, et l'on ne pourrait pas dire qu'il y a transformation d'un fibro-myome en sarcome, mais bien développement d'une nouvelle tumeur uniquement formée d'éléments connectifs.

M. Graux rappelle qu'il a autrefois publié un cas de sarcome des ligaments du genou, ayant donné des métastases pulmonaires considérables.

M. Vian attire l'attention surtout sur la localisation osseuse, qui est assez rare dans le sarcome, alors qu'elle est fréquente dans l'épithélioma, les métastases pulmonaires étant au contraire fréquentes dans le sarcome.

M. Coudray craint que le premier examen histologique ait été erroné, et qu'on ait eu affaire dès le début à un sarcome fasciculé, tumeur récidivant et donnant des métastases.

M. Vian n'a pas eu sous les yeux des préparations histologiques de la première tumeur ; mais il s'en remet à l'autorité du Dr Dagonet qui a été très affirmatif sur le diagnostic de fibro-myome.

M. Lematte fait une très intéressante communication **sur l'emploi du bacille lactique B en thérapeutique** (*sera publié*).

M. Christian fait remarquer que l'emploi du lait caillé n'est pas une nouveauté ; en Alsace, notamment, les paysans se nourrissent depuis longtemps de lait ordinaire caillé.

M. Lematte répond que le lait caillé comme le font les paysans peut être plus dangereux qu'utile. En effet si l'on a fait cailler le lait par adjonction de vinaigre ou de pressure,la caséine rendue insoluble est de digestion difficile ; si le lait a caillé lentement et naturellement, il a été ensemencé par tous les microorganismes de l'air, parmi lesquels des bactéries pathogènes peuvent rendre ce lait très dangereux.

M. Christian réplique qu'il n'a jamais vu d'accidents dus à l'usage du lait caillé employé dans les campagnes.

M. Stassano fait remarquer que le lait caillé est plus difficile et plus long à digérer que le lait ordinaire.

M. Nicolas appuie ce qu'a dit précédemment M. Christian ; en Bretagne les paysans font également usage du lait caillé, il n'a jamais rencontré de maladies spéciales dues à cette alimentation.

M. Suarez de Mendoza donne lecture d'un travail (publié d'autre part) *sur les manifestations intestinales de la syphilis*. Les conclusions de l'auteur sont que la syphilis intestinale est loin d'être rare ; qu'elle frappe surtout la portion terminale de l'intestin grêle et le gros intestin ; que le diagnostic est presque impossible : toutefois on peut y songer en présence d'une diarrhée chronique rebelle à tout traitement.

La séance est levée à 6 heures 40.

Le Secrétaire général, F. Buret. — *Le Secrétaire annuel,* Vian.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 15 mai 1906. — Présidence de M. Comby.

Blennorrhagie et phlegmon à gonocoques chez un enfant de 10 mois.

MM. Appert et Froget. — Un enfant de 10 mois fut amené il y a quelque temps dans le service de M. Appert pour une blennorragie uréthrale parfaitement caractérisée. Quelques jours après, on vit apparaître à la partie postérieure de la tête et à la nuque un gonflement considérable,d'aspect phlegmoneux. avec un œdème énorme ; mais cette tuméfaction phlegmoneuse s'affaissait dès le lendemain, et il ne resta plus que deux ou trois points ressemblant fort à de l'érythème noueux : une ponction au niveau de ces points, devenus fluctuants au centre dans une toute petite étendue donna issue à quelques gouttes de pus dans lequel l'examen bactériologique permit de reconnaître l'existence du gonocoque, comme on l'avait trouvé dans le pus uréthral. Puis, bientôt, tout rentra dans l'ordre de ce côté, sans autre traitement que des applications de compresses imbibées d'eau bouillie, et la blennorrhagie, elle aussi, guérit en un temps assez court, sous la seule influence de lavages au permanganate de potasse limités au prépuce et au gland. M. Appert rapproche la guérison de ce phlegmon d'autres manifestations gonococciques analogues, qui font un début à grands fracas pour aboutir en somme, souvent, à une guérison assez rapide et obtenue simplement. On a signalé chez l'adulte des localisations gonococciques ressemblant, comme chez l'enfant en question ici, à de l'érythème noueux et des abcès contenant du gonocoque.

Au point de vue de l'origine de la contagion chez le petit malade de M. Appert, il ne fut pas possible de parvenir à la déterminer : tout ce que l'on sait, c'est que cet enfant avait, 3 semaines auparavant, passé quelque temps dans le service, et que l'on n'avait observé chez lui, alors, quoi que ce soit du côté de l'urèthre. Quant à l'inoculation du gonocoque à la région de la nuque, elle peut s'expliquer par le frottement de cette région sur des linges de la literie souillés par le pus de son urèthre.

M. Comby cite un fait de blennorrhagie chez un tout jeune enfant, et dans ce cas il ne vint à bout de l'écoulement qu'après un traitement assez long par les grands lavages au permanganate de potasse. La contagion était d'origine familiale et avait eu sans nul doute pour véhicule les draps du lit, que l'enfant partageait avec sa petite sœur, un peu plus âgée que lui, et qui était atteinte de vulvo-vaginite.

M. Barbier fait une longue communication sur la « *mesure de l'utilisation alimentaire chez les nourrissons dyspeptiques, atrophiques* », et présente accessoirement des considérations sur *l'« emploi de la glycose chez ces malades »*. Cette communication appuyée sur des observations, des chiffres statistiques et des courbes, donne lieu à une discussion entre M. Variot et le présentateur, particulièrement sur les questions d'alimentation des nouveaux-nés, M. Barbier prétendant qu'on les rend souvent malades en les alimentant trop d'après des données théoriques, tandis que M. Variot se montre infiniment moins hésitant à employer, sous bonne direction, bien entendu, une alimentation plus substantielle.

M. Nobécourt communique en son nom et au nom de M. P. Mercklen, les résultats de leurs « *recherches de physiologie pathologique chez une fillette atteinte d'anorexie nerveuse* ».

Maladie de Barlow.

MM. Méry et Guillemot présentent un enfant d'un an, convalescent de maladie de Barlow, sans hématome, sans lésions gingivales. et chez lequel la seule lésion d'hémorrhagie interstitielle se manifesta au talon sous forme d'un gonflement assez considérable constituant une véritable tabagie d'origine scorbutique. La maladie a débuté à la suite d'une broncho-pneumonie. L'enfant est actuellement en voie d'amélioration rapide. sous l'influence du traitement par le jus d'orange et de l'alimentations au lait stérilisé.

Exostoses multiples.

M. Judet présente un enfant de 12 ans sur lequel on constate un nombre considérable d'exostoses siégeant un peu partout sur les extrémités osseuses, dans les tissus fibreux. sur le trajet des tendons et dans l'épaisseur de plusieurs muscles des membres et du tronc.

Gangrène pulmonaire otogène chez un nourrisson de 7 mois.

M. Guillemot rapporte un cas de gangrène pulmonaire observé chez un nourrisson de 7 mois, affaibli par une alimentation défectueuse. L'origine de l'infection pulmonaire, qui évolua d'ailleurs avec ses symptômes et signes classiques, a été manifestement une otite suppurée.

M. Véron communique les résultats de ses recherches, faites sous l'inspiration de M. Barbier, sur *l'influence de la suralimentation dans le développement* de l'entérite des nourrissons. Ch. H. Petit-Vendol.

LE CONGRÈS DE MÉDEDINE DE LISBONNE (19-26 avril).

Le Congrès de médecine de Lisbonne a fait peu de bruit dans la presse médicale. Peut-être en aurait-il été autrement si la commission d'organisation avait fait des communications officielles régulières à la presse ; mais ce n'est pas rentré encore dans les mœurs des Congrès. Le silence presque absolu des journaux de langue française décidera peut-être sans doute les organisateurs de Congrès à chercher à remédier à la grave lacune maintes fois signalée du manque du service de publicité. Nous empruntons à la *Belgique médicale* du 10 mai un court compte rendu de la clôture du Congrès de Lisbonne et des fêtes qui ont éte données en son honneur :

Le jeudi 26, au cours d'une réunion du comité international, dans le grand hall de la nouvelle École de médecine, il fut décidé par 38 voix contre 23 que les délégués des Gouvernements pouvaient se faire suppléer par des collègues de même nationalité. On discuta ensuite le choix du siège du prochain Congrès : des invitations fermes avaient été faites pour Athènes, Bruxelles, Budapest et New-York. Après échange de vues, la capitale de la Hongrie fut choisie par 38 voix contre 26 et 1 abstention. Le prochain congrès se tiendra, comme d'habitude, dans trois ans. Une pétition des dentistes, demandant l'autorisation de participer aux congrès médicaux, a été repoussée. — Le comité international a attribué le prix de Paris au Dr Ehrlich, et le prix de Moscou au Dr Laveran.

— La cérémonie de clôture a eu lieu à 2 h. de l'après-midi : tous les discours prononcés ont constaté l'entière réussite de ces assises, qui ont été déclarées closes au milieu du plus vif enthousiasme.

— Nous ne nous attarderons pas à l'énumération, même succincte, des principales communications faites au sein des sections : en une précédente note, nous avons dit pourquoi. Au reste, si « l'abondance des matières » nous le permet, nous publierons en temps et lieu un compte rendu de ces travaux.

— Pour ce qui concerne la partie festivités, l'excursion du 20 avril aux splendides jardins de Sir Francis Cook, à Montserrat, près de Cintra, a laissé à tous les congressistes un souvenir inoubliable. Le samedi 21, le roi a offert un dîner de 200 couverts aux délégués et aux membres du comité. Aucun discours n'a été prononcé. Après le banquet, le monarque s'est plu à converser avec la plupart des médecins étrangers, leur demandant leur avis sur les savants portugais, l'organisation et le succès du Congrès, et l'impression que leur avait faite le Portugal. — Le dimanche 22, les congressistes visitèrent le nouveau Dispensaire antituberculeux, et assistèrent, l'après-midi, à une corrida de toros « de gala ». Le lundi, soirée à la Société de géographie ; musique et danses en costumes du nord du Portugal (Province de Minho), et projections de vues prises dans les colonies portugaises. Le mardi, garden-party royal dans les jardins du palais de Necessidades : un chatoiement d'uniformes au milieu d'une végétation luxuriante où des buffets étaient dissimulés ; temps splendide. Le mercredi, enfin, réception à l'Hôtel de ville, merveilleusement décoré de cascades de lys, de guirlandes de roses : on se serait cru transporté en un paradis de fleurs. En une série de salons magnifiquement décorés, on dansa et on luncha ; bien des congressistes demeurèrent à converser aux fenêtres et aux balcons, jusque fort avant dans cette nuit qui précéda le jour de la clôture du Congrès.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE
Rédacteur spécial : M. Dr G. PAUL-BONCOUR.

—

I. — De l'emploi des farines dans l'alimentation du nourrisson ; Par le Dr Roux. (Jules Rousset, Paris 1906.)

L'auteur se propose, dans cette brochure, d'exposer les faits donnés par l'analyse chimique et l'expérience sur la question des farines : de signaler les avantages alimentaires des diverses farines en tentant une classification basée sur leur composition chimique et sur l'adaptation intestinale du nourrisson. On parle fréquemment de l'alimentation de l'enfant de 0 à 1 an et beaucoup moins de l'alimentation après cette époque. Et cependant que de maladies proviennent des fautes d'alimentation commises après le sevrage ! Ce sont ces questions qui ont déterminé le Dr Roux à publier cette monographie : dont voici les différents chapitres : I. Considérations physiologiques. A quelle époque peut-on donner des farines ? II. Quantité qu'on peut donner. III. Qualités alimentaires et spéciales des farines. IV. Choix des farines. V. Farines médicamenteuses. VI. Farines industrielles. VII. Préparations diverses. VIII. Ration alimentaire en lait et en farine. Au cours de ce livre on trouve un certain nombre de tableaux qui indiquent immédiatement les qualités nutritives ; la ration théorique et la ration pratique, et les équivalences des différentes sortes de farines.

II. — Comptes rendus de la Société d'étude des maladies infantiles ; par Georges Carpenter. (Churchill, Londres, 1905.)

Ce volume continue la série des comptes rendus de la Société et donne les intéressantes communications et discussions ayant eu lieu au cours de l'année 1904-1905. Chaque praticien pourra y puiser des renseignements sur des cas cliniques et profiter, sans y avoir assisté, des échanges d'idées au cours des réunions. Des illustrations ornent le texte et fixent admirablement des faits que des explications ne pourraient aisément faire comprendre. Parmi les nombreux travaux renfermés dans ce volume de 341 pages, signalons plus particulièrement un mémoire sur la mort subite chez les enfants et une conférence sur les maladies nerveuses au premier âge. Nous les signalons en raison de leur importance, mais en ajoutant que les autres communications plus brèves et extrêmement nombreuses ne doivent pas moins attirer l'attention. D'ailleurs pour se renseigner, il n'y a qu'à consulter une table de matières fort complète.

III. — La criminalité infantile ; par le Dr Laurent. (Maloine, Paris, 1906.)

Ce volume est le relevé des observations que le Dr Laurent, médecin inspecteur des Ecoles à Paris, a pu faire sur des écoliers. L'auteur pense, avec raison, que l'enfant n'est ni bon ni mauvais : essentiellement malléable, il subit les bonnes comme les mauvaises influences. Pour remédier à la criminalité sans cesse croissante de l'enfance un premier soin doit donc être de rechercher les causes de cette viciation ; les connaissant, on saura les éviter et empêcher la nature instable de l'enfant de prendre une mauvaise direction. Le livre débute par une étude de l'âme de l'enfant, des influences héréditaires qui peuvent la modifier, et de l'action de l'éducation sur son évolution, puis de nombreux types d enfants sont présentés, groupés par catégories bien distinctes : mendiants, vagabonds, fumeurs, érotiques, violents, indisciplinés, etc. Chaque chapitre, après quelques considérations générales, renferme des observations fort intéressantes et bien typiques : chacun se termine par des conseils et des réflexions pratiques sur les cas étudiés. Un chapitre final, intitulé « *Le remède* », expose les moyens à employer pour enrayer le flot montant de la criminalité infantile : renforcer l'autorité du maître d'école, donner à l'avis médical plus d'importance avec l'éducation, organiser des casiers sanitaires, seule méthode pour connaître avec fruit l'écolier, créer des écoles disciplinaires et des classes spéciales pour les anormaux. Chemin faisant, on rencontre des discussions sur la nature des châtiments à employer, sur la possibilité d'utiliser la suggestion hypnotique dans l'orthopédie morale. Un des mérites de

cet ouvrage, c'est de reposer sur une base clinique ; l'observation ; de l'analyse des cas on arrive aisément à des conclusions précises et on sait discerner parmi les causes de viciation celles qui dépendent de l'école et celles qui dépendent de la famille. Le Dr Laurent répète ce qu'on oublie trop souvent c'est que l'éducation de la famille doit compléter celle de l'instituteur. Trop de parents ne savent pas, ne le veulent pas intervenir pour réformer les tares de leurs enfants ! De cela résulte des troubles qui sont signalés au cours des chapitres et qui démontrent que dans toute éducation défectueuse il y a des responsabilités à établir.

IV. — **Traitement des chorées et des tics de l'enfance** ; par le Dr André Bruel. (Chez Steinheil, Thèse de Paris, 1906).

Après avoir spécifié les formes nosographiques des chorées et des tics que malgré leur ressemblance et leur confusion possible, il est possible de différencier, l'auteur expose le mode de traitement de ces affections : c'est la partie capitale de ce travail qui n'est d'ailleurs que l'exposé des méthodes préconisées par les docteurs Brissaud et Meige à plusieurs reprises. Sans tirer l'importance et les résultats possibles de tout autre traitement, M. Bruel affirme que deux modes de traitement sont particulièrement efficaces contre les chorées et les tics de l'enfance : 1° L'alitement et l'isolement ; 2° La discipline psycho-motrice. Aux choréiques convient plus spécialement l'alitement et l'isolement, tandis que le jeune tiqueur est plutôt justiciable de la discipline psycho-motrice. Mais, et c'est là un point vraiment important, l'alternance ou la combinaison des deux procédés sus-énoncés représente la méthode de choix. Que l'alitement et l'isolement soient pratiqués dans un établissement spécial ou dans le domicile des parents, il est nécessaire de distinguer plusieurs degrés dans le mode de traitement. Sans appliquer immédiatement un alitement complet, on commencera par augmenter le séjour nocturne au lit. Puis on fera coucher l'enfant durant quelques heures dans la journée et ce n'est qu'insensiblement qu'on arrivera à l'alitement absolu. L'isolement se fait progressivement et l'obscurité est elle-même une nécessité dans certains cas. Par discipline psycho-motrice, on désigne la méthode ayant pour but de corriger les mauvaises habitudes L'exposé de cette méthode manque un peu de développement et il est regrettable que l'auteur ne l'ait pas traitée avec plus d'ampleur, ce qui aurait rendu absolument parfaite cette revue générale de la thérapeutique des mouvements nerveux chez les enfants.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non sourds, bègues, etc., par Edouard Séguin. vol. 532 pages, 1 Vol. Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés 8 frs, avec portrait de l'auteur.

A titre de compte rendu. nous nous bornons à publier ici la préface de M. Bourneville, placée en tête de ce volume.

Lorsque nous avons entrepris la **Bibliothèque d'Education spéciale**, en 1889, nous avions le dessein de réunir successivement, dans l'ordre chronologique, les travaux les plus importants relatifs à l'*idiotie*, ou mieux, aux différentes formes de l'idiotie, disséminés dans les *Traités*, les *Dictionnaires*, les *Journaux* spéciaux.

Le *premier* volume : *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, contient la plupart des travaux de 1773 à 1836. Il a été complété, pour cette période, par un *second* volume intitulé : *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité*, par Itard (1).

Le *troisième* volume, paru en 1895, intitulé : *Rapport et mémoires de Séguin sur l'éducation des enfants normaux et anormaux*, comprenait son rapport sur l'éducation, à l'Exposition internationale de Vienne, en 1877, où Séguin avait été délégué par le gouvernement des Etats-Unis, et deux mémoires spéciaux : *Education psycho physiologique d'une main idiote, éducation psycho-physiologique d'un œil idiot*. Ce volume est épuisé. En attendant que nous puissions le faire réimprimer, nous faisons prendre sa place (volume III), par les Mémoires de Séguin antérieurs à son *Traité* de 1846 et à ce *Traité* lui-même (volume III *bis*). En tête du Traité, dont la première édition (1846) est épuisée depuis longtemps, et que nous avons réimprimé avec l'autorisation de Mme Séguin et du prof. Séguin, femme et fils de l'auteur, nous avons placé le portrait de Séguin, emprunté à la plaquette « *In memory of Edouard Séguin* », publiée à New-York par les soins de son fils et de ses amis, en 1880. Elle nous a servi, avec nos notes personnelles, à faire un essai biographique, inséré dans l'ancien volume III et que nous reproduirons dans le volume X, en le complétant et en le faisant suivre d'une appréciation de l'œuvre de Séguin que nous persistons à considérer comme un des premiers éducateurs du XIXe siècle.

Outre les volumes dont nous venons de parler, la Bibliothèque d'Education spéciale comprend ou comprendra :

Volume IV : *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, rapport fait par nous, au Congrès international d'assistance publique de Lyon (1894), suivi de *Considérations sommaires sur le traitement médico-pédagogique de l'idiotie*.

Volume V : *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux* (sourds-muets, aveugles, idiots, bègues, etc.) par les Drs Hamon du Fougeray et L. Couétoux, préface du Dr Bourneville, 1896.

Volume VI : *Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés, anormaux, crétins, épileptiques* (adultes et enfants), etc., par le Dr Pornain, avec préface du Dr Magnan, 1900.

Volume VII : *Le dressage des dégénérés, ou orthophrénopédie*, par le Dr H. Thulié, avec 35 figures dans le texte, 1900.

Volume VIII : *Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés* ou présentant des troubles de la parole, par Joseph Boyer. Edition illustrée de 150 figures par Jacquin fils.

Volume IX : *Alphabet du dessin, méthode d'enseignement pour les jeunes enfants, en particulier pour les enfants arriérés*, par Mme Paul Bru-Thiellay, avec 19 planches et 127 figures, 1896. Préface du Dr Bourneville.

Ensuite viendront : Volume X : *Rapports et mémoires de Séguin*, de 1846 à sa mort (1880), y compris son rapport à l'Exposition de Vienne et les mémoires sur l'éducation de la main et de l'œil qui formaient autrefois le volume III. (En réimpression).

Volume XI : *Idiocy and its Treatment by the Physiological Method*, by E. Seguin (Traduction en cours).

Volume XII : *Mémoires et discours* de Delasiauve (en préparation).

Bourneville.

La Pancréatite chronique interstitielle par Bohuslaw Niederle (*Arch. bohêmes de médecine clinique* t. VII, fasc. VI. Prague, 1906.)

Depuis qu'on a attiré l'attention sur le rôle important de la cholélithiase dans la génèse de la pancréatite chronique, on a mieux étudié cette maladie, dont la symptomatologie est encore bien peu connue et dont le diagnostic est souvent impossible et toujours difficile. L'auteur a eu l'occasion d'opérer un cas de la pancréatite chronique avec des symptômes très graves, où le diagnostic posé fut : lithiase biliaire et où la laparotomie et les suites opératoires permirent de constater une pancréatite ; la gastroentérostomie amena une guérison complète. Il faut réunir un grand nombre de cas pour essayer d'en dégager les principaux caractères cliniques de cette maladie.

Quoique la plupart des pancréatites chroniques est la suite et complication de la cholélithiase, il faut constater : 1° que le facteur principal de l'inflammation du pancréas est le rapport étroit entre le pancréas, l'estomac, le duodénum et le cholédoque et que la pancréatite chronique peut être causée par l'affection de tous ces organes de voisinage soit par l'infection par contiguité soit par l'infection directe ascendante. — 2° d'autre part il existe beaucoup de cas d'origine hématogène (lues, artériosclérose, etc.). La pancréatite chronique peut être primaire, mais elle peut aussi résulter d'une pancréatite aiguë. Elle est souvent localisée à la tête du pancréas.

(1) Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve, l'éloge d'Itard, par Bousquet et une préface par nous. 1894.

Le syndrome pancréatique ressemble beaucoup au syndrome hépatique, mais il y a donc une différence, même dans les cas d'origine cholélithiasique. Le siège des douleurs est presque toujours localisé à l'épigastre, pas au point vésiculaire. Les vomissements ne sont pas trop fréquents (excepté quelques cas, comme dans l'observation de l'auteur, où ils étaient incoërcibles). L'ictère est très constant, la vessie petite, si la pancréatite est d'origine lithiasique, autrement dilatée comme dans le cancer du pancréas. Le symptôme de la plus haute importance est la tumeur palpable, dont le siège est l'épigastre ; elle est peu mobile et douloureuse à la pression. Mais malheureusement dans la grande majorité des cas elle n'est qu'une constatation opératoire. L'amaigrissement et la fièvre se trouvent souvent, la glycosurie très rarement.

Le diagnostic est toujours difficile ; il reste même douteux après la laparotomie et on ne fait le diagnostic entre cancer et l'inflammation que par la disparition de la tumeur et la guérison — si l'examen histologique n'a pu préciser la question. La valeur de l'examen des urines par le procédé de Cammidge ne répond pas à l'attente.

Le traitement est toujours chirurgical, s'il s'agit d'un cas grave. Si la pancréatite est d'origine chlolélithiasique, le procédé le plus rationnel est le drainage des voies biliaires avec l'extraction des calculs. C'est la cholécystostomie (pour plusieurs auteurs la cholécystentérostomie) qui semble être la méthode de choix. Pour la pancréatite isolée, la manière de l'intervention est commandée par les symptômes les plus importants ; pour les cas, où la compression du pylore domine la scène, la gastro-entérostomie est préférable. Le pronostic de la pancréatite chronique n'est pas trop grave, la mortalité opératoire peu considérable.

A handbook of climatic treatment. Manuel de traitement climatérique, par le docteur William R. HUGGARD, Macmillan and C°, Londres).

Après diverses considérations météorologiques, l'auteur passe successivement en revue l'influence que peuvent avoir sur l'organisme les différents éléments de la température : pression, vents, humidité, lumière, etc. Puis il fait dans un chapitre spécial, l'étude des différents facteurs, âge, sexe, race, constitution physique, etc., qui font que tel tempérament s'adapte mieux à un climat chaud, tel autre, au contraire, à un climat tempéré ou froid.

Après une classification des climats, M. le Dr H. donne une description détaillée des principales stations climatériques en indiquant les principaux caractères météréologiques de chacune d'elles.

Le quatrième partie du livre traite des stations thermales et des eaux minérales, dont l'auteur essaie de donner une classification reposant non plus sur leur composition chimique, mais sur leur influence thérapeutique. Il distingue deux groupes principaux : *a*) eaux dépuratives ; *b*) eaux toniques et reconstituantes.

Enfin, dans les derniers chapitres de son ouvrage, M. H. entreprend de préciser de quelle station climatérique relève, au point de vue thérapeutique, telle ou telle affection déterminée.

En résumé, livre très intéressant qui sera consulté avec fruit par tous les médecins un peu au courant de la langue anglaise, mais pas au courant de la langue allemande. Car au fond l'auteur s'est guidé principalement sur la littérature allemande relative à son sujet, littérature que nos médecins connaissent peu. La conséquence en est que les stations françaises cèdent presque toujours le pas aux stations allemandes. Il faut croire que nos collègues anglais et les compatriotes de M. H. en jugent différemment. Dr F.

L'Esprit scientifique.

Beaucoup parlent sans cesse de l'Esprit sans trop se rendre un compte exact de la signification de mots. Le passage suivant de la préface de M. Gley placée en tête de la 9e édition du *Traité élémentaire de Physiologie* de Mathias-Duval et E. Gley leur donnera peut-être une idée de ce qu'est l'Esprit scientifique.

« Les noms des physiologistes, qui dans chaque question de quelque importance, ont trouvé un fait essentiel ou dominant, ont été cités. Dans les questions controversées, on a jugé utile de donner parfois, outre le nom de l'auteur, l'indication du travail utilisé ; on a procédé de même quand il s'agissait d'une notion nouvelle, n'ayant pas encore été soumise à vérification ; les faits de ce genre, dont la place n'est pas tout de suite dans la science, ne peuvent être présentés que sous les noms de ceux qui les ont découverts.

« La science, si elle est œuvre collective, n'est pas œuvre anonyme. Laisser le lecteur quand on expose la circulation du sang, dans l'ignorance de ce qu'ont fait essentiellement Harvey, Chauveau et Marey, Claude Bernard Ludwig, n'est-ce pas leur porter préjudice ? — A ce propos, M. Duval, dans la préface de son *Cours de Physiologie*, faisait remarquer « combien l'étudiant est peu renseigné sur les données bibliographiques, même les plus élémentaires relatives aux auteurs même les plus célèbres. A part quelques contemporains bien connus, les plus étranges confusions sont faites sur la nationalité de physiologistes comme Harvey ou Magendie ; et les anachronismes ne sont pas moins graves. Il faut donc en exposant les découvertes, donner quelques brèves indications sur les auteurs ; c'est ce que nous avons fait dans de très courtes notes historiques. » A ces paroles sensées, je n'ai rien à ajouter, sinon que j'ai tout à fait généralisé cette pratique.

« On a indiqué la provenance des figures. De même qu'on ne fait pas une citation sans en fournir l'origine, il semble qu'on ne doive jamais reproduire une figure sans l'attribuer à son auteur. Les schémas et les tracés qui ne portent point de mention d'origine sont personnels. »

VARIA

Assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables. (Décret du 14 avril 1905.)

Art. 1er. — Les recettes et les dépenses du service de l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources sont centralisées au budget départemental et soumises aux règles générales de la comptabilité départementale. — Art. 2. — Le budget départemental comprend en recettes : 1° La quote-part des communes, y compris la subvention directe de l'Etat déterminée par le tableau C annexé à la loi, et les sommes versées par les établissements de bienfaisance au cas prévu par l'article 30 de la loi du 14 juillet 1905 ; 2° les subventions de l'Etat au département et les sommes dues par l'Etat pour les assistés n'ayant aucun domicile de secours ; 3° Le produit des remboursements effectués en vertu des articles 4 et 5 de la loi du 14 juillet 1905 ; 4° le produit des dons et legs et autres recettes éventuelles. — Art. 3. — Le budget départemental comprend en dépenses : 1° Les allocations mensuelles ; 2° les frais d'hospitalisation, soit dans des hospices publics, soit dans des établissements privés ; 3° Les frais d'entretien chez des particuliers ; 4° les frais d'entretien dans des établissements publics ou privés où le logis seulement est assuré au bénéficiaire ; 5° les frais de visite occasionnés par la délivrance des certificats médicaux ; 6° les frais de transport des assistés ; 7° les frais d'administration du service dans le département. Les dépenses sont acquittées au moyen des recettes prévues à l'article 2 ci-dessus et du contingent départemental, notamment des subventions aux communes. Art. 4. — La quote-part à verser par chaque commune, en vertu du paragraphe 1er de l'article 2 ci-dessus, est provisoirement fixée au chiffre constaté dans le dernier compte réglé. Le versement en est effectué par quart à l'expiration de chaque trimestre. Elle est réglée définitivement lors de la clôture des comptes de l'exercice. Art. 5. — Des états annexés au budget départemental font ressortir en recettes et dépenses les opérations du service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. Art. 6. — Les allocations mensuelles sont mandatées par le préfet au nom du receveur du bureau de bienfaisance ou, à défaut de bureau de bienfaisance, au nom du receveur du bureau d'assistance de la commune où résident les intéressés. Le mandat est accompagné d'un état arrêté par le préfet, indiquant la somme revenant à chacun des assistés. Art. 7. — Chaque mois, il est remis à l'assisté par l'ordonnateur du bureau de bienfaisance ou, à défaut de bureau de bienfaisance, par l'ordonnateur du bureau d'assistance, un bon visé par lui et sur la remise duquel l'allocation est payée par le comptable après

signature, pour acquit, par la partie prenante. Si l'allocation mensuelle doit être payée par fractions, il est délivré autant de bons qu'il doit être effectué de payements.—Art. 8 — Si l'assisté n'habite pas dans la commune où réside le comptable chargé du payement, il peut faire parvenir directement à ce dernier le bon acquitté, et les fonds sont adressés par la poste à l'intéressé. —Art 9. —L'allocation mensuelle est payée à la fin de chaque mois, à terme échu. Toutefois, les allocations versées aux hospices, conformément à l'article 3, sont mandatées directement tous les trois mois.— Art. 10. Avis du décès des assistés est donné au préfet, dans un délai de cinq jours: 1° par le maire pour les bénéficiaires qui habitent la commune et qui jouissent d'une allocation mensuelle ou bénéficient d'un placement familial; 2° par l'administration hospitalière pour les assistés hospitalisés. Art. 11. — Les arrérages de l'allocation mensuelle sont dus jusqu'au jour du décès des assistés. Art. 12. — Les receveurs hospitaliers font ressortir dans des chapitres spéciaux de leur compte les opérations en recettes et en dépenses faites pour l'application de la loi du 14 juillet 1905. Art. 13. — Un arrêté concerté entre le ministre de l'intérieur et le ministre des finances déterminera: 1° le modèle du bon prévu à l'article 7; 2° les pièces justificatives en recettes et en dépenses du service de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.—Art. 14. Le ministre de l'intérieur et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Hygiène scolaire.

On demande de placer dans des écoles à la campagne les enfants des grandes villes que le médecin scolaire aurait reconnus incapables de fréquenter l'école ordinaire sans danger pour eux et pour leurs camarades. Mais ces écoles, il faudrait les construire! Pas toutes. Il est question, en ce moment, de supprimer les écoles normales primaires que possède chaque département de France, et de créer, pour la formation des futurs instituteurs de France, des instituts pédagogiques auprès de chacune de nos Universités. Que fera-t-on des bâtiments désaffectés? Un bon nombre serviraient admirablement comme écoles des enfants faibles de santé. Il y a là une idée à creuser. Dr F.

Association internationale de la Presse médicale.

La deuxième Assemblée générale de l'Association s'est réunie à Lisbonne, sous la présidence du Dr Cortezo, dans les locaux de la nouvelle École de Médecine, les 17 et 18 avril 1906: la session a comporté trois séances. L'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, le Brésil, l'Espagne, la France, la Hollande, le Mexique, le Portugal y étaient représentés.

Le bureau a été renouvelé et composé ainsi qu'il suit: *Président*: Prof. Karl Posner (Berlin); *Vice-Présidents*: Prof. Ascoli (Rome): Dr Dejace (Liège); Prof. Bombarda (Lisbonne); *Secrétaire général*: Dr Raoul Blondel (Paris); *Secrétaire général adjoint et Trésorier*: Dr Dawson Williams (Londres).

Voici le texte des principales résolutions adoptées: 1° L'article 5 des statuts fixant le siège social de l'Association à Bruxelles, est modifié: le siège social sera désormais au lieu de résidence du secrétaire général, c'est-à-dire actuellement à Paris, et, jusqu'à nouvel ordre, au bureau des renseignements de la Sorbonne. 2° Dans le but de lutter contre le développement des journaux gratuits, l'Association recommande à tous les journaux adhérents d'insérer sur la première feuille de chacun de leurs numéros la mention suivante: « La reproduction des articles originaux contenus dans ce numéro est formellement interdite à tout journal ou revue ne faisant pas partie de l'Association internationale de la *Presse médicale* » (Proposition de M. Cornil.) 3° Pour faciliter le travail des rédacteurs, et dans l'intérêt même des auteurs, il est désirable que chaque mémoire original soit toujours accompagné d'un résumé en quelques lignes, faisant ressortir les faits nouveaux, les idées nouvelles qu'il apporte. Ces résumés, qu'il vaut mieux demander à l'auteur lui-même, ou, qu'à son défaut, la rédaction devra établir, seront placés soit à la tête ou à la fin de l'article s'y rapportant, soit dans une partie spéciale du journal, soit même sur une feuille détachée, dans ce cas, envoyée uniquement aux rédactions des journaux médicaux. La reproduction intégrale du simple texte de ces résumés doit être interdite (Proposition de M. Blondel.) 4° Les Associations affiliées à l'Association internationale devront, chacune dans leur pays, entreprendre une action auprès des pouvoirs publics pour obtenir que la publication d'articles réclames sous la signature ou le pseudonyme d'une personne n'ayant pas le droit d'exercer la médecine, soit assimilée à un exercice illégal et poursuivie par la loi. La prochaine réunion du Comité permanent aura lieu à Londres, en août 1907.

Le Banquet de l'Hôpital français à Londres.

Le 38e banquet annuel de l'hôpital français à Londres a eu lieu le 12 mai sous la présidence de son excellence M. Paul Cambon, ambasssadeur de France.

Le comte de Benckendorff, ambassadeur de Russie, M. de Bernabé, ambassadeur d'Espagne; M. G. Carlin, ministre de Suisse; le général Don Pedro Gallardo, ministre du Mexique; le commandant Huguet, attaché militaire, et le baron Merrier de Lostende, attaché naval à l'ambassade de France; M de Fleurian, le baron Clauzel, le comte de Montholon, M. J. Knecht, de l'ambassade de France, assistaient à ce banquet.

Après les toasts de rigueur au Roi, à la Reine, à la famille royale d'Angleterre et au Président de la République française. M. Paul Cambon fait ensuite l'éloge du président du conseil d'administration de l'hôpital français et de ses collaborateurs, les médecins, les chirurgiens, qui donnent à l'hôpital français son bon renom,

M. Cambon a ensuite remercié le corps diplomatique de sa sympathique présence.

L'ambassadeur de Russie a pris la parole au nom du corps diplomatique. Puis le shérif de la Cité de Londres a proposé de boire à la santé de l'ambassadeur de France. M. Paul Cambon après avoir répondu par un mot aimable à tous les orateurs a conclu: «J'ai toujours pensé que l'Angleterre et la France étaient faites pour s'entendre et je pense aussi que, tant que ces deux grands peuples seront unis, la paix sera garantie en Europe.

NÉCROLOGIE

Le Prof. Vincent PAULET

Professeur d'Anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Prof. Vincent Paulet, qui vient de mourir au cours de sa 78e année, avait débuté dans la carrière médicale dans cette vieille Université à laquelle il devait consacrer ses dernières leçons. Une fois docteur de Montpellier, il vint à Paris et fut reçu prosecteur à l'Ecole du Val-de-Grâce Répétiteur à l'Ecole militaire de Strasbourg en 1860, il ne tarda pas à devenir agrégé du Val-de-Grâce, où il est nommé, en 1871, professeur d'anatomie. Membre de la Société de chirurgie depuis 1868, il en devint le secrétaire en 1877, fut promu médecin inspecteur de l'armée et nommé professeur d'Anatomie à la nouvelle faculte de Lyon. Membre correspondant de l'Académie de médecine en 1886, il termina sa carrière à la Faculté de Montpellier où il enseigna l'anatomie jusqu'au jour où il fut atteint par l'âge de la retraite.

Parmi ses travaux, signalons: son *Traité d'Anatomie topographique* avec *atlas* en 4 volumes; le *Résumé d'Anatomie appliquée* qui eut trois éditions; les *Recherches sur l'anatomie comparée du périnée*; une *Etude sur les suites immédiates et éloignées des lésions traumatiques des nerfs* 1868; un mémoire sur les *effets physiologiques du thallium* qui obtint un prix de l'Institut, etc.

Nous avons encore le regret d'annoncer la mort du Dr Servier, de Lyon, ancien professeur du Val-de-Grâce, médecin principal en retraite, officier de la Légion d'honneur, et de M. le Dr Allard, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble et chirurgien des hôpitaux de cette ville.

FORMULES

XXXVII. — Contre la blépharite impétigineuse.

Oxyde de zinc	1 gr.
Resorcine	0 gr. 10
Amidon	1 gr.
Vaseline	10 gr.

(*Ech. méd. du Nord*).

XXXIII. — Contre l'ankylostomiase.

Essence d'eucalyptus	2 gr. 50
Chloroforme	3 gr. 50
Huile de ricin	40 gr.

A prendre en 2 fois le matin, à 1/2 heure d'intervalle, après avoir pris, la veille, un purgatif salin. Rester au lit.

(L. P. PHILLIPS, du Caire).

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 23 mai.* — *M. Niewenglowski* : Les mathématiques et la médecine (MM. Gariel, Brissaud, Broca (André), Legry). — *M. Moreau* : Du suicide chez les enfants (MM. Brissaud, Gariel, Broca (André), Legry). — *M. Lebret* : Paralysie générale et psychoses dans la syphilis acquise (MM. Brissaud, Gariel, Broca (André), Legry). — *M. Hayem* : Etude clinique de la pneumonie chez l'enfant (MM. Pouchet, Kirmisson, Claude, Proust). — *M. Delfosse* : De l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius (MM. Kirmisson, Pouchet, Claude, Proust).

Samedi, 26 mai. — *M. Kaminka* : Contribution à l'étude du traitement de la dyspepsie dans les pays chauds (MM. Debove, Berger, Hutinel, Auvray). — *M. Verrier* : Le phlegmon et son traitement par le procédé en « Chevalet de violon » de V. Thébault, chez les accidentés du travail (MM. Berger, Debove, Hutinel, Auvray. — *M. Marcelot* : Radiographie et diagnostic clinique des fractures (MM. Berger, Debove, Hutinel, Auvray). — *M. Hours* : Contribution à l'étude des métrorragies de la puberté (MM. Hutinel, Debove, Berger, Auvray).

Examens de doctorat. — *Lundi, 21 mai.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Reclus, Legueu, Mauclaire.

Mardi, 22 mai. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Renon, Carnot.

Mercredi, 23 mai. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Reclus, Lepage, Cunéo. — 4e : (Salle Pasteur) : MM. Gaucher, Richaud, Macaigne. — 5e (2e partie, 1re série, Laënnec) : MM. Landouzy, Déjerine, Labbé (Marcel). — 5e (2e partie, 2e série, Laënnec) : MM. Roger, Teissier, Balthazard.

Vendredi, 25 mai. — 4e (1re série, Salle Béclard) : MM. Pouchet, Déjerine, Gley. — 4e (2e série, Salle Broussais) : MM. Joffroy, Desgrez, Macaigne. — 4e (3e série, Salle Pasteur) : MM. Landouzy, Richaud, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Pierre Duval). — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Lepage, Wallich, Potocki.

Samedi, 26 mai. — 4e (Salle Pasteur) : MM. Chantemesse, G. Ballet, Vaquez. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Thiroloix, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Gouget, Bezançon.

Société pour la propagation de l'incinération.

L'Assemblée générale de cette Société aura lieu, sous la présidence de M. le Dr BOURNEVILLE, le samedi soir, 19 Mai 1906, à 8 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton (en face l'Ecole de Médecine). Dans un but de propagande, le public sera admis à la séance. Seuls, les membres de la Société seront invités à prendre part au vote.

ORDRE DU JOUR : 1° Ouverture de la séance par M. LE PRÉSIDENT ; — 2° Etat de la crémation à l'étranger, par M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ; — 3° Discours de M. LE PRÉSIDENT ; — 4° Compte rendu par M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ; — 5° Exposé de la situation de la Société et approbation des comptes ; — 6° Nomination des membres du Comité.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptées sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalaisons créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

NOUVELLES

DÉMISSION DE M. LE PROFESSEUR BROUARDEL. — Les journaux annoncent que notre ami le professeur Paul BROUARDEL a décidé de prendre sa retraite définitive et qu'il vient de donner sa démisson de *professeur de médecine légale*.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 11 juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 14 mai au samedi 26 mai inclusivement.

CONCOURS POUR LA NOMINATION 1° A DEUX PLACES D'INTERNE EN MÉDECINE A L'HOSPICE DE BRÉVANNES (Seine et-Oise) ; 2° A UNE PLACE D'INTERNE EN MÉDECINE AUX FONDATIONS CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI, pour entrer en fonctions le 1er juillet 1906. — Ce concours sera ouvert le lundi 18 juin 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (Service du personnel), à partir du lundi 14 mai jusqu'au jeudi 31 mai, de onze heures à trois heures.

PRIX FILLIOUX. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'assistance publique par le docteur FILLIOUX, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix d'égale valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. En 1906, ces prix seront de 1200 francs chacun. Pour l'année 1906, le concours sera ouvert le lundi 3 décembre. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 13 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 13 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. Programme du concours : 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : Pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points. — II. Jury du concours : Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir : Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1906, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le docteur CIVIALE au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur

les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Service du personnel) avant le 15 décembre 1906, au plus tard. MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Le professeur Pozzi est un collectionneur passionné, notamment de bijoux anciens. Le mois dernier, il constata avec une douloureuse surprise qu'on avait soustrait de sa vitrine deux boîtes en or, une bonbonnière en vermeil, quelques bagues, etc., 3.000 francs de bibelots environ. Personne dans son entourage ne pouvait être suspecté, paraît-il. Il fit procéder à une enquête qui aboutit à cette découverte : les bibelots avaient été vendus à un brocanteur de la rue Laffitte, par une dame Guestier, laquelle était la secrétaire du docteur. Elle vient d'être condamnée à six mois de prison. (*Courrier médical* du 22 avril 1906.)

Commission d'élaboration des tarifs médicaux en cas d'accidents du travail. — MM. Milliés-Lacroix, sénateur et Puech, député, sont nommés à la place de MM. Chovet et Mirman dans cette commission où les médecins sont représentés par les Drs Brouardel, Dubuisson et Jeanne.

Médecin de l'état civil. — M. Rolet est nommé médecin de l'état civil du XIIe arrondissement.

Concours des Hopitaux de Toulouse. — Après concours M. Cestan a été nommé médecin, et M. H. Caubet, chirurgien.

Ecole d'Odontologie. — Le médecin major de 2e cl. Rey, du 1er d'art col.. est affectée au 23e d'inf. col., à Paris, en vue d'accomplir, du 1er mai au 15 juin, un stage à l'école d'odontologie du docteur Siffre.

Chef d'orchestre docteur en médecine. — La *Gazette des hôpitaux de Toulouse* annonce que M. Montagné, originaire de Toulouse, chef d'orchestre du grand théâtre de Bordeaux, vient de passer brillamment sa thèse de doctorat en médecine sur le Malmenage vocal ».

Conseil supérieur d'hygiène publique. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante. Conformément à l'article 5 du décret du 18 novembre 1902, les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée de l'exposé de leurs titres, dans un délai de 15 jours expirant le 31 mai.

Chronique des hôpitaux.

Concours d'ophtalmologiste des hopitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Dupuy, Dutemps et Poulard. Le *Progrès médical* adresse à M. Poulard, son distingué collaborateur, ses plus sincères félicitations.

Concours de l'adjuvat. — Le jury se compose de MM. Terrier, Poirier, Segond, Rieffel, Branca et de MM. Auvray et Gosset, suppléants.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Deny reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 20 mai à 10 heure, section Rambuteau et les continuera les dimanches suivants.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Hopital Saint-Antoine. — Le Dr P. Le Noir, assisté des Drs Camus et Courcoux : cours élémentaire sur les maladies de l'estomac. Ce cours sera complet en 12 leçons. Le vendredi conférence clinique.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques*. — M. Hallopeau : leçons cliniques. le jeudi à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie JULES ROUSSET
12, rue Monsieur-le-Prince.

Guermonprez (Fr.). — Fracture du poignet en sens inverse ou fracture par hyperflexion de l'extrémité inférieure du radius. In-8° de 50 pages, avec 12 figures.

Dr A. Adamkiewicz. — Das erste Debüt des radio-aktiven krankoins, der Roman meiner Krebsthéorie und ein neuer Erfolg neuner alten Méthode. Separat. Aldruk aus Nr 17 der *Aerztlichen Rundschau*. In-8° de 6 pages.

Nicolas (J.). — Asthme et grossesse. Extrait de la *Revue médicale du Mont-d'Ore*. In-8° de 11 pages.

SCARANO (L.). — La leva militare dal punto di vista morale. In-8° de 60 pages. Enrico Woghera.

SCHRÖDER (G.). — Jahresbericht der neueu Heilanstalt für Lungenkranke zü Schömberg O.A. nuenbürg (Jarhang 1905) nebst witterungsbericht über In-8° de 16 pages. Stuttgart.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 21. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 26 MAI 1906

Le Progrès Médical

CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Note sur un cas de maladie de Stokes-Adams (Pouls lent permanent) ;

Par le Dr **BLONDIN**.

La maladie du pouls lent permanent, maladie de Stokes-Adams, est une des maladies actuellement à l'ordre du jour. Rien n'est plus discuté, et encore plus incertain que la pathogénie de cette affection. Il nous a été donné d'observer dans le service de deux de nos maîtres, à l'hôpital Lariboisière, le Dr Galliard et le Dr Landrieux, un malade atteint de pouls lent permanent dont nous rapporterons l'observation. Nous émettrons ensuite quelques réflexions qui nous sont suggérées par l'histoire et l'évolution de cette maladie. Ces considérations ne nous permettront certes pas de poser des conclusions fermes, il nous a semblé cependant qu'elles fussent susceptibles de présenter quelque intérêt.

Ce malade E..., P..., âgé de 51 ans, exerçant la profession de camionneur, est entré le 9 février 1906 salle Rabelais, lit n°44, à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Galliard.

Cet homme était déjà entré salle Rabelais en 1905 : il se plaignait, comme cette année, de crises nerveuses, qu'on n'avait pu constater lors de son premier séjour, tellement ces crises étaient peu fréquentes. On avait seulement constaté alors qu'il avait le pouls lent.

Il raconte que, bien portant jusqu'à l'âge de 49 ans, il lui arriva, un jour, sans cause, en chargeant son camion, de tomber brusquement en perdant connaissance. Il fut relevé, reconduit à son domicile, sans s'apercevoir de ce qui lui arrivait, c'est depuis cette crise initiale qu'il eut, paraît-il, des crises analogues d'une façon continue, au point de n'avoir jamais pu reprendre son travail.

Antérieurement à cette 1re crise, qui date de 1904, il n'avait jamais eu aucune maladie. C'est un homme d'aspect vigoureux, encore bien musclé, qui ne se souvient avoir eu aucune affection ayant nécessité le séjour au lit.

Il nie tout accident vénérien, et on ne retrouve sur son corps aucune trace pouvant éveiller l'idée de syphilis héréditaire ou acquise. La recherche des symptômes ordinaires de l'hystérie est négative ; pas de troubles de la sensibilité, pas de zones hystérogènes, réflexes normaux ; il a peut être, quand il parle lui-même de sa maladie, une certaine tendance à l'exagération, mais la simulation ne peut être incriminée ; nous avons pu observer ses crises, qui ne présentaient en rien les caractères des crises hystériformes.

Il n'a été victime d'aucun accident ou traumatisme de nature à provoquer ce dont il souffre actuellement. Tout ce que l'on retrouve dans son histoire, c'est une intoxication alcoolique avouée et notable (vins, petits verres et absinthe). C'était aussi un fumeur ordinaire ; il a du reste cessé l'usage du tabac. Ses parents sont morts âgés : son père a succombé à un accident. Il a perdu plusieurs frères et sœurs morts entre 40 et 50 ans, de cause inconnue ; mais il assure que personne, dans sa famille, ne présenta d'accidents analogues à ceux dont il se plaint.

Ses crises ont toujours été épileptiformes, jamais syncopales ; il les sent venir, et peut toujours, sinon les éviter, du moins les annoncer : il a des sensations de brûlure épigastrique, de cuisson au niveau des doigts, des battements dans les oreilles, il profère une plainte, peut appeler à l'aide, et dire même : « Voilà que ça va me prendre », puis la crise se déroule.

Contractions toniques très courtes, convulsions cloniques dans les membres, accélération respiratoire, les yeux restant ouverts et fixes, le visage coloré. Après une perte de connaissance très courte, parfois incomplète, la crise cesse en une minute à une minute 1/2.

A la cyanose du visage succède une pâleur persistant un peu plus longtemps ; jamais il ne s'est mordu la langue ; jamais on n'a observé d'émission involontaire des urines ou des matières fécales.

Au début, ces crises étaient mensuelles ou bi-mensuelles, puis elles sont devenues plus fréquentes, et pendant son séjour à l'hôpital, il en a d'abord 3 ou 4, puis jusqu'à 20 et même 25 dans les 24 heures.

Voici les renseignements que donne l'examen de cet homme.

Poumons à peu près sains, sauf quelques réserves sur un sommet douteux.

Organes abdominaux normaux.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Le cœur ne paraît pas sensiblement augmenté de vo-

lume ; les orifices valvulaires paraissent sains, on ne constate ni souffles, ni arythmie.

Mais les battements sont remarquablement lents ; il est possible d'entendre des faux pas du cœur, ou des systoles en écho, battements cardiaques faibles ne coïncidant avec aucune pulsation artérielle. Le nombre des pulsations radiales au début de son séjour se maintenait dans les environs de 20 à la minute.

Les artères sont légèrement dures, sans exagération ; la temporale est un peu sinueuse.

Tension sanguine au sphygmomanomètre de Potain = 21 à 22.

Les urines acides, peu abondantes, pesaient 1025, elles n'ont jamais contenu ni sucre, ni albumine, elles présentaient seulement des chlorures et de l'azote en quantité inférieure à la normale et de l'indican au contraire, en proportion notable.

Rapidement, les crises se répètent, au point de devenir presque subintrantes ; l'état de cet homme devient si grave que M. Galliard porte le pronostic le plus sévère, et s'attend à le voir succomber dans une crise. Le bromure de potassium, le sulfate de spartéine par la voie digestive et sous-cutanée, le nitrite d'amyle, la trinitrine, le sérum artificiel en injection hypodermique sont administrés sans effet.

Une rachicentèse est pratiquée, elle ne donne aucun résultat thérapeutique, et l'examen du liquide de ponction ne décèle pas d'éléments figurés.

Les crises continuent à devenir plus fortes et plus fréquentes, le pouls oscille entre 17 et 20 à la minute ; la tension se maintient à 21. Le malade trouvant qu'on ne le soulage pas, sort de l'hôpital, entre 2 crises, malgré ce qu'on peut lui dire, et se fait transporter chez lui le 26 février.

Au bout de 2 jours, il se retrouve dans l'obligation de se faire transporter à nouveau à Lariboisière, et nous le retrouvons le 1er mars, salle Bouley, dans le service de M. Landrieux.

Les mêmes constatations sont faites.

Le minimum de pulsations observées fut 13 à la minute. Mêmes insuccès thérapeutique que précédemment. Pendant 15 jours, il reste dans le même état de mal épileptique. Il faut signaler cependant, pendant cette période, une ascension thermique atteignant 40°, et se maintenant au-dessus de la normale pendant 3 jours : cette élévation de température était due à une poussée d'amygdalite lacunaire qui guérit par les lavages. Il faut insister sur ce fait (déjà signalé du reste par les auteurs) que malgré la fièvre, le pouls se maintient sans accélération, au même degré de ralentissement.

Le 17 mars, M. Landrieux eut l'idée, ne sachant plus que tenter pour le soulager, de lui faire sur la région précordiale de vigoureux stypages au chlorure de méthyle. Ces stypages furent assez énergiques pour produire des érosions analogues à celles que laisserait une mouche de Milan. L'effet ne se fit pas attendre : le jour même, le malade ne perdit plus connaissance, il eut bien, dit-il, une ou deux ébauches de crises dans l'après-midi, ou plutôt il craignit d'en avoir ; mais en réalité ces crises, qui duraient depuis un mois sans arrêt, disparaissaient pour ne plus revenir, jusqu'à sa sortie de l'hôpital, un mois après le 16 avril. Pendant ce temps qui suivit le 1er stypage, on lui refit, sur sa demande, à 3 où 4 reprises, des applications de coton imbibé de chlorure de méthyle qui, comme les premières, laissèrent sur sa poitrine des traces cuisantes de leur passage. La disparition des crises ne fut pas le seul effet de ce traitement presque miraculeux en l'occurence, le lendemain de la 1re application, on put observer, dans la matinée, soixante pulsations à l'artère radiale. Malheureusement, cette élévation du pouls ne se maintint pas ; le soir, il n'avait plus que 35 battements, et jusqu'à sa sortie, malgré les autres stypages, on observa 30 à 37 pulsations par minute avec un minimum de 28. Le pouls a donc conservé les caractères du pouls ralenti, quoiqu'à un degré légèrement moindre ; mais sans aucun autre traitement (le malade se refusait depuis longtemps à prendre de l'iodure ou du bromure) les crises avaient disparu, l'état général était devenu meilleur, au point de lui permettre d'aller et venir ; l'appétit et le sommeil étaient excellents, et il n'y avait plus aucune raison de le retenir à l'hôpital, quand il voulut lui-même le quitter le 16 avril.

— Dans ce cas de maladie de Stokes-Adams, nous nous sommes demandé quelle cause et quelle théorie pathogénique on pouvait invoquer ? Cet homme ne présentait aucun symptôme d'affection valvulaire du cœur ; il n'était pas syphilitique, autant qu'on le peut affirmer ; en tous cas, il ne se souvenait avoir eu aucun accident vénérien, et il ne portait aucune trace d'accidents spécifiques. Aucun traumatisme n'avait pu agir directement sur son bulbe rachidien. Les urines n'ont jamais contenu d'albumine et il n'a présenté aucun symptôme d'empoisonnement urémique. Il est très moyennement athéromateux, ses artères ne semblent pas sensiblement plus dures que celles d'un homme de son âge et de son milieu. Il reconnaît avoir fait des excès de boisson, mais encore ne présente-t-il que les petits signes de l'éthylisme (quelques cauchemars, un peu de tremblement des mains, mais pas de désordre viscéraux appréciables).

On ne peut rapprocher son histoire clinique de celles qu'ont rapportées Adams, Stokes, Cornil, Follet, Hirtz, G. Brouardel et Villard, où le cœur était considéré comme l'agent causal du pouls ralenti. On peut nous objecter que nous n'avons pas l'autopsie pour certifier qu'il n'y a rien au cœur, mais nous nous expliquerions mal, avec une gomme du cœur, par exemple, l'effet des stypages sur les crises épileptiformes et même (puisqu'il y eut un effet momentané), sur la bradycardie.

L'intoxication urémique ne peut être mise en cause conformément aux idées avancées par Huchard, Debove, Guigeot, Comby, Krause.

Gaudon, dans sa thèse toute récente (1905), rapporte bien une observation de Pott (1898) et 2 observations de Debove, et de Triboulet et Goujerot, où le pouls lent semblait nettement sous la dépendance de l'hystérie. Il faut reconnaître que, dans notre cas, la cessation brusque des accidents épileptiformes et même cette augmentation du nombre des pulsations à la suite d'un traitement nouveau, assez douloureux et par conséquent actif (bien propre, en somme, à frapper l'imagination d'un nerveux), pouvait un instant faire penser à l'hystérie. Nous y avons pensé et nous avons examiné notre malade à ce point de vue. Il ne présentait aucun symptôme de la grande névrose, et ses crises n'avaient rien d'hystériforme. Il est rare, du reste, qu'on retrouve chez les hystériques, avec une régularité aussi désespérément tenace, pareil ralentissement permanent du pouls. Il est possible que l'influence psychique du traitement par le stypage ait joué un rôle, mais nous ne pouvons croire qu'elle ait été suffisante pour produire les effets observés.

Il est difficile de ne voir dans ce traitement et dans l'effet obtenu qu'une simple coïncidence ; le malade était dans l'état le plus grave ; il avait été vu par plusieurs médecins unanimes à porter le pronostic le plus sombre, et brusquement après cette thérapeutique un peu empirique, et presque désespérée, il éprouve subjectivement et objectivement un mieux considérable.

Force nous est donc de nous rabattre sur les théories nerveuses ou les théories accusant le défaut d'irrigation bulbaire par des artères athéromateuses. La physiologie ne nous donne pas clairement l'explication de ce phénomène. D'après tous les physiologistes, l'excitation du bout central du N. de Byon, du nerf pneumogastrique, des racines sensitives des nerfs rachidiens ou des nerfs sensitifs de la face, l'irritation du grand sympathique et plus spécialement du grand splanchnique, produisent l'inhibition, le ralentissement des bruits du cœur.

Par contre, la section des deux pneumogastriques provoque, pendant la survie de l'animal, une accélération des battements cardiaques. L'atropine en injections sous-cutanées produit de même une accélération, en paralysant les terminaisons nerveuses de la 10e paire. Encore faut-il ajouter, comme l'a constaté Médéa (de Milan), que dans un grand nombre de cas de pouls lent permanent vrai et non de bradycardies plus ou moins transitoires, ces injections d'atropine restent sans effet.

La clinique confirme ces données : Czermack en comprimant son propre pneumo-gastrique sur une tumeur dont il était porteur, provoquait un ralentissement de son cœur, Comato, Quincke, Cardarelli, Kowacko, Wassilewsky ont confirmé ces faits.

Chauffard dans une de ses cliniques (*Bulletin médical*, 1898, p. 297) signale un cas où un zona thoracique provoqua de la bradycardie, l'excitation périphérique constituant le point de départ du réflexe bradycardique. Chauffard pense qu'un réflexe centripète d'origine cutanée ou pulmonaire peut provoquer le pouls lent. Mais il ajoute que la manière de réagir aux excitations est variable suivant les sujets, une stimulation pouvant provoquer une action dynamogénique chez certains, paralysante chez d'autres. En effet, Merklen a rapporté en 1892 (à la *Soc. médic. des hôp.*), des cas de tachycardie d'origine pneumonique dans les affections cardio-artérielles. Il pourrait donc y avoir dans le pouls lent, comme dans la tachycardie paroxystique, des modes de réaction nerveuse individuels : témoins dans le cas de Chauffard, ce malade atteint de pouls lent, neutralisant ses crises en passant du décubitus dorsal à la position assise, et dans le cas de Stokes, cet homme atteint de la même maladie, évitant ses crises en se mettant dans la position genu-pectorale.

Il est difficile, on le voit, d'expliquer ce qui a pu se passer dans notre cas ; il est vrai que, pour cela, il faudrait pour ainsi dire tout établir dans cette question où rien n'est encore certain et où les causes semblent multiples et complexes. Nous ne croyons pas possible d'expliquer l'effet du stypage autrement que par un réflexe centripète, d'origine cutanée, agissant sur le bulbe ou sur la circulation bulbaire. L'excitation cutanée aurait produit quelque chose d'analogue aux frictions, aux flagellations, ou aux tractions de la langue, dans les cas d'asphyxie ou de syncope avec arrêt de la respiration et de la circulation. Le chlorure de méthyle a dû agir par le froid et la lésion cutanée consécutive, comme aurait agi sans doute n'importe quel vésicant ou excitant de la peau, et l'avenir nous dira si la même cause est susceptible, dans un autre cas, de produire les mêmes effets, ou s'il n'y avait, chez le malade que nous avons étudié, qu'une de ces coïncidences heureuses ou un de ces succès inexpliqués et malheureusement isolés qu'on observe si souvent en thérapeutique. Quoi qu'il en soit, ce cas de pouls lent permanent, amélioré par une action nerveuse, nous semble plutôt plaider en faveur de la théorie pathogénique qui voit dans une action bulbaire très complexe et encore très obscure la cause de la maladie de Stokes Adams.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La célébration du 25e anniversaire de la Fondation du Premier Syndicat Médical de France.



Le Dr MIGNEN, de Montaigu

Fondateur du premier syndicat médical créé en France.

Mercredi 16 mai 1906, a été célébré le vingt-cinquième anniversaire de la fondation du Premier Syndicat Médical de France. Cette fête toute de famille a eu lieu à Montaigu en Vendée, car c'est dans cette petite ville que s'est formée la première organisation syndicale de médecins praticiens. Depuis, ces associations de défense professionnelle ont pris une telle extension dans le Corps médical français qu'il n'y a guère, à l'heure actuelle, qu'une dizaine de départements dépourvus de syndicats médicaux, et que le nombre de ces derniers atteint le chiffre de 157 avec plus de 8 000 adhérents.

Montaigu est un chef-lieu de canton de 1.800 habitants environ, bâti sur la Maine, affluent de la Sèvre-Nantaise, en plein Bocage vendéen.

Cette petite ville, puissamment fortifiée par Louis XI, successivement mise à sac par les réformés et les catholiques pendant les guerres de religion, par les armées républicaines et royalistes au cours des guerres de Vendée, ne conserve de ses fortifications que les larges et profondes douves creusées en plein roc, et quelques vestiges de son donjon rasé. C'est à Montaigu qu'un médecin de campagne, le Dr Gustave MIGNEN, réunit, il y a un quart de siècle, 40 de ses confrères des cantons avoisinants de la Vendée et de la Loire-Inférieure, pour fonder le premier Syndicat médical de France, dont les noces d'argent viennent d'être célébrées.

La fête, toute familiale et intime, a consisté en un excellent banquet servi à l'Hôtel Roy où assistaient tous les membres du Syndicat de Montaigu et quelques invités, citons parmi ces derniers : M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, représentant élu des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité, M. le Dr J. Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, M. le Dr Olive, président du Syndicat des médecins de Nantes, M. Fleury, vice-président et M. Barbanneau, secrétaire du Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

Le Président du Syndicat de Montaigu, le Dr Clenet avait cédé, en la circonstance, sa place au fondateur du Syndicat, M. Mignen, qui a fait les honneurs de la fête et qui, après que les convives eurent apprécié l'excellente cuisine et les vins généreux du banquet, a prononcé le discours suivant fréquemment interrompu par d'unanimes applaudissements :

Discours de M. le Dr Mignen, fondateur du Syndicat médical de Montaigu.

Mes chers Confrères.

Nous fêtons aujourd'hui les noces d'argent de notre Syndicat médical de Montaigu, et ce n'est pas sans une vive et à la fois une douce émotion que j'ai accepté de mon vieil ami Clenet, notre affectionné président, l'honneur d'occuper pour un jour la place qui est justement la sienne.

La nouvelle preuve d'amitié qu'il me donne, et je ne les compte plus, me procure le très agréable plaisir de saluer nos hôtes, M. le Dr Gairal président de l'Union des Syndicats médicaux, et M. le Dr Noir, secrétaire général de l'Union, qui sont venus de bien loin s'associer à notre fête de famille, parce qu'elle est aussi la leur, et celle de tous les syndicats médicaux.

Vous les connaissez depuis longtemps, vous savez que M. le Dr Gairal, avec un dévouement de tous les instants, consacre sa grande activité à la défense ininterrompue de nos intérêts professionnels : membre du Conseil supérieur de la mutualité, il a lutté avec une rare énergie pour faire prévaloir nos revendications et a su s'y faire écouter. Sous sa présidence, l'Union des syndicats médicaux est devenue la voix autorisée du corps médical près des Pouvoirs publics, qui accueillent, quand même ils ne le provoquent pas, notre concours loyal, parce qu'ils savent que nos désirs et nos aspirations ne nous sont dictés que par un esprit de justice égale pour tous.

Vous savez aussi avec quel soin, avec quel zèle, M. le Dr Noir remplit sa grande tâche à l'Union des Syndicats. Il en est la cheville ouvrière, et l'on est en droit de se demander comment il peut, pour le plus grand bien de tous, produire à l'heure dite une telle somme de travail. Vous penserez comme moi qu'il est soutenu dans cet écrasant labeur par l'exemple que lui a légué son digne père, qui, lui aussi, fut l'un des premiers adeptes de l'organisation des médecins en syndicat.

En votre nom j'adresse à MM. Gairal et Noir nos confraternels et respectueux remercîments.

Montaigu a eu la bonne fortune d'être le berceau d'origine, le 16 mai 1881, du premier des syndicats médicaux. Sans doute, mon ami Gouin, aujourd'hui médecin à Vieillevigne, et moi, pouvons en être appelés les fondateurs, mais notre initiative, nous tenons à le dire, ne se fût point produite si le corps médical n'avait eu alors l'organe de défense professionnelle créé, depuis deux années par le regretté docteur Cézilly avec la collaboration de Gassot et Maurat qui sont toujours sur la brèche, je veux parler du *Concours médical*, dans lequel le non moins regretté Margueritte, du Havre, émit le premier l'idée du groupement des médecins en syndicat, idée dont les docteurs Béraud, de Charlieu, et Cauchy de Bapaume, se firent les ardents et dévoués propagateurs.

A ces pionniers de la première heure, nous devons le légitime tribut de notre reconnaissance. Margueritte et Cézilly avaient eu la compréhension vraie des besoins du corps médical. Ils déploraient l'isolement funeste dans lequel nous vivions, ayant éprouvé eux-mêmes que cet isolement était la cause ordinaire de nos plus grands ennuis professionnels. Et, en face des associations syndicales ouvrières qui, dès lors, devenaient de jour en jour plus nombreuses et aussi plus exigeantes, ils pressentaient qu'une organisation similaire de notre part pouvait seule nous prémunir contre des dangers qui mettaient dans le plus grand péril les conditions déjà précaires de notre existence.

Partageant ces craintes, Gouin et moi nous entreprîmes de nous mettre à l'œuvre, et ce fut en sortant d'une consultation près d'un malade, que nous nous décidâmes à tenter les démarches nécessaires. Je me rappelle notre chevauchée commune à travers notre région, frappant à toutes les portes des confrères, et trouvant partout, même chez les plus âgés, un encouragement et une promesse ferme d'adhésion. Il nous était donc facile d'aboutir, et, le 16 mai 1881, nous nous réunissions ici même pour la première fois : le syndicat médical de Montaigu, premier de France, était fondé.

A ce souvenir d'une belle et réconfortante journée se mêlent aujourd'hui de cruels regrets. Combien, depuis, sont tombés qui nous avaient apporté le plus généreux appui ! Nous en dressions, ces jours derniers, notre dévoué secrétaire Guiberteau et moi, la liste funèbre, et 24 noms y étaient inscrits. Tous nous avons perdu en eux de bons amis et de dévoués et sympathiques confrères, dont l'un, le Dr des Essarts, fut appelé à l'honneur de nous présider. Nous nous retrouvons du moins nombreux encore de la première heure et vaillants syndiqués, les trois Gouin, Piveteau, Dehergne, Clenet, Deverain, Guiberteau, Cailleteau, Micheneau et Bourgeois. Puissions-nous tous être présents aux noces d'or du Syndicat !

Si ce bonheur ne nous est pas permis, ceux qui nous survivront se feront sans doute un devoir de donner à notre [illegible]moire un souvenir confraternel, et je le demande en particulier à ceux auxquels je suis heureux d'adresser nos meilleurs compliments de bienvenue : MM. Dugast, Clenet, Prad[illegible] Houillier et Pelletier, que je vous propose, par dérogation à la sage rigueur de nos statuts, d'acueillir par acclamation.

Tout à l'heure, notre secrétaire vous dira quelle a été l'œuvre du syndicat de Montaigu. Sans doute, la création des syndicats départementaux de la Loire-Inférieure et de la Ven[illegible] a diminué son importance, mais n'eût-il fait que tracer le [illegible]mier sillon que son rôle n'en serait pas moins suffisamm[illegible] honorable.

Nous continuerons donc, en nous réunissant ici, à main[illegible]nir bien vivant notre Syndicat, petit par le nombre, mais grand par sa naissance, qui lui a mérité de voir au milieu de [illegible] représentants les plus autorisés de l'Union des syndicats [illegible]dicaux.

Je lève mon verre en l'honneur de MM. Gairal et N[illegible] [illegible] nous remercions de tout cœur de leur présence à cette fê[illegible] famille, vous demandant de porter avec moi leur santé, celle de votre Président d'honneur, M. le Dr Bourgeois, auquel [illegible] adressons nos vœux de guérison les plus affectueux, la vôtre à tous, chers confrères, et, en même temps, de boire à la [illegible]

périté des syndicats médicaux réunissant un jour prochain, tous les médecins sous la bannière de l'Union.

Discours de M. Clenet,

Président du Syndicat de Montaigu.

M. le Dr CLENET, président actuel du Syndicat de Montaigu, offre alors au nom de ses confrères, au Dr Mignen, une belle plaquette de bronze :

Mon cher confrère, dit-il, acceptez, en souvenir des services que vous avez rendus et de notre unanime affection, ce modeste souvenir. L'artiste y a buriné la figure symbolique d'une femme qui, pensive, attend assise au pied d'une falaise le regard perdu sur l'immensité des flots. Une devise est gravée dans le bronze : *Credo, Spero, Expecto*. *Credo* : vous avez cru et vous croyez encore à l'avenir de nos Syndicats. *Spero* : vous avez espéré en les fondant l'amélioration par eux de notre noble profession. *Expecto* : vous avez attendu, mais vous n'attendez plus les excellents résultats de vos méritants efforts.

Souhaitons que, dans 25 ans, la plupart d'entre nous se réuniront ici de nouveau pour fêter les Noces d'or de notre cher Syndicat, votre œuvre, que nous nous efforcerons de faire vivre et de développer.

Discours de M. Gairal.

Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Après les remerciements émus de M. Mignen, M. le Dr GAIRAL, des Ardennes, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, a pris la parole et dans une brillante improvisation a remercié ses confrères de leur invitation et leur a affirmé qu'il avait considéré comme un devoir de venir prendre part à leur fête, malgré la longue distance qui le séparait de Montaigu. M. Gairal a rappellé que M. Mignen n'avait pas seulement fondé le Syndicat de Montaigu mais avait pris part à l'organisation et au développement de l'Union des Syndicats médicaux de France et qu'il l'avait précédé à la tête de cette active et puissante Fédération.

M. J. NOIR, secrétaire-général de l'Union, prend alors la parole et lit le discours suivant sur :

Les origines des Syndicats médicaux en France. Le Dr G. Mignen et le Syndicat de Montaigu.

Mes chers confrères,

Le 28 octobre 1879, il y aura bientôt de cela 27 ans, un médecin praticien du Havre, le Dr Margueritte, écrivait à M. Auguste Cezilly, qui venait de fonder le *Concours médical* :

« Au moment où nous voyons toutes les professions recourir à l'Association, n'est-il pas plus que bizarre que les membres de la Corporation médicale continuent à vivre isolément et se contentent de déplorer, chacun de son côté, cette solitude. .... Pourquoi ne prendrions-nous pas modèle sur ce qui se pratique pour d'autres professions libérales : avocats, notaires, avoués, etc. ?..... Voici, pour ma part, ce que je proposerais : Tous les médecins d'une même ville, et en dehors, tous les médecins d'un même canton devraient être inscrits au tableau de l'Ordre et constituer, par voie d'élection une chambre syndicale, chargée de veiller aux intérêts de la profession. J'en suis encore à me demander quels inconvénients pourraient résulter pour nous d'une semblable constitution. Quant aux avantages, je ne perdrai pas mon temps ni le vôtre à vous les énumérer, un instant de réflexion devant suffire à vous en représenter le tableau..... »

Cette lettre historique fut le germe fécond qui détermina l'éclosion des Syndicats médicaux dont nous sommes heureux de fêter aujourd'hui le 25e anniversaire.

Au sujet de la lettre de Margueritte, une véritable polémique s'engagea dans les colonnes du *Concours médical*. Certains confrères impatients, comme le Dr Champeaux, reprochaient vivement à Margueritte de ne pas avoir après cinq mois de réflexion, donné une formule précise de l'Association nouvelle. D'autres, comme le Dr Beraud, de Charlieu (Loire), et surtout le Dr Cauchy, de Bapaume (Pas-de-Calais), indiquaient nettement quel devait être le rôle du Syndicat dans la profession médicale. Prévoyant toutes les objections, le Dr Cauchy bannissait du nouveau groupement toute idée de contrainte et demandait que le lien syndical se bornât au respect des décisions prises en commun, rappelant la parole de Lamennais : « La pratique rigoureuse du devoir est une condition indispensable de l'Association ».

L'idée de Margueritte ne sourit cependant pas à tous nos confrères, même à tous les lecteurs du *Concours médical* ; il y eut des pessimistes pour prévoir que les Syndicats deviendraient des coteries aux actions mesquines, ou pour prédire que ces Sociétés nouvelles, trahissant leur but, se transformeraient en moyen d'asservissement du Corps médical aux administrations souveraines.

Le Dr Margueritte, quelque peu surpris sans doute de l'importance que prenait l'idée qu'il avait émise, ne savait que répondre. Auguste Cézilly l'engagea à ouvrir une enquête et créa une Commission des Syndicats au *Concours médical*.

Pendant ce temps, des hommes d'action et d'énergie travaillaient sans bruit à la réalisation des Syndicats médicaux. De sorte que bien avant la terminaison de son enquête, le Dr Margueritte annonçait aux lecteurs du *Concours médical* que, dans la Vendée, le Dr Mignen de Montaigu, secondé par un de ses confrères avait établi le 6 mars 1881 un règlement de Syndicat Médical par articles et qu'avant peu le premier Syndicat Médical serait fondé.

Deux mois après le fait était accompli ; le 16 mai 1881 le Syndicat Médical de Montaigu tenait sa première séance.

C'est à cela que nous devons le plaisir de nous trouver réunis aujourd'hui, et le rare bonheur de saluer après un quart de siècle d'activité et de luttes, les fondateurs du premier Syndicat Médical de France : M. Mignen et son dévoué collaborateur M. Gouin.

La lettre du Dr Margueritte dans le *Concours médical* annonçait encore la création prochaine d'un Syndicat à Aubusson par le Dr Treille, et celle du Syndicat de Brioude par notre père le Dr Elie Noir.

Vous comprendrez, Messieurs, après un deuil relativement récent, les sentiments qui nous animent ici et pourquoi le jubilé que vous célébrez est pour nous plus que pour tout autre, une pieuse fête de famille.

Messieurs, les débuts d'une institution dépendent beaucoup du caractère, des qualités, de la vie de son fondateur et comme nous écrivons là une page d'histoire professionnelle nous devons faire rapidement la biographie de M. le Dr Mignen, dût sa modestie en pâtir. Il est de notre devoir de mettre chacun à la place qu'il mérite et de ne pas souffrir leur effacement volontaire. La Bruyère nous a appris que : « Les hommes sont trop occupés d'eux-mêmes pour avoir le loisir de pénétrer ou de discerner les autres : de là vient qu'avec un grand mérite et une plus grande modestie on peut rester longtemps ignoré. » Il nous importe de faire exception à la règle de ne pas compter au nombre des hommes que désigne le moraliste et de proclamer hautement les mérites de ceux qui ont droit à notre reconnaissance.

MIGNEN, Gustave, fondateur du premier Syndicat médical de France, est né à Montaigu en Vendée le 8 décembre 1848. Issu d'une famille vendéenne originaire de Saint-Etienne-du-Bois, il fit au lycée de La Roche-sur-Yon ses études secondaires. Une vive curiosité des choses de la nature lui firent prendre en goût l'étude des sciences et la mort de son père le dirigea vers la profession scientifique pratiquement la plus abordable pour lui, la carrière médicale. Elève distingué de l'Ecole de Nantes, il devint interne des hôpitaux de cette ville et termina ses études à Paris où il soutint, le 23 novembre 1873 une thèse de Doctorat intitulée : *Essai sur les vertiges au point de vue du diagnostic.*

*

Un vieil ami de sa famille, M. Laisant, grand'oncle de l'ancien député, encouragea le jeune homme à venir se fixer dans sa ville natale; le nouveau docteur, à ambition modeste, revint donc à Montaigu vivre la vie active et pénible, mais saine et utile, du médecin de campagne.

C'était alors la funeste époque où dans le corps médical régnait un esprit d'égoïsme hostile. Les praticiens ne se fréquentaient guère, le voisin était un concurrent bien plus qu'un confrère. La Révolution avait brisé les Facultés de médecine, corporations fermées, d'une jalousie féroce et rebelles à tout progrès. L'Empire avait réorganisé l'enseignement de la médecine, mais avait laissé dans une sorte d'anarchie morale le Corps médical.

Il l'avait encombré de pseudo-chirurgiens qui avaient suivi ses armées. Puis la bureaucratie napoléonienne, qui, toute puissante et immuable gouverna la France du XIXe siècle malgré les révolutions et les coups d'Etat, ne toléra guère l'élévation en face d'elle de pouvoirs indépendants qui auraient pu restreindre les prérogatives de l'Etat. Tout était prévu pour empêcher les citoyens de s'associer librement. Malgré quelques tentatives de Sociétés de Secours mutuels ou plutôt de bienfaisance, le médecin praticien restait, selon les termes de Réveille-Parise « une simple unité numérique, un individu et, comme tel, écrasé ou broyé par la grande meule des intérêts opposés. »

Mais ces choses-là n'ont qu'un temps. L'état social, comme du reste tout dans l'Univers, est soumis à cette grande loi d'airain qui desagrège et agrège tour à tour. Désagrégé au début du dernier siècle, le corps médical sentit, à la fin du même siècle, la nécessité de la cohésion. Cette cohésion s'adaptant à l'époque devait adopter une autre formule. Jadis, les médecins s'étaient groupés dans les vieilles facultés d'origine théocratique, à la fin du XIXe siècle, époque du triomphe de la démocratie, les forces vives, actives, venaient d'en bas, il était logique de voir le grand mouvement de réorganisation professionnel de la médecine se faire non sous l'égide officielle de Facultés puissantes, mais naître dans une bourgade de Vendée sous l'impulsion énergique d'un simple praticien, libre enfant du peuple.

M. Mignen fonda le premier Syndicat et les rapports changèrent aussitôt entre confrères. Une entente cordiale régna entre ceux qui s'observaient dans une attitude hargneuse. Tous acceptèrent l'union avec d'autant plus d'enthousiasme qu'ils avaient plus secrètement souffert du préjugé de leur isolement. Un enchantement avait pesé sur les praticiens pendant près d'un siècle. Comme dans le conte de la Belle-au-Bois dormant, Mignen, nouveau prince Charmant, avait rompu le sortilège et réveillé chez tous les meilleurs sentiments. Une amélioration notable des conditions d'existence ne tarda pas à s'en suivre ; des tarifs d'honoraires uniformes furent adoptés ; on opposa une digue solide à la marée montante des exigences des collectivités, sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances et autres qui menaçaient de submerger le corps médical. La guerre fut déclarée aux rebouteurs et autres exploiteurs des misères humaines.

L'expérience de la solidarité avait réussi aux médecins de Montaigu, ils ne furent pas égoïstes et leur Syndicat devint un foyer de propagande. Des Syndicats se fondèrent à Pouzauges, à Challanges, qui, en se réunissant, formèrent, en 1891, le puissant Syndicat départemental des médecins de la Vendée.

Dès le début, Mignen comprit que dans un pays fortement centralisé comme la France, le Syndicat local ne pouvait, isolé, donner toutes les améliorations désirées. Aussi s'inscrivit-il un des premiers dans la liste de la Commission générale des Syndicats que publia le *Concours médical* du 24 décembre 1881, liste qui comprenait les noms des cinq présidents de Syndicats nouvellement formés : Mignen, de Montaigu ; Barat-Dulaurier, de la Dordogne ; Margueritte, du Havre, et E. Noir, de Brioude.

Ce Comité fut le précurseur de l'Union des Syndicats médicaux de France, que Mignen concourut à fonder en 1884, après la promulgation de la nouvelle loi sur les Syndicats professionnels et dont il devint président en 1891. Il ne cessa, du reste, de prendre une part active aux travaux de cette Fédération et mérita, l'an dernier, d'en être nommé, par acclamation, président d'honneur.

L'activité du Dr Mignen ne se borna pas à satisfaire aux nécessités de la clientèle et aux études des questions professionnelles : comme tous les esprits d'élite, il chercha dans les travaux d'un autre ordre le délassement à ses fatigues de praticien. Il consacra ses trop rares loisirs à l'étude historique de sa ville natale et publia en véritable érudit, des monographies précieuses qui ne sont que l'avant-propos d'une véritable histoire de la baronnie devenue marquisat de Montaigu. Il a entrepris en outre pour le Bocage les mêmes recherches préhistoriques que notre ami Marcel Baudouin poursuit avec tant de succès dans le Marais poitevin.

Messieurs, l'humanité se transforme à travers les siècles. Son histoire se bornait naguère à de longs récits de batailles et à une liste fastidieuse de noms de conquérants. Aujourd'hui y sont ajoutées de belles pages sur les manifestations de la pensée : lettres, sciences, arts, philosophie. Demain, soyez-en sûrs, on devra y joindre de longs chapitres sur la transformation de la société moderne, où les syndicats tiendront sans doute une place que nous sommes loin de soupçonner. Celui qui alors écrira le chapitre du mouvement syndical, lorsqu'il abordera l'étude de son extension aux professions libérales ne pourra omettre d'inscire en tête le Syndicat médical de Montaigu, le premier syndicat de médecins créé en France et le nom de son éminent fondateur, le Dr Gustave Mignen.

M. le Pr Olive, le distingué président du Syndicat des médecins de Nantes, a tenu à son tour dans cette journée mémorable à assurer les médecins de Montaigu de toute la sympathie de leurs confrères nantais. Il a bu au développement des idées syndicales dans le corps médical français, à la prospérité du syndicat de Montaigu et à son fondateur, l'excellent Dr Mignen.

Enfin M. Guiberteau, secrétaire du syndicat, a terminé la série des discours et des toasts par un court historique de son cher syndicat, en rappelant avec émotion les pertes hélas nombreuses qu'il a subies depuis son origine et en proclamant l'admission par acclamation de jeunes confrères nouveaux adhérents qui ont pris une part joyeuse au banquet.

Les convives se sont alors séparés emportant de cette fête de famille un inoubliable souvenir et la plupart répétaient, sans doute mentalement la devise gravée sur le bronze offert au Dr Mignen : *Credo, Spero, Expecto*, pleins de foi dans l'avenir des syndicats médicaux, pleins d'espérance dans les résultats de leurs luttes futures, encore à peine esquissées, et attendant avec confiance l'époque ou, grâce à la défense professionnelle syndicalement organisée, le médecin praticien français trouvera dans la société moderne la place utile et honorable qu'il aura su lui-même s'assurer.

J. Noir.

Concours du Prosectorat. — *Questions posées.* (Épreuve écrite du 21 mai 1906) : *Anatomie* : Col utérin. — *Physiologie* : Fécondation. — *Pathologie* : Diagnostic et traitement du cancer du corps de l'utérus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 mai 1906.

Sur trois virus de trypanosomiase humaine de provenances différentes.

M. A. Laveran a pu étudier comparativement, par inoculation au cobaye, au rat et à la souris, trois échantillons de trypanosomes recueillis sur l'homme dans des régions très éloignées : le premier, en Gambie, par Dusson, le second, dans l'Ouganda, par M. Bruce, le troisième, prélevé chez un missionnaire qui avait contracté la maladie du sommeil dans l'Oubanghi.

De ces recherches, il résulte que l'on ne constate entre ces trois virus que de légères différences : le trypanosome de Gambie s'est montré un peu plus actif sur les rats et les souris que les deux autres variétés, mais on a antérieurement observé que la virulence du *Tr. gambiense*, pour la souris, peut varier dans des limites assez étendues. Les observations que l'auteur a faites sur d'autres espèces animales (lapins, chiens, singes), le confirment dans l'opinion que les trois virus en question appartiennent à une seule et même espèce. Malheureusement, les animaux guéris d'une infection à *Tr. gambiense* n'acquièrent pas toujours l'immunité, de sorte qu'on ne saurait rechercher si les trypanosomes d'origines différentes vaccinent, l'un à l'égard de l'autre, les animaux réceptifs.

Culture du spirille de la fièvre récurrente africaine de l'homme.

M. C. Levaditi adresse une note dans laquelle il indique que la méthode des sacs de collodion intrapéritonéaux, qui lui a permis de cultiver le spirille des poules, lui a également fourni des résultats positifs pour la culture du parasite de la fièvre récurrente africaine de l'homme ou tick-fever ; en effet, par ensemencement sur sacs de collodion remplis de sérum de macaques (animaux réceptifs à l'égard de cette spirillose) et enfermés dans le péritoine des lapins, il est parvenu à obtenir huit passages successifs en l'espace de trente-six jours ; dans ces conditions, la forme et surtout les dimensions du spirille se montrent assez variables ; mais ce microbe conserve son aspect spirillaire et n'en reste pas moins bien vivant, mobile et virulent pour la souris. M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mai 1906.

Passage pylorique des graisses.

MM. Carnot et Chassevant. — Par la technique des fistules duodénales, les auteurs ont étudié la traversée pylorique des graisses. Elles sont évacuées de l'estomac très tardivement, et d'autant plus tard que leur point de fusion est plus élevé. La graisse dissoute dans l'eau ou dans une solution saline fait un sédiment ; l'eau est évacuée d'abord et la graisse beaucoup plus tard. La graisse a une action inhibitrice sur le réflexe pylorique comme sur la sécrétion gastrique. Les graisses émulsionnées subissent le même retard ; ce qui explique la lenteur d'absorption du lait riche en beurre par rapport au lait écrémé.

Action pathogène du microcoque des oreillons.

MM. Teissier et Esmein étudient expérimentalement l'action pathogène du microcoque de l'oreillon. Ce microcoque est injecté par la voie sous-cutanée, intra-péritonéale, gastrique et veineuse. 1 cc. d'un microcoque peu virulent donne une réaction locale légère avec souffrance passagère Plus forte, (2 cc. à 4 cc.) d'un microcoque plus virulent, elle donne des abcès, des lésions purulentes des séreuses avec pus visqueux caractéristique, congestion des viscères abdominaux (foie, rate, pancréas surtout, et intestins). L'inoculation dans le péritoine de 7 cobayes a donné, 4 fois, un gonflement testiculaire, qui à l'autopsie était de la congestion avec, au microscope, une hypergénèse active œdémateuse de l'organe.

Dans les abcès, dans le pus des séreuses, le microcoque se retrouvait à l'état de pureté. Il s'agit là de la septicémie tétragénique expérimentale, analogue à celle qu'on observe dans les septicémies tétragéniques humaines. Les lésions histologiques des viscères (nodules infectieux du foie, de la rate) se rapprochent des lésions observées à l'autopsie d'un cas mortel d'oreillons (Lemoine et Lapasset). En somme, ce microcoque, trouvé chez les malades atteints d'oreillons, rapproché des caractères biologiques et morphologiques, peut être rangé parmi les microbes tétragènes septiques.

Nature syphilitique de la paralysie générale.

M. Bosc (de Montpellier). — Sur un cerveau avec lésion syphilitique scléro-gommeuse, il peut coexister une méningo-encéphalite diffuse chronique ulcéreuse, qui revêt la forme des néo-formations syphilitiques. Mais au lieu de former un syphilome nodulaire qui se substitue au tissu cérébral, la méningo-encéphalite diffuse réalise une infiltration cellulo-vasculaire diffuse d'emblée, qui ne se substitue que partiellement à la substance cérébrale pour aboutir au processus de dégénérescence et de sclérose, diffus et partiel.

Ce serait là un syphilome diffus méningo cortical, de nature syphilitique bien définie ; la forme subaiguë s'observe dans la syphilis héréditaire des nouveau-nés et sous la forme chronique, dans la syphilis héréditaire ou acquise ancienne. Chez le paralytique général ayant eu une syphilis bénigne, l'auteur a pu voir que les lésions typiques sont caractérisées par une prolifération cellulo-vasculaire diffuse qui aboutit à la dégénération et à la sclérose. Ces lésions méningo-encéphaliques peuvent donc être de nature syphilitique.

Syndrome de Landry et rage paralytique.

M. Remlinger rappelle que, parmi les agents pathogènes capables de créer le syndrome de Landry, se trouve le virus rabique, soit à la suite d'une morsure, soit par le traitement pastorien. Dans ce dernier cas la guérison est la règle ; au contraire, la mort est fatale après morsure. L'inoculation systématique de la substance nerveuse sous la dure-mère du lapin a donné naissance à la paralysie ascendante aiguë. Appliquée systématiquement à l'étude étiologique du syndrome, on pourrait sans doute retrouver la rage comme cause dans un grand nombre de cas.

Agglutination du gonocoque et du méningocoque de Weischselbaum par le sérum gonococcique.

MM. Bruckner et Cristianu (de Bucarest) ont fait des expériences avee le sérum de cheval inoculé à plusieurs reprises avec des cultures de gonocoque. Ce microbe est agglutiné par le sérum de cheval. Le sérum a agglutiné trois cultures du méningocoque de Weischselbaum. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai.

L'état sanitaire de Paris.

M. A.-G. Martin donne un historique très complet de l'organisation hygiénique de Paris depuis 1892. Il signale les diverses mesures de protection de la santé publique appliquées ou développées successivement : vaccination et revaccination, désinfection, casier sanitaire des maisons, surveillance des sources, analyse des eaux, règlements sanitaires et assainissement des immeubles, tout à l'égout, protection de l'enfance, etc. Tous ces efforts réunis des pouvoirs publics et de l'initiative privée n'ont pas été sans produire de très bons résultats.

La mortalité générale, qui était, en 1894, de 22,3 pour 1.000 habitants, est progressivement descendue jusqu'à 17,4 en 1905, c'est-à-dire à peu près au même chiffre que celui des capitales étrangères où fonctionne une semblable organisation. Il est intéressant de constater aussi que, depuis 1892, la population s'est graduellement accrue de sorte que, si la mortalité était restée stationnaire depuis cette époque, elle eût été de 62,070 décès en 1905, au lieu du chiffre de 47,853 qu'elle a atteint ; soit un gain de 14.217 décès qui représente la totalité des vies humaines, sauvées à Paris, en une seule année, grâce à l'application des mesures de défense sanitaire.

Ce qui démontre le rôle de la défense hygiénique est que la diminution de mortalité a surtout porté sur les maladies transmissibles. Jamais la fièvre typhoïde, la rougeole, la scar-

latine, la diphtérie n'ont été aussi rares qu'en 1905. Il en est de même pour la diarrhée infantile, grâce surtout à l'effort des crèches, dispensaires, gouttes de lait, etc.

La tuberculose cause encore le quart des décès, mais est elle-même en légère décroissance. Les mesures récentes pour l'assainissement des immeubles permettent d'espérer encore une notable diminution.

Il faut, par contre, signaler les progrès de la cirrhose du foie et des néphrites. Ces maladies relèvent surtout de l'alcoolisme, qui malheureusement ne semble pas en décroissance.

Malgré cette exception, l'état sanitaire de Paris est donc très satisfaisant. Les dépenses consenties pour les améliorations hygiéniques ont été largement recouvrées en économies de vies humaines et en capital humain.

La tuberculophobie.

M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) montre les exagérations auxquelles conduit la crainte de la tuberculose surtout en médecine infantile. Il craint de voir bientôt les phtisiques traités en parias et en lépreux. Or, l'expérience de la clinique infantile à l'hôpital des Enfants, à Bordeaux, où une centaine d'enfants étaient chaque jour amenés à la consultation, l'a convaincu des deux choses suivantes : d'une part, l'extrême rareté de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, par rapport à celle des adultes, par rapport, surtout, à la fréquence très grande des autres lésions du même organe relevant d'une autre origine : d'autre part, l'extrême facilité avec laquelle le diagnostic de tuberculose est porté à l'égard de l'enfant par le médecin, surtout par le jeune médecin, sur de simples apparences. C'est ainsi qu'on voit souvent étiqueter « tuberculoses » des micropolyadénies qui ont une toute autre origine.

C'est ainsi encore que les vieilles coqueluches, les grippes prolongées, les « gros ventres » chez les enfants, les maladies articulaires un peu quelconques, des phénomènes cérébraux pseudo-méningitiques, fréquents dans nombre de maladies infectieuses, sont qualifiés « tuberculose ».

On s'exagère donc beaucoup les fréquences de la maladie. On fait jouer un rôle trop important à la contagion, alors que l'importance du terrain est prédominante.

La tuberculose est surtout l'aboutissant de toutes les maladies d'usure, de toutes les déchéances organiques. Mais même ces candidats à la tuberculose sont, en réalité, assez faciles à préserver. C'est du côté de ces prédisposés que doit, pour être efficace, porter le principal effort de la prophylaxie infantile.

A.-F. Plicque.

REVUE DE PÉDIATRIE

Traitement de la luxation congénitale de la hanche ; par les Drs C. Ducroquet et Henri de Rothschild (Paris). (*Congrès intern. de médecine de Lisbonne, 1906*).

La réduction une fois obtenue, le traitement de la luxation congénitale comporte deux phases différentes : *a*) Dans un premier temps, on s'occupe de *la reconstitution anatomique du cotyle* ; *b*) dans un second temps, l'articulation reconstitue ses muscles et recouvre ses mouvements ; c'est *la période fonctionnelle*.

a) *Reconstitution du cotyle.* — La formation d'une cavité solide dépend : 1° de la valeur du cotyle ; 2° de la rétraction de la capsule. La valeur du cotyle est fort variable ; un cotyle bien formé permettra de passer plus vite à la deuxième période. La rétraction de la capsule se fait en deux temps différents : Dans un premier temps, on cherche à obtenir la rétraction de la partie postérieure de la capsule, et de la partie supérieure : dans un deuxième temps on cherche à obtenir la rétraction de la partie antérieure de la capsule. Au premier temps correspond l'abduction et la rotation externe du membre ; au deuxième, une abduction très légère, avec rotation interne très prononcée. La durée du deuxième temps est le double de celle du premier : c'est donc une formule inverse de celle qu'avait enseignée Lorenz. Au premier temps en effet, correspond la coxite inflammatoire que crée la réduction et qui favorise la rétraction capsulaire. Ces conditions ne se représentent plus dans le deuxième temps, et c'est l'immobilisation qui doit amener la rétraction. La radiographie doit être prise durant les diverses étapes du traitement : c'est le guide le plus sûr.

b) *Période fonctionnelle.* — Dans cette période on permet à l'articulation une mobilisation progressive. Le massage et des exercices appropriés aident à la reconstitution des muscles. Le résultat fonctionnel définitif est étroitement lié au résultat anatomique : si la tête n'a pas retrouvé ses rapports normaux, la boiterie persistera fatalement, quoique l'on fasse. L'âge d'élection pour le début du traitement est de 4 à 6 ans. L'état diathésique du malade a une importance considérable. La durée moyenne du traitement est de 4 à 7 ans. Il faut être très opportuniste et savoir varier le traitement suivant les diverses modalités cliniques.

Valeur thérapeutique de la liqueur de Van Swieten chez les nourrissons hypotrophiques avec troubles digestifs ; par le Dr Henri de Rothschild. (*Congrès de Lisbonne*, 1906.)

1° La liqueur de Van Swieten peut être employée avec succès dans le traitement de l'hypotrophie, lorsque celle-ci est facteur de troubles digestifs. L'action remarquable de ce médicament ne peut être attribuée à sa valeur antisyphilitique, car aucun des nourrissons que nous avons traités par cette méthode n'était syphilitique (parents sains, grossesses menées à terme, aucun stigmate spécifique chez les nourrissons mis en observation). L'amélioration notée dans les observés n'est pas due non plus à des modifications introduites dans l'alimentation des jeunes malades, qui ne fut pas modifiée au moment du traitement.

2° Nous attribuons le succès de notre méthode à l'action altérante de la liqueur de Van Swieten sur les glandes annexes du tube digestif et principalement sur le foie dont elle favorise les sécrétions.

3° L'emploi de la liqueur de Van Swieten sera donc indiqué chez les nourrissons hypotrophiques, dont le poids s'abaisse ou reste stationnaire malgré une diététique rationnelle, qui présentent des selles assez fréquentes, n'ayant pas la belle teinte jaune normale, mais mal liées, riches en grumeaux non digérés, et où l'analyse chimique révèle l'abondance des graisses ayant échappé à l'absorption. Les hypotrophiques à selles mastic, décolorées, sans diarrhée, sont justiciables du même traitement. Nous conseillons donc, avant de donner ce médicament, de procéder à une analyse des matières fécales et des urines. Si les matières ont les caractères énoncés plus haut, si le taux de l'urée est faible, on peut appliquer le traitement.

4° Trente observations justifient notre manière de voir ; nous avons constaté que par cette médication les vomissements disparaissaient, les selles devenaient plus jaunes, mieux liées, sans grumeaux, moins fétides : le météorisme se dissipait : le taux des graisses s'abaissait dans les matières, tandis que celui de l'urée s'élevait dans les urines. Enfin la fièvre a paru céder au traitement, et dans les cas où il y avait des abcès multiples de la peau, ils ont paru se flétrir sous l'action de la liqueur.

5° Dans la pratique, le meilleur critérium de la valeur du médicament est l'augmentation du poids. A ce point de vue, certaines de nos observations sont absolument typiques.

6° La dose quotidienne à employer doit être faible : elle varie, suivant l'âge, de 10 à 20 gouttes par jour. Il ne faut pas prolonger outre mesure son emploi : au bout de quinze jours, l'activité glandulaire est suffisamment réveillée pour continuer à s'exercer spontanément. Si, toutefois, le poids de l'enfant, après cessation du traitement, redevenait stationnaire ou s'abaissait, il y aurait lieu de reprendre pendant une nouvelle série de quinze jours l'emploi du médicament.

BIBLIOGRAPHIE

La stérilisation des salles d'opération (1) ;

Par le Pr LONGUET (de Rouen).

§ I. Des microbes dans les locaux hospitaliers.

A. *Locaux médicaux :*

PASTEUR et DUJARDIN-BAUMETZ : *Association française pour l'avancement des sciences* : Blois, et *Académie de médecine*, 1884.

CHATIN : Contribution à la recherche des streptocoques dans l'air atmosphérique. *Thèse de Lyon*, 1893.

CHARRIN : Agents atmosphériques et microbes : le génie épidémique autrefois et aujourd'hui. *Semaine médicale*, p. 125. 1893.

ROSENOW E. C. : Streptococci in air of hospital and wards during an epidemie of tonsillitis. *American journal of obstetrics*, décembre 1904.

B. *Locaux chirurgicaux.*

LISTER : Voir L. CHAMPIONNIÈRE : La chirurgie antiseptique. *Paris*, 1875.

MIQUEL : Les organismes vivants de l'atmosphère. *Paris*. 1883.

PAWLOWSKY : Congrès de la *Société de médecine de Moscou*, janvier. 1886.

DURANTE et NÉRI : Ve Congrès de la *Société italienne de chirurgie*, tenu à Naples. 26-28 mars 1888.

VON EISELSBERG : Nachweiss von erysipelcoccen in der Luft chirurgische krankenzimmer. *Archiv für klinische Chirurgie* XXXV, I.

CLEVES-SYMMES : II. Untersuchungen ueber die aùs der lùft sich abscezenden keime. *Archir für klinische Chirurgie*, XLIV. I, 1892.

NOGGERATH C. Das verhalten ùnsmittelbar der Luft, enstammender kindformen in frischen Thierswùnden. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. LVIII. 3. 1901.

QUENU et LANDEL : Bulletin de la *Société de chirurgie*, 1902.

C. *Salles d'opération.*

KÜMMEL (de Hambourg) : *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, Berlin, avril, 1885.

REUDNEW S. ; Etude bactériologique de la poussière et de quelques objets d'une salle d'opération. En Russe. Lictopiss. III. 3. 1893.

LAFOLIE : Asepsie et antisepsie chirurgicales. *Thèse de Bordeaux*, 1900 1901.

HEILE : Experimentelles zur frage der operations handshühe nebst Beitrag zur bedeutung der Luft infection. *Beiträge zür klinische Chirurgie*, décembre, 1902.

D. *Généralités sur les microbes de l'air.*

MIQUEL : *Semaine médicale*, 1883.

FLUGGE : Ueber die Luft infection. *Zeitschrift für Hygiene und Infections kranke* XXV. I. 1898.

CONCORNOTTI (Mlle E.) Ueber die Haufigkeit der pathogenen Mikro-organismen in der Luft. *Centralblatt für Bactériologie*, 7 novembre 1899.

HUTCHISON R. : Die Verbreitung von keimen durch gewohnliche Luftströme. *Zeitschrift für Hygiène und Infectionskr.* XXXVI, février 1901.

E. *Dosage des microorganismes de l'air.*

MIQUEL : Des procédés usités pour le dosage des bactéries de l'air : *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1888. et des procédés d'analyse microscopique de l'air au moyen des filtres solubles. *Annales de micrographie*, janvier, 1889

STRAUSS et WURTZ : Sur un procédé perfectionné d'analyse bactériologique de l'air. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1888 et *Journal de pharmacie*, 15 avril 1888.

ARENS C. : Quantitative Staubbest immungen in der Luft nebst Beschreibung eines neuen Staubfangers : du dosage des poussières contenues dans l'air. *Archiv für Hygiene*, XXI, 4, 1894.

F. *Contamination par les vêtements.*

HEILE : Experimentelles zur Frage der Operations handschuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfection, *Beitrag zur klinische Chirurgie*, XXXII. 3, 1902.

G. *Contamination par la barbe.*

HUBENER W. : Ueber die Rolle des Bartes als Infectionstrager bei aseptischen Operationen : *Centralblatt für Chirurgie*. 18 mars 1899.

FLUGGE : Cité in *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 27 avril, p. 69, 1899.

H. *Contamination par l'air expiré.*

STRAUSS et DUBREUIL W. : Absence de microbes dans l'air de l'expiration. *Académie des sciences*, 5 décembre 1887, et *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.

HUBENER : Rôle de la bouche de l'opérateur dans l'infection des plaies chirurgicales, *Zeitschrift für Hygiène und Infectionskr.* Vol. XXVIII, no 3, p. 348, 1898.

DELBET (Pierre) et BIGEART : Asepsie opératoire, Paris, Masson, 1901.

HEIDENHAIM (de Worms) : *Centralblatt für Chirurgie*, 1898.

MIKULICZ J. : 27e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, tenu à Berlin du 13 au 26 avril, et *Centrablatt für Chirurgie*, 13 juillet 1898.

BERGER : *Société de chirurgie* 22 février 1899.

LASHTSCHENKO : *Zeistchrift für Hygiene und Infectionskranken*, XIX. I. en Russe, *Vratsch*, 20 novembre 1899.

KIRSTEIN F. : Ueber die Dauer der Lebensfahligkeit der mit feinsten Tropfchen, verspritzen Mikroorganismen. *Zeitschrift für Hygiene und Infections kr.* XXXV. 1. 1900.

WENZEL : Die Verwendung von Gazeschleiern bei aseptischen Operationen. *Centralblatt für Chirurgie*, 10 mai 1902.

MENDÈS DE LÉON : Ueber die Gefahren der Wùndinfection durch das Sprechen bei Operationen. *Archive für Klinische chirurgie*. LXXII. 4, 1904.

§ II. Stérilisation germicide.

A. *Méthode des pulvérisations* : 1o *Pulvérisation phéniquée.*

LISTER : *British medical association*, Dublin, 9 août 1867, et discours prononcé à l'*Université d'Edimbourg*, le 8 novembre 1869, et *Brochure* : sur l'influence du traitement antiseptique sur la salubrité d'un hôpital de chirurgie, 1870.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : *Chirurgie antiseptique*. Paris 1876.

NICAISE : *Revue de chirurgie*, 10 septembre 1888.

FLAMENT : *Thèse de Montpellier*, 1889.

LAVERAN (solution à 5 p. 100) : *Société de biologie*, 25 mars 1893.

LE DENTU : *Clinique chirurgicale*, Paris 1904.

2. *Pulvérisation de sublimé :*

DUMOULIN : *Académie de médecine de Belgique*, 27 juin 1885.

P. CHAVIGNY : *Annales de l'Institut Pasteur*, p. 351, juin 1896.

3. *Pulvérisation de formol et de chloroformol :*

ARONSOHN : *Société de médecine interne de Berlin*, 18 mai 1892, et 15 juin 1898.

BERLIOZ et TRILLAT : *Académie des sciences*, 1er août 1892.

MIQUEL : *Annales de micrographie*, VI, 1894.

ROUX G. et TRILLAT : *Annales de l'Institut Pasteur*, p. 238, mai 1896.

BOSC (F.-J.) : *Annales de l'Institut Pasteur*, p. 299, mai 1896.

FAYOLLAT : *These de Lyon*, 1896.

GALIBERT : *Thèse de Montpellier*, 1896.

FOLEY : *Thèse de Lyon*, 1896.

TRILLAT : *Académie des sciences*, 2 mars 1896.

HUC : *Thèse de Toulouse*, 1896-1897.

VAILLARD et LEMOINE : *Annales de l'Institut Pasteur*, p. 481, septembre 1896.

MERIEUX : *Société des sciences médicales de Lyon*, 28 juillet 1897.

KISLER et TRAUTMANN : *Hygiène und Infections kr.* XLVI. 3.

BERLIOZ : *Dauphiné médical*, juin 1898.

CZAPLEWSKI *Münch. med. Wochenschrift*, II, octobre 1898.

FLUGGE : *Zeitchrift für Hygiène und Infectionskr.* XXIX, 2, 1898-1899.

KERMEKTCIEFF. (A. C.) : *Thèse de Paris*, 1898-1899.

BRUNN (M. Von) : *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankhu* XXX. 2. 1899.

MARTIN A. J. : *Comité consultatif d'hygiène de France*, 19 juin 1899.

FRIEDMANN : *Deutsche medicin Wochenschrift*, 14 déc. 1899.

LAFOLIE : *Thèse de Bordeaux*, 1900-1901.

WALTHER : *Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 mars 1903.

BONHOFF H. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 9 mars 1904.

LEVACHEV V. (en Russe) : *Roussk Vratsch*. 19 juin 1904.

PITON A. (Chloroformol) : *Archives de médecine navale et coloniale*, juin 1898.

SEDAN : *Congrès pour l'étude de la tuberculose chez les hommes et les animaux*, 4e session, Paris, juillet-août 1898.

Discussion : NOCARD, VAILLARD, LEMOINE. (*Ibid.*)

3. *Pulvérisation d'eau oxygénée.*

QUENU et LANDEL : *Bulletin de la Société de chirurgie* : décembre 1902.

4. *Pulvérisation de Holzine.*

P. ROSENBERG : *Société de médecine interne de Berlin*, 5 avril 1897.

5. *Pulvérisation d'acroleine.*

KOCH et FUCHS : *Centralblatt für Bacteriologie*, 16 nov. 1899.

6. *Pulvérisation d'eau simple.*

TERRIER : *Revue de chirurgie*, 1890.

(1) Voir les nos 18 et 19 du *Progrès Médical*, de mai 1906, articles dont nous publions ici l'index bibliographique.

B. Méthode de fumigations :

1. *Fumigation sulfureuse.*

DUJARDIN-BAUMETZ : *Association française pour l'avancement des sciences.* Blois, et *Académie de médecine,* septembre 1884.

2. *Fumigation de bichlorure de cuivre* (procédé hollandais).

WILLEMS (solution de 1 gr. de bichlorure de cuivre dans 100 gr. d'alcool). En brûlant, ce sel se décompose et ses produits de combustion se répandent dans l'atmosphère : *Académie de médecine de Belgique,* 23 juin 1884.

3. *Fumigations de sucre.*

A. TRILLAT : *Société de biologie,* 18 et 25 mars 1905.

4. *Fumigations de bois.*

PALLOZZI : *Semaine médicale* : supplément, p. CCXXVI, 1895.

C. Méthode de l'évaporation.

1. *Evaporation de chlore, de brome, de nitrosyl.*

DUJARDIN-BEAUMETZ : *Association française pour l'avancement des sciences.* Blois, et *Académie de médecine,* septembre 1884.

2. *Evaporation d'ammoniaque.*

FREUDENREICH : *Annales de micrographie,* novembre 1894.

THOUVENET : *Limousin médical,* mai 1903.

3. *Evaporation d'une solution de bicarbonate de soude.*

SIMON : *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankhn* XLIII, février 1903.

4. *Evaporation d'acide phénique, chloroforme, éther azoteux sulfure de carbone, etc.*

MIQUEL : *Semaine médicale,* p. 223. 1883.

5. *Evaporation d'un liquide polyantiseptique.*

SMITH (de New-York) : Essence d'eucalyptus, d'acide phénique, d'essence de térébenthine ââ 15 gr. : *Semaine médicale,* supplément, p. LXXIV. 1894.

D. Méthode de l'ozonisation.

CHAPPUIS : *Bulletin de la Société de chimie,* p. 290, 1881.

CHRISTMAS : *Annales de l'Institut Pasteur,* p. 776, 1893.

OHLMULLER : *Arbeit aus dem Kaiserlgesundheilsamte,* VIII, p. 228.

D'ARSONVAL : *Société de biologie,* 5 juillet 1895.

5. Généralités sur la désinfection.

KUPFERSCHLAGER : *Académie de médecine de Belgique,* 25 juillet 1885.

GEPPERT J. : Ueber desinficirende Mittel und Methoden, eine experimental Untersuchung, *Berlin. klin. Wohenschrift,* 17. 24 31 mars 1890.

SCHEURLEN : Zur Kenntnis unserer Desinfections Methoden. *Munch. med. Wochenschrift,* 20 juillet 1898.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

Commission chargée de l'élaboration d'un projet de règlement pour l'Ecole d'infirmières (1).

RAPPORT DE LA SOUS-COMMISSION (2)

Messieurs,

La Sous-Commission à qui vous avez confié le soin de préparer le règlement de la nouvelle Ecole d'infirmières créée à la Salpêtrière a pris pour base de son travail les dispositions édictées par l'arrêté du 1er mai 1903. Elle a cru devoir y apporter des modifications assez importantes, en tenant compte notamment des vœux émis dans les cinq séances que la Commission a déjà tenues. Le projet que nous avons l'honneur de soumettre à votre examen peut se diviser ainsi : 1° Destination de l'Ecole ; 2° Conditions d'admission ; 3° Examen d'entrée ; 4° Régime de l'Ecole ; 5° Programme des études ; 6° Examens de fin d'année. L'Administration présentera ultérieurement deux autres projets de règlement, l'un concernant le programme détaillé des matières enseignées, et le second relatif au service intérieur de l'Ecole (emploi du temps, congés, régime alimentaire, etc.).

I. DESTINATION DE L'ÉCOLE (Article premier). — Ainsi que vous en avez décidé, l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière aura le caractère d'une Ecole de recrutement pour le personnel de nos établissements. Les cours actuels d'infirmières ne vont donc point disparaître, et, pour bien marquer que toutes les infirmières concourent ensemble pour l'avancement, l'Ecole de la Salpêtrière délivrera, non pas un brevet, comme l'indique l'arrêté de 1903, mais, ainsi que les autres Ecoles, un diplôme. On se gardera ainsi d'accentuer une différence d'origine, et d'éveiller des susceptibilités qui ne doivent pas avoir de raison d'être, attendu que les deux diplômes conféreront à nos agents les mêmes droits.

L'arrêté de 1903 portait création d'un emploi de directrice de l'Ecole. Mous vous proposons de remplacer le mot *directrice* par le titre de *surveillante générale,* afin d'indiquer nettement que la personne chargée de la direction de ce nouveau service demeure soumise à l'autorité du directeur de la Salpêtrière, et qu'en plus de ses aptitudes pédagogiques, elle devra posséder les connaissances et qualités professionnelles des meilleures surveillantes.

II. CONDITIONS D'ADMISSION. (Art. 2 à 6 inclus). — Les conditions exigées des candidates pour être autorisées à subir l'examen d'entrée sont les suivantes : 1° Etre de nationalité française ; 2° Célibataires ; 3° Agées de 18 ans au moins et de 25 au plus ; 4° Produire un bulletin de naissance et un extrait du casier judiciaire ; 5° Etre acceptées par une Commission médicale.

Nous vous proposons de maintenir l'obligation du célibat pendant la durée des 2 années passées à l'Ecole. En effet, l'internat devant être, en principe, le régime de l'Ecole, il ne paraît pas que ce régime puisse s'adapter aux exigences d'un ménage et aux devoirs d'une épouse et d'une mère de famille. Conformément à vos indications, l'âge maximum des candidates est fixé à 25 ans, au lieu de 30 ans prévu par l'arrêté de 1903.

Vous avez justement pensé qu'il convenait de recevoir seulement des jeunes filles à l'esprit encore souple, au caractère malléable, susceptibles de se plier à la discipline d'un internat, et de prendre l'empreinte d'une éducation hospitalière. Toutefois, la limite d'âge est portée à 30 ans pour les candidates appartenant à l'Assistance publique depuis 5 ans au moins, et il est entendu que les infirmières possédant un diplôme délivré par les Ecoles actuelles auront la faculté de se présenter à l'examen d'entrée, pourvu qu'elles remplissent les autres conditions règlementaires. La possession d'un diplôme quelconque ne saurait, en effet, être une cause d'ostracisme, et la Sous-Commission a pensé que le diplôme d'infirmière, au même titre que le brevet élémentaire et le brevet supérieur, ne pourrait être un motif d'exclusion. Si, dans la pratique, le diplôme des cours d'infirmières et celui que délivrera l'École d'infirmières doivent avoir aux yeux de l'Administration la même valeur et constituent un de ses éléments d'appréciation pour l'avancement de ses agents, il est bon que le principe de l'Ecole ouverte à tous soit maintenu, et que notre personnel ne puisse croire que les élèves de la nouvelle Ecole constituent une classe privilégiée. Toutes nos jeunes infirmières, instruites, diplômées ou non, âgées de moins de 30 ans et célibataires, pourront donc passer par l'Ecole, et acquérir ainsi, avec un léger sacrifice de temps, l'autorité et le mérite que sauront se réserver les élèves de l'Ecole.

L'âge minimum de 18 ans a paru devoir être maintenu, puisqu'une Commission médicale sera chargée d'ajourner ou de refuser les candidates jugées trop délicates de santé pour supporter les fatigues de la profession d infirmière. Cet examen sera particulièrement sévère et, pour qu'il donne toute garantie, la Commission sera composée de deux médecins et d'un chirurgien des hôpitaux. Le projet n'exige des candidates aucun diplôme, pas même le certificat d'études. En effet, l'examen administratif permettra de constater le degré d'instruction des futures élèves, et des jeunes filles, même instruites, qui peuvent n'avoir aucun diplôme.

III. EXAMEN D'ENTRÉE (Art. 7 à 10 inclus). — Votre Sous-Commission, Messieurs, a écarté le concours. Ce mode de recrutement favoriserait trop exclusivement les candidates les plus instruites, et empêcherait de tenir compte des autres aptitudes, et, en particulier, de la valeur professionnelle des candidates appartenant déjà à l'Assistance publique. L'examen comprendra une dictée, qui servira d'épreuve d'écriture, une narration, et deux problèmes d'arithmétique.

Le jury est composé d'un inspecteur principal, du directeur de la Salpêtrière, de la surveillante générale, et de professeurs de l'École, dont le nombre sera déterminé en raison du nombre de candidates.

Il est convenu que les professeurs seront recrutés dans le corps

(1) *Membres de la commission* : MM. BOURNEVILLE, BONNAIRE, DEBOVE, FAISANS, HONORÉ, SIGISMOND, LACROIX, ANDRÉ LEFÈVRE, NAVARRE, NOIR, FÉLIX ROUSSEL, FÉLIX VOISIN, WALTHER ; Mmes DESJARDINS, HÉNAULT, MEUSY ; MM. G. MESUREUR, Directeur de l'Administration ; THILLOY, Secrétaire général ; GORY, Inspecteur, CAILLENS, Chef de service ; MONTREUIL et MAY, Directeurs.

(2) La sous-commission était composée de MM. Bourneville, président, Caillens, Faisans, Gory, rapporteur, Honoré, Mesureur, Montreuil, Thilloy, Walther et Mme Desjardins.

médical tout entier et dans le monde scientifique. et ne seront donc pas nécessairement choisis parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux et de l'assistance médicale.

Comme il ne s'agit pas d'un concours, mais d'un simple examen, le Directeur de l'Administration ne sera pas tenu de nommer les candidates suivant le rang qu'elles occupent d'après le nombre des points obtenus à l'examen. L'Administration exercera donc un choix libre qui, toutefois, ne pourra porter que sur les candidates reconnues admissibles. Celles d'entre elles qui n'auront pu, faute de place, entrer à l'École, pourront y être appelées l'année suivante, sans subir un nouvel examen.

Le projet de règlement reproduit la disposition de l'arrêté de 1903 qui impose aux candidates choisies par le Directeur de l'Administration un stage de deux mois avant leur admission définitive à l'École. Par le moyen de ce stage, on pourra se former une opinion sur les futures élèves, et, par suite, éliminer d'ores et déjà, sans prononcer un renvoi, les stagiaires qu'il ne conviendrait pas d'admettre.

IV. Régime de l'École (Art. 11 à 13 inclus). — L'internat est le régime adopté, et la durée des études est fixée à deux années. Ce régime est nécessaire pour accoutumer les élèves à la vie hospitalière, et, si l'institution des boursières, aujourd'hui disparue, n'a pas donné le résultat espéré, c'est qu'elles n'avaient pu, au cours de leur année d'études, faire l'apprentissage pratique de leur profession.

En principe, l'internat sera donc obligatoire. Cependant, à titre exceptionnel, les élèves de Ire année pourront, par décision spéciale du Directeur de l'Administration, être autorisées à loger chez leurs parents ; mais l'internat sera imposé à toutes les élèves de 2e année, qui devront, pendant un certain temps, être attachées à un service de veille.

Les élèves de 1re année qui seront externées n'auront droit à aucune indemnité de logement, contrairement à l'arrêté de 1903, qui prévoyait une indemnité annuelle de 180 francs. Le principe de l'indemnité de logement a été écarté, car il serait de nature à provoquer un trop grand nombre de demandes d'externement, et, ramènerait ainsi, par une voie détournée, à l'institution des boursières. Les élèves stagiaires et infirmières sont nourries, logées et blanchies. Les élèves infirmières sont en outre habillées. Les stagiaires reçoivent une indemnité mensuelle de 10 francs. Les élèves infirmières ont un traitement mensuel de 10 francs pour la 1re année, et de 20 francs pour la 2e année d'hétudes. Cette différence d'expressions — indemnité et traitement — implique cette conséquence qu'à partir du jour où les élèves infirmières touchent un traitement, le temps passé à l'École compte pour la retraite.

L'Assistance publique va créer une situation privilégiée aux élèves de l'École de la Salpêtrière, puisqu'elle leur ouvre l'accès d'une carrière honorable qu'une femme peut envier à juste titre. D'autre part, sans parler des frais de construction, le fonctionnement de la nouvelle institution entraînera des dépenses. On pourrait donc légitimement n'accorder aux élèves aucun traitement, mais, par une raison d'égalité démocratique, nous vous demandons de rendre l'Ecole accessible aux jeunes filles méritantes qui seraient dénuées de ressources, et dès lors, s'impose l'allocation d'une somme minime.

Il arrivera, sans doute, que certaines élèves, le diplôme une fois obtenu, quitteront l'Assistance publique, dans le but de se mettre au service de malades riches. Pour prévenir, autant que faire se peut, cet exode préjudiciable aux intérêts hospitaliers, le projet impose aux élèves l'obligation de prendre l'engagement de rester trois ans au service de l'Administration, à partir du jour de la sortie de l'Ecole, et, dans le cas où elles partiraient avant l'expiration de ce laps de temps, de rembourser la somme de 1.000 francs, soit 500 francs pour chaque année d'études. On estime que cette indemnité et les services rendus par l'élève auprès des malades compenseront les sacrifices faits pour une éducation professionnelle. Il est inutile de dire que cet engagement devra être signé, au moment l'entrée à l'Ecole, par les élèves, si elles sont majeures, et par leurs parents, si elles sont mineures.

V. Programme des études (Articles 14 à 16 inclus). — Le projet de règlement indique seulement les grandes lignes du programme des études. Ce programme comprend des cours théoriques et pratiques professés dans les Ecoles actuelles. C'est moins la partie théorique que la partie pratique qui devra être développée. Il faut, en effet, se garder de donner aux surveillantes et infirmières l'illusion de posséder une demi-science, plutôt dangereuse ; il ne faut pas qu'elles aient tendance à vouloir suppléer le médecin ou à modifier ses prescriptions. Les élèves devront donc être surtout exercées aux fonctions d'infirmières, et initiées aux travaux des filles de service qu'elles auront un jour à commander, et au rôle de surveillante qu'elles pourront être appelées à remplacer.

Dans une administration comme l'Assistance publique de Paris dont les hôpitaux et hospices contiennent maintenant 29.580 lits réglementaires, la division du travail a nécessairement conduit à une spécialisation extrême à la fois des services et des fonctions.

Cette spécialisation a formé des agents experts dans un service particulier pour une fonction déterminée, mais elle expose aussi à avoir des surveillantes et infirmières inférieures à elles-mêmes quand des causes diverses obligent à les changer de service ou de fonction. C'est pourquoi les élèves infirmières, pendant les deux années d'études, devront passer successivement dans les divers services généraux (lingerie, cuisine, bains, etc.), et les divers services hospitaliers (médecine générale, maladies contagieuses, maladies spéciales, chirurgie, accouchement, aliénés, grands infirmes et vieillards).

VI. Examens de fin d'année (Art. 16 et 17) — A la fin de la 1re et de la 2e année. les élèves infirmières subissent un examen. Si l'examen de la 1re année n'est pas satisfaisant, l'élève devra, suivant la décision de l'Administration ou recommencer l'année, ou quitter l'Ecole. Le jury d'examen de la 1re année est composé des professeurs de l'École. Le jury d'examen de la 2e année comprend un représentant de l'Administration, un professeur et un médecin, un chirurgien, un accoucheur des hôpitaux. En composant ainsi le jury d'examen de la 2e année, votre Sous-Commission a pensé que le diplôme délivré aurait plus de valeur, car on ne pourra soupçonner des juges étrangers d'un sentiment excessif de bienveillance qu'on pourrait parfois être tenté d'attribuer aux professeurs des élèves.

Telles sont, Messieurs, les principales dispositions du projet soumis à votre examen. Et, maintenant, permettez-nous de rappeler que, dans vos séances, on a plus d'une fois, et sans doute, à juste titre, vanté certains hôpitaux de pays voisins. Les remarques faites à leur sujet sont de nature à exciter l'émulation, mais elle ne doivent pas nous rendre injustes à l'égard de nous-mêmes. Les hôpitaux étrangers, dont il a été parlé, sont des fondations privées, autonomes, pouvant diminuer à volonté le chiffre des admissions, et plusieurs préfèrent consacrer leur ressources propres à soigner avec plus de luxe un moins grand nombre de malades. Au contraire, les hôpitaux parisiens forment une seule administration, alimentée surtout par les deniers publics, et sont tenus, en vertu d'une tradition séculaire et aussi de par la loi, d'ouvrir à tous les malades leurs portes toutes grandes. Ici, toute réforme doit s'appliquer, en même temps, à tous les établissements, et toute amélioration a par conséquent une action plus étendue ; mais il faut sérier les améliorations, et c'est pourquoi paraît plus lente à première vue la marche vers une organisation idéale.

Votre Sous-Commission, Messieurs, se plaît à penser que la création qui va être faite marquera un pas de plus dans la voie des progrès réalisés depuis l'année 1878, qui a vu l'ouverture de la première École d'infirmières. Car ceux qui ont connu les hôpitaux à cette époque déjà lointaine peuvent témoigner des heureux résultats obtenus par l'œuvre à laquelle restera justement attaché le nom du docteur Bourneville, fondateur et directeur des Ecoles municipales d'infirmières.

En terminant, Messieurs, nous exprimons le souhait que le Conseil municipal, dont la générosité à l'égard de l'Assistance publique ne se lasse jamais, veuille bien accorder tous les subsides nécessaires au succès d'une institution qui fera honneur à la Ville de Paris.

Paris, le 9 avril 1906
Le Rapporteur, A. Gory.

Projet de règlement pour l'école des infirmières.

Article premier. — Il est créé, sous le nom d'École des infirmières de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, une École destinée à former des infirmières diplômées.

Une surveillante générale est placée à la tête de cette École.

Art. 2. — Les candidates à cette Ecole doivent être de nationalité française, célibataires, et âgées de 18 ans au moins et de 25 ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen. Toutefois, la limite d'âge est portée à 30 ans pour les candidates appartenant à l'Administration depuis 5 ans au moins.

Art. 3. — Les candidates doivent adresser à l'Administration de l'Assistance publique (service du personnel) une demande accompagnée de leur bulletin de naissance et d'un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de 3 mois de date.

Art. 4. — Un arrêté du Directeur de l'Administration déterminera chaque année le nombre des candidates qui pourront être admises à l'Ecole des infirmières.

Art. 5. — Les candidates ne sont définitivement admises à subir l'examen qu'après avis d'une Commission médicale chargée de constater leur aptitude physique.

Cette Commission est composée de deux médecins et d'un chirurgien des hôpitaux désignés par arrêté du Directeur de l'Administration.

Art. 6. — L'examen comprend une dictée, qui sert en même temps d'épreuve d'écriture, une narration française et deux problèmes d'arithmétique portant sur les quatre règles, les fractions et le système métrique.

Art. 7. — Le nombre maximum des points qui peuvent être attribués à chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Orthographe	20
Ecriture	5
Narration française	25
Problèmes	20
Total	70

Un seul zéro suffit pour exclure la candidate de la liste d'admissibilité.

Art. 8. — Le jury est composé d'un inspecteur principal, président, du directeur de la Salpêtrière, de la surveillante générale et de professeurs de l'Ecole.

Art. 9 — Les élèves de l'école sont choisies par le Directeur de l'Administration, parmi les candidates reconnues admissibles. Elles doivent effectuer un stage dont la durée est fixée à deux mois.

Art. 10. — Les élèves stagiaires sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies, et reçoivent une indemnité mensuelle de 10 francs. Les élèves infirmières jouissent des mêmes avantages en nature ; elles sont, en outre, habillées et reçoivent un traitement mensuel fixé à 10 francs pour la première année et à 20 francs pour la deuxième année d'études.

Art. 11. — Les élèves qui suivent les cours la 1re année, peuvent, exceptionnellement, et par décision spéciale du Directeur de l'Administration, être autorisées à loger chez leurs parents ; cette autorisation ne confère aucun droit à une indemnité de logement.

Art. 12. — La durée des études est fixée à deux ans. A l'expiration du stage, les élèves doivent prendre l'engagement de rester trois ans au service de l'Administration après leur sortie de l'Ecole. Dans le cas où elles partiraient avant l'expiration de ces trois années, elles devront payer une indemnité proportionnelle au temps restant à courir, calculée à raison de 1 fr. par jour.

Art. 13. — Le programme des études comprend :

Des cours élémentaires d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, de petite pharmacie, de massage, des leçons théoriques et pratiques sur les soins à donner aux malades atteints d'affections d'ordre médical et d'ordre chirurgical, aux aliénés, aux vieillards et aux incurables, aux enfants, aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; des cours d administration hospitalière, des cours de cuisine, des leçons théoriques et pratiques sur le service de salle et d'office, et sur la préparation des tisanes, boissons et mets, etc.

Art. 14. — Pendant les deux années d'études, les élèves infirmières passent successivement dans les divers services hospitaliers énumérés à l'article 13 et dans les services généraux. Elles sont appelées à participer au service de veille, pendant la 2e année de séjour à l'Ecole.

Art. 15. — A la fin de la 1re année d'études, les élèves infirmières subissent un examen devant les professeurs de l'Ecole. Celles dont les notes ne sont pas satisfaisantes doivent, si l'Administration le juge nécessaire, recommencer l'année d'études qu'elles viennent de terminer. Celles dont les notes sont absolument insuffisantes ne sont pas admises à prolonger leur séjour à l'Ecole.

Art. 16. — A la fin des études, les élèves infirmières sont soumises à un examen devant un jury composé d'un représentant de l'Administration, d'un professeur de l'École, d'un médecin, d'un chirurgien et d'un accoucheur des hôpitaux. Il est délivré aux élèves infirmières qui ont subi avec succès l'examen de fin d'études un diplôme d infirmière de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Les élèves qui ont obtenu ce diplôme sont nommées infimières de 2e classe.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la Coqueluche.

L'Hélénine de Korab diminue d'une façon notable l'excitabilité laryngo-pharyngienne ; c'est un modérateur, un calmant du système nerveux (Communications à la Société de Biologie). Cette propriété bien démontrée fait comprendre la puissance curative de l'Hélénine dans la coqueluche ; d'après Valenzuela (*El Siglo medico* de Madrid), les effets de l'Hélénine sont merveilleux. Introduite dans l'estomac, l'Hélénine agit à la manière des amers aromatiques et s'oppose aux vomissements si fréquents et si pénibles qui accompagnent les quintes de toux. Cet agent thérapeutique doit être administré sous forme de Sirop du Dr de Korab à la dose de quatre à cinq cuillerées à café par jour.

VARIA

Les médecins à la Chambre des Députés.

La nouvelle Chambre des députés compte 46 médecins qui sont MM. les Drs Amodru, Baudet (Côtes-du-Nord), Baudon, Boutard, Brousse (Seine), Cachet, Cazauvieilh, Cazeneuve, Chambige, Chapuis (Jura), Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Chopinet, Clament, Defontaine, Delbet, Delpierre, Delelis, Devins, Dron, Dubief, Dubuisson, Dudouyt, Durand (Aude), Empereur Isoard, Lachaud, Laurent, Levraud, Meslier, Morel (Pas-de-Calais), Pechadre, Pouteyron, Pozzi (Marne), Pujade, Ravier, Roblin, Rouby, Sabaterie, Santelli, Sarrazin, Simyan, Sireyjol, Thivrier, Vacherie, Vazeille, Villeneuve.

Il y a en outre 9 pharmaciens : MM. Astier, Bachimont, Baduel, Chamerlat, Féron, Morel (Loire), Renard, Schmidt, Selle et 2 vétérinaires : MM. Fitte et Prjot.

Le nombre des médecins n'est relativement pas exagéré si on songe qu'il y aura à la Chambre 119 avocats, 40 journalistes ou publicistes, 26 professeurs, 26 anciens officiers, 2 artistes peintres et 2 curés.

Les médecins français en Perse.

M. Delorme a rappelé récemment à l'Académie de Médecine que le corps de santé militaire français compte en Perse, depuis longtemps, plusieurs représentants autorisés. Actuellement, le médecin principal de 1re classe Schneider, qui a remplacé l'ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce Tholozan, remplit les fonctions de médecin en chef de S. M. I. le Schah. Le docteur Coppin, médecin-major de 1re classe, attaché à Son Altesse Impériale le Prince Héritier à Tauris, M. H. Renard, pharmacien en chef de S. A. I. ; les médecins-major Galley et Georges, répétiteurs à l'Ecole du service de santé de Lyon, sont chargés des fonctions de professeurs à l'Ecole de médecine naissante de Téhéran. Le médecin-major Sorel est attaché comme médecin à la personne du prince Zell es Sultan, gouverneur d'Ispahan ; enfin M. le pharmacien-major Lecomte, lauréat du Val de-Grâce, remplit les fonctions de pharmacien de S. M. I. le Schah.

Cette colonie médicale française tient très dignement sa place en Perse. Elle y fait honneur à la science médicale française. Son initiative s'attache aux améliorations médicales du pays (enseignement, constitution de laboratoires, de centres vaccinogènes, de commissions sanitaires. Elle fait au Conseil sanitaire de l'Empire de Perse les efforts prophylactiques les plus méritoires contre les épidémies de choléra et de peste.

En outre des médecins français, nous citerons un excellent ami de la France, le Dr Loghman-ol-Mémalik, médecin en chef de S. A. I. le Prince héritier, membre du Conseil supérieur de l'empire. Après avoir complété ses études de médecins à la Faculté de Paris, il est retourné en Perse où il a fondé une école française à Tauris, dont le directeur est M. Renard. Il y a plusieurs années que le Dr Loghman a envoyé ses trois fils, MM. Moïn-ol-Atebba, Hassan Khan et Abbas Khan, terminer leurs études médicales à Paris. Ils travaillent pour obtenir leurs diplômes et répandre plus tard la science médicale française en Perse.

La Caisse des recherches scientifiques.

Le *Journal officiel* publie le rapport annuel sur le fonctionnement de la caisse des recherches scientifiques en 1905. Les ressources de cette caisse proviennent de subventions des conseils généraux, et d'allocations sur les fonds du pari mutuel : elles sont destinées à aider les savants dans les recherches et les travaux spéciaux qu ils ont entrepris. Les rapports généraux sur les allocations accordées aux auteurs font l'objet d'une publication annuelle qui est adressée aux corps savants et étrangers : il en a été accordé pour 158.000 francs en 1905, sur un total de dépenses de la caisse montant à 178,[illegible] francs.

La somme de 50,000 francs provenant du pari mutuel a été employée, comme précédemment, à subventionner les travaux entrepris à la station expérimentale de Lille, sous la direction de M. Calmette.

Parmi les recherches de la 1re section (recherches biolog-

ques), on peut citer celles de M. Achard, agrégé de la faculté de médecine de Paris, sur « le régime déchloruré » ; de M. Arloing, de Lyon, sur « l'unité et la dualité de la tuberculose humaine et bovine et sur la vaccination antituberculeuse » ; de M. F.-J. Bosc, de Montpellier, sur « les maladies bryocytiques », notamment la variole ; du docteur Delacroix, de l'Institut national agronomique, sur les maladies de diverses plantes, entre autres du tabac ; de M. Raphaël Dubois sur les « radiobes » ; de M. Julien Ray, de Lyon, sur le cancer, etc.

Le Conseil de l'Université de Paris.

Le conseil de l'Université de Paris, après avoir désigné M. Proust, agrégé de la faculté de médecine, pour représenter l'Université au congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, s'est prononcé pour le maintien à la faculté des lettres de la chaire de science de l'éducation, de la chaire d'histoire de la civilisation et des institutions du moyen âge, et pour la transformation en chaire, du cours des sciences auxiliaires de l'histoire. Il a définitivement approuvé, en ce qui le concerne, l'opération relative à l'extension de l'Université de Paris

Cette vaste affaire se subdivise en deux opérations distinctes : 1° Construction, à frais communs, par l'Etat et la ville de Paris, d'un institut de chimie couvrant une surface de 9.000 mètres, où seraient établis les divers services de chimie de la faculté des sciences et le service de la chimie appliquée provisoirement installé lors de sa création, dans les baraquements de la rue Michelet. Cette première opération coûtera 3 millions, partagés entre la Ville et l'Etat ;

2° Acquisition par l'Université de Paris, pour ses besoins futurs, d'un terrain de 14.000 mètres carrés, faisant, comme le premier, partie de l'immeuble situé entre la rue Saint-Jacques et la rue d'Ulm, que la congrégation des Dames de Saint-Michel, qui doit se transférer à Chevilly, a été autorisée à vendre. Cette seconde dépense, qui s'élève 1.900.000 fr., sera faite par l'Université sur ses ressources propres, avec le concours de l'Etat pour 750.000 francs et avec le montant de la donation du prince de Monaco. C'est sur une partie de ce terrain que s'élèvera l'institut océanographique fondé par le prince Albert de Monaco à Paris, et auquel il vient d'attribuer, avec le musée créé par lui à Monaco, un capital de 4 millions.

L'air respirable pour les parisiens.

M. Brenot, conseiller municipal du quartier Saint-Avoye, dans le troisième arrondissement, a fait établir une statistique qui a permis de constater que, dans le 3e arrondissement, la « moyenne de surface libre de constructions par habitant » est de 5 mq. 07, la plus inférieure dans tout Paris est dans le 3e arrondissement ; c'est le quartier même de M. Brenot qui est le moins aéré. Le 2e arrondissement vient après avec 5 mq. 82, puis le 11e, le 9e, le 10e, le 4e. Les arrondissements les plus aérés sont le 15e avec 38 mq 97 par habitant, et le 16e avec 45 mq. 98. Et M. Brenot estime qu'il y a lieu de prendre une mesure générale qui consisterait à faire disparaître, dans Paris, les îlots contaminés par la tuberculose ou autres maladies contagieuses et, en ce qui concerne les quartiers Saint-Avoye (3e arrondissement) et Saint-Merri (4e arrondissement), à réaliser l'augmentation de l'air au moyen de la création de squares, de places publiques et de l'élargissement des rues existantes.

Nous ne saurions trop appuyer la proposition de M. Brenot. De l'enquête que nous avons entreprise sur les conditions d'existence des malades soignés par le médecin de l'Assistance médicale à domicile dans la partie basse du quartier de la Sorbonne (quartier Saint-Séverin) un des îlots les plus décimés par la tuberculose, il résulte que *les habitants indigents ou nécessiteux de ce quartier ne disposent pas, chacun, de plus de sept mètres cubes et demi d'air dans leurs logements* et nombre d'entre eux sont célibataires et occupent seuls une chambre d'hôtel.

J. Noir.

Révolte de lépreux.

Madagascar nous remémore les mœurs du moyen-âge. Nous avons récemment signalé la manière dont les aliénés y étaient traités, vagabondant, entravés de chaînes, à travers Tananarive et y vivant d'aumônes. Aujourd'hui ce sont les lépreux qui se révoltent s'il faut en croire la nouvelle que le *Temps* vient de reproduire :

Dans la soirée du 19 mars dernier, les lépreux de Farafangana furieux de se voir retenus à la léproserie sans espoir de guérison, disent-ils, avaient formé le projet de tuer toutes les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul qui leur donnent des soins. Un des leurs s'y opposa, en donnant pour raison que le « fanzakana », c'est-à-dire le gouvernement, tuerait également leurs femmes et leurs enfants, et qu'il valait mieux dans ces conditions profaner le cimetière des Européens et en déterrer les morts, afin de se faire chasser.

Les infortunés comptaient pour cela sans l'énergie de l'administrateur, M. Bénévent, qui, mis au courant de leur projet, réussit, après une enquête, à découvrir les coupables. Ils avaient malheureusement réussi déjà à déterrer le cadavre d'une religieuse, dont ils avaient éparpillé les restes, cassé le crâne, déchiré la robe et soustrait quelques ossements. Il se peut qu'il y ait aussi à cette profanation un motif superstitieux : beaucoup de Malgaches croient que les ombres des morts, si elles sont importunées dans leur tombe, se retournent et emmènent avec elles non pas les auteurs de la profanation, mais celles de leurs propres parents, ou du moins de leurs compatriotes.

Ne se croirait-on pas reporté aux XIIIe et XIVe siècles, où Juifs et lépreux conspiraient ensemble pour obtenir un sort plus doux ou se venger de la triste existence qu'on leur imposait. Espérons que l'éminent médecin qui gouverne Madagascar parviendra, tout en sauvegardant l'état sanitaire de l'île, à y répandre les idées de philanthropie qui font l'honneur de notre race et de notre époque.

J. N.

LES CONGRÈS

Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la médecine.

(Paris, 28 au 31 mai 1906).

Salle des examens de l'Assistance publique

49, rue des Saints-Pères, 49.

Programme des séances : Lundi 28 mai 1906. *Séance du matin.* – Ouverture du congrès : Discours de M. le professeur Brouardel, président du congrès ; Rapport de M. le docteur Ch. Levassort, secrétaire général ; Nomination du bureau définitif:

Rapports : I. Exercice illégal de la médecine par les rebouteurs, sorciers et empiriques de même nature. Rapporteur : M. le Dr Léon Pouliot (Poitiers). — II. Exercice illégal de la médecine par les charlatans, magnétiseurs et somnambules. Rapporteur : M. le Dr Barbanneau, à Pouzauges (Vendée). — Communication : Le magnétisme comme moyen de diagnostic et la loi du 30 novembre 1892. M. Cornet, avocat à la Cour d'appel de Paris.

Séance du soir (de 2 h. à 5 h.). — Rapport : III. Faits d'exercice illégal de la médecine par des personnalités laïques ou religieuses, dans un but ou sous un prétexte de charité. Rapporteur : Me Bruno-Dubron, avocat à la Cour d'appel de Paris. — Communication : La pratique illégale de la médecine dans la province de Québec (Canada). M. le Dr Laurendeau, de Saint-Gabriel-de-Brandon (Canada). — Rapport : IV. Exercice illégal de la médecine par des membres de sociétés de secours aux malades et aux blessés. Rapporteur : M. le Dr Dignat (Paris). — Communication : Comment armer les mères de famille pour défendre leur foyer contre les dangers de l'exercice illégal. M. le Dr Suarez de Mendoza (de Paris). — Rapports : V. Exercice illégal de la médecine par les gardes-malades, infirmiers et panseurs. Rapporteur : M. le Dr Noir (de Paris). — VI. Exercice illégal de la massothérapie. (Ce qu'il est ; ses dangers ; remèdes possibles). — Les écoles de massage. (Ce qu'elles sont ; ce qu'elles devraient être). Rapporteurs : M. le Dr Mesnard (Paris) ; Me Mathiot, avocat à la Cour d'appel de Paris. — Communication : Projet de création d'écoles de gymnastique médicale. M. le Dr Boyer (de Toulouse).

Séances du mardi 29 mai 1906. — *Séance du matin.* (de 9 h. à 11 h.). — Rapports : VII. Exercice illégal de la médecine par les barbiers et coiffeurs. Rapporteur : M. le Dr Milian (Paris). — VIII. Exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. (Confusion du titre de docteur en pharmacie avec celui de docteur en médecine.) Rapporteur : M. le Dr Dubousquet-Laborderie, de Brive-Saint-Germain (Corrèze). — Communications : Confusion du titre de docteur en pharmacie, avec celui de docteur en médecine. M. le Dr Dubousquet-Laborderie, de Brive-Saint-Germain (Corrèze). — Suppression du doctorat en pharmacie. M. le Dr H.

Louis, à Etain (Meuse). — De l'exercice illégal par les pharmaciens favorisé par les Société de secours mutuels. M. le Dr Madelaine, de Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados).

Rapport : IX. Exercice illégal de la médecine par les herboristes et bandagistes (Traitement des hernies et varices). Rapporteur : M. le Dr Boudin, à Oyonnax (Ain). — Communication : De l'exercice illégal de la médecine à forme scientifique, par les chimistes. M. le Dr Rocheblave, de Valence (Drôme).

Séance du soir (de 2 h. à 5 h.). — Rapports : X. (*a*) De l'exercice illégal et principalement de l'exercice irrégulier de la médecine par les opticiens. Rapporteur : M. le Dr d'Ayrenx (Paris). — (*b*) De l'exercice illégal de l'ophtalmologie. Rapporteur : M. le Dr Péchin (Paris). — XI. Exercice illégal par les personnes qui font de l'électricite médicale. Rapporteur : M. le Dr Laquerrière (Paris). — XII. Exercice illégal de la médecine pratiqué par les dentistes. Rapporteur : M. le Dr Lassudrie (Paris). — XIII. Exercice illégal de la médecine par les sages-femmes. Rapporteur : M. le Dr Dieupart (Paris). — XIII *bis*. Condition actuelle de la sage-femme ; ses devoirs et ses droits. — Modifications à apporter à la loi et à l'enseignement. Rapporteur : Mme Bourgeois, sage-femme de 1re classe (Paris).

Séances du mercredi 30 mai 1906. — Séance du matin (de 9 h. à 11 h.). — Rapport : XIV. Exercice illégal de la médecine par des médecins étrangers. (Inconvénients d'accorder, sans raisons suffisantes, à des étrangers, des équivalences, transformant, dans certains cas, l'exercice illégal en exercice irrégulier). Rapporteur : M. le Dr de Grissac, à Argenteuil (Seine-et-Oise). — Communications : Exercice illégal de la médecine, à Nice. M. le Dr Danjou, de Nice. — Exercice illégal par les médecins de frontière. M. le Dr Lemierre, de Lille. — Rapports : XV. Exercice illégal par les étudiants en médecine. (Remplacements sans avoir rempli les formalités légales. Etablissement avant d'avoir passé la thèse. Internes des hôpitaux ; certificats). Rapporteur : M. le Dr de Grissac, à Argenteuil (Seine-et-Oise). — XVI. De l'usurpation par les officiers de santé du titre de docteur en médecine. Rapporteur : Me Geoffroy, avocat à la Cour d'appel (Paris). — XVII. Docteurs sortant des attributions que la loi leur confère : en couvrant de leur diplôme des entreprises louches, instituts variés, académies fantaisistes, cabinets vénériens, etc., et en prêtant leur concours à des charlatans de toute sorte, afin de les soustraire aux prescriptions de la loi. Rapporteur : M. le Dr Sentourens, La Ferté-Bernard (Sarthe). — XVIII. Exercice illégal et charlatanesque de la médecine, par la réclame. Rapporteur : M. le Dr Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille (Nord).

Séance du soir (de 2 h. à 5 h.). — Rapport : XIX. Du rôle de la presse en matière d'exercice illégal de la médecine. Rapporteurs : M. Breitel, docteur en droit (Paris) ; M. Goret, docteur en droit (Paris). — Communication : Exercice illégal par dès médecins ou pseudo-médecins voyageurs, dont il est impossible de contrôler les titres et diplômes. M. le Dr Lemière, de Lille. — Rapport : XX. Des réclames médico-pharmaceutiques à allures scientifiques, faites à l'aide de tout procédé de publicité, par des personnes n'ayant pas de diplôme de médecin. Rapporteur : M. G. Leredu, avocat à la Cour d'appel (Paris). — Communication : Exercice criminel de la médecine par la réclame. M. le Dr Le Pileur, de Paris. — Rapport : XXI. Comment avertir le public des dangers de l'exercice illégal de la médecine. Rapporteur : M. le Dr Leredde (Paris). Communications : Des causes de l'exercice illégal et des moyens de le combattre. M. le Dr Deschamps, de Rennes. — La propagande et l'éducation du public, à propos de la communication de M. Leredde. M. le Dr Maurice, de Lyon. — Rapport : XXII. Les causes sociales de l'exercice illégal de la médecine. (Considérations psychologiques et économiques). Rapporteur : M. le Dr Bardet (Paris). — Communication : Responsabilité des médecins dans l'exercice illégal de la la médecice. M. le Dr Leredde, de Paris.

Séances du jeudi 31 mai 1906. — Séance du matin (de 9 h. à 11 h.). — Rapport : XXIII. Loi du 30 novembre 1892. (Examen critique ; ses lacunes ; ses applications. Insuffisance de la répression ; modifications à apporter. Rapporteurs : M. le Dr Albert Prieur (Paris) ; Me Léon Prieur, avocat à la Cour d'appel (Paris). — Communication : L'agitation légale à propos de la communication de MM. Prieur. M. le Dr Maurice, de Lyon.

Rapport : XXIV. Action des syndicats : § 1. Action judiciaire : Droit d'action des syndicats ; conditions de l'exercice de ce droit, rapports avec les parquets. — § 2. Action extrajudiciaire : Union des syndicats ; centralisation des renseignements ; action officieuse. Rapporteur : M. le Dr Maxwell, avocat général à la Cour d'appel de Bordeaux.

Séance du soir (de 2 h. à 5 h.). — Rapport : XXV. Création d'un Office central pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, avec caisse alimentée par tous les groupements professionnels. Rapporteur : M. le Dr Ch. Levassort (Paris). — Communication : Création d'un comité international contre le charlatanisme. M. le professeur Treub, d'Amsterdam.

Compte-rendu du trésorier. Vœux généraux. Nomination de la commission de permanence. Discours de clôture.

FORMULES

XXXIX. — Contre l'hyperhydrose des pieds.

Joachimczyk conseille, dans les cas peu graves, de saupoudrer avec l'*adorine* ; dans les cas graves, il faut pratiquer les badigeonnages avec la *formaline*.

(*Ther. Monats.* cité par les *Nouv. Remèdes*).

XL. — Contre l'anémie des hypochlorhydriques.

Phosphate de soude	10 gr.
— de potasse	8 gr.
Teinture de badiane	5 gr.
Bromhydrate de quinine	1 gr.
Glycérine neutre	50 gr.
Sirop de noyer	250 gr.

1 c. à b., 1/2 heure avant les repas.

XLI. — Contre la métrite chronique.

Matin et soir, donner une cuillerée à soupe de :

Iodure de potassium	5 gr.
Arséniate de soude	0 gr. 05
Eau distillée	100 gr.

qu'on alternera avec un cachet matin, et soir, de :

Poudre fraîche d'ergot de seigle	0 gr. 15
Poudre de colombo } ââ	0 gr. 15
— de cannelle }	
Carbonate de fer	0 gr. 10

Appliquer sur le ventre en même temps la pommade, qu'on recouvrira ensuite de flanelle et de taffetas gommé :

Ergotine Bonjean } ââ	3 gr.
Iodure de potassium }	
Extrait de noix vomique	1 gr.
Vaseline	30 gr.

(Alb. Robin).

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 30 mai.* — *M. Berniolle* : La torsion des fibromes utérins pédiculés sous-péritonéaux, en dehors et pendant la grossesse (MM. Pinard, Kirmisson, Lepage, Potocki). — *M. Goilot* : Insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire (MM. Pinard, Kirmisson, Lepage, Potocki).

Jeudi, 31 mai. — *M. Misset* : Considérations relatives à l'hypertrophie de la prostate et à la prostatectomie (MM. Guyon, Berger, Marion, Auvray). — *M. Auburtin* : Les effets tardifs du chloroforme (MM. Berger, Guyon, Marion, Auvray). — *M. Baize* : Etude clinique sur les empoisonnements par les gâteaux à la crème (MM. Brouardel, Gilbert, Dupré, Carnot). — *M. Tremblin* : Contribution à l'étude de l'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine (MM. Gilbert, Brouardel, Dupré, Carnot). — *M. Wattez* : Etude sur le vasogène au mercure (MM. Gilbert, Brouardel, Dupré, Carnot). — *M. Burgaud* : Les érythrodermies du lichen plan (MM. Gilbert, Brouardel, Dupré, Carnot). — *M. Dodeuil* : Tuberculose et appendicite (MM. Cornil, Raymond, Chantemesse, Bezançon). — *M. Seris* : Le mongolisme infantile (MM. Raymond, Cornil, Chantemesse, Besançon). — *M. Peyron* : Marche du choléra de 1902 à 1906 (MM. Chantemesse, Cornil, Raymond, Bezançon). — *M. Sriber* : De la marche de l'accouchement gémellaire : Etude statistique (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau) — *M. Flour* : Les consultations de nourrissons et l'allaitement maternel (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Landon* : Du décollement du placenta inséré normalement au cours de la grossesse (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Crasson* : Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. L'Hirondel* : Le bassin sacro-coxalgique en obstétrique (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau.

Examens de doctorat. — *Lundi, 28 mai.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Tuffier, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Delens, Leguen. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Kirmisson, Brocq (Aug.), Duval (Pierre). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Reclus, Sébileau, Mauclaire. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Brissaud, Teissier, Labbé (Marcel).

Mardi, 29 mai. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Dieulafoy, Dupré, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Robin, Thiroloix, Carnot. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série. Charité) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie. Charité) : MM. Joffroy, Méry, Gouget. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Vendredi, 1 juin. — 5e (Chirurgie. 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Pierre Duval. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 2 juin. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Thirolox, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Chantemesse, Renon, Gouget. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Société médico-psychologique. — Séance ordinaire, le lundi 28 mai, à 4 heures précises, rue de Seine, 12. Ordre du jour : 1° Rapport de candidature : M. Semelaigne ; 2° Un cas de délire hypochondriaque avec idées mégalomaniaques : MM. Sellier et Duhem ; 3° Délire d'interprétations et paranoïa : MM. G. Deny et P. Camus ; 4° Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie : MM. Doutrebente et Marchand.

L'hygiène dans l'armée. — M. le général Privat, en quittant le commandement de la 32e division, a terminé son ordre du jour d'adieux par un conseil hygiénique aux soldats, qui fait honneur à celui qui l'a prononcé : « Méfiez-vous de l'alcool et de la volupté ».

Le poids des officiers de cavalerie. — Même au ministère de la guerre on commence à tenir compte des enseignements des sciences biologiques. On a ainsi reconnu qu'il est nécessaire, pour les affectations aux différentes subdivisions d'arme de la cavalerie, de connaître la taille et le poids des officiers. Or, le ministre a remarqué que la taille était souvent donnée d'une manière inexacte, par ce qu'elle a été prise au moment de l'entrée au service, alors que l'officier n'avait pas terminé sa croissance. Le poids jusqu'à présent n'était pas indiqué. En conséquence, une circulaire ministérielle invite les chefs de corps de la cavalerie à faire mention sur les feuilles de notes des officiers, de la taille et du poids de chacun d'eux. Ces indications devront, en outre, accompagner toute demande d'affectation ou de mutation.

L'Œuvre antituberculeuse. — L'assemblée générale de l'Œuvre a eu lieu à la salle des Agriculteurs, sous la présidence d'honneur de MM. les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique, représentés par MM. Berton et Blancheville. La présidence effective a été donnée à M. Blancheville. M. Corail, secrétaire de l'Œuvre, a lu un rapport moral et financier, et le docteur Simionesco un rapport médical. Puis des allocutions furent prononcées par M. Blancheville et Mme Thénard. Des médailles de la mutualité ont été données aux collaborateurs de l'Œuvre. Une matinée artistique a clôturé l'assemblée.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 27 et 28 mai prochain, à 2 heures précisés dans la salle des concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), rue des Saints-Pères, 49.

Ordre du jour. — 1° Allocation de M. Brouardel, président ; 2° Lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ; 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Blache, trésorier général ; 4° Rapport sur la gestion financière du trésorier, par MM. Hallopeau et Périer ; 5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1905, par M. Lereboullet, secrétaire général ; 6° Election du trésorier général, d'un secrétaire et de sept membres du Conseil général. — Candidats présentés par le Conseil général : Trésorier général, M. Blache, trésorier général sortant, arrivé au terme de son mandat ; — Secrétaire, M. G. Lepage, membre du Conseil général, proposé pour secrétaire ; — MM. Champetier de Ribes, Créquy, Gassot, Hallopeau, Langlet et A.-J. Martin, membres sortants, arrivés au terme de leur mandat ; M. Darras, membre de la Commission administrative de la Société centrale, en remplacement de M. Lepage, proposé pour secrétaire ; 7° Rapport de M. Rist, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée ; 8° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1906 ; 9° Rapport de A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Société unies à la prise en considération de l'Assemblée générale ; 10° Examen et discussion du projet de contrat avec l'Association amicale pour l'indemnité-maladie et la Caisse des pensions de retraite du Corps médicale français. A 7 heures et demie précises, le banquet aura lieu au Palais d'Orsay.

Nouveau journal : Nous venons de recevoir les deux premiers numéros du *Rapporteur Médical*.

Chronique des hôpitaux.

Conférences de pratique médicale. — M. Le Gendre a repris, le samedi 19 mai, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, ses conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie), et les continuera les samedis suivants.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — *Cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale*, sous la direction de M. Pierre Sébileau, avec l'assistance de MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteur. Opérations sur les organes de la tête et du cou, par M. Pierre Sebileau, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière et de M. E. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Ce cours commencera le mercredi 6 juin. — Il aura lieu à 3 heures 1/2 : I. Généralités, ligature des gros troncs artériels du cou, ligature et découverte de la veine jugulaire interne, bec-de-lièvre et fissures palatines, mercredi 6 juin. — II. Chirurgie du conduit, de la membrane, des osselets, antrotomie, trépanation mastoïdienne, écartement du pavillon, fermeture des orifices de trépanation mastoïdienne, vendredi 8 juin. — III. Les pharyngotomies, l'œsophagotomie externe, l'amputation de la langue, lundi 11 juin. — IV. Evidement pétro-mastoïdien, le labyrynthe, le sinus latéral, le golfe jugulaire, le nerf facial, mercredi 13 juin — V. Trépanation cérébrale, fractures du crâne, épanchements sanguins, tumeurs cérébrales, abcès encéphaliques, abcès d'origine otique, vendredi 15 juin. — VI. Trachéotomie, laryngotomie, laryngectomie, suture trachéale, prothèse laryngée, lundi 18 juin. — VII. Trépanation du sinus frontal, voie d'accès sur l'ethmoïde, le sphénoïde, opérations radicales contre les suppurations des cavités annexielles, prothèse du sinus frontal, mercredi 20 juin. — VIII. Ouverture et drainage du sinus maxillaire, résections partielles et totales du maxillaire supérieur, les rhinotomies, voies d'accès dans le cavum, vendredi 22 juin. — IX. Opérations sur la cloison et les cornets, endoscopie respiratoire et digestive, rhinoscopie, bronchoscopie, œsophagoscopie, recherche et extraction des corps étrangers, lundi 25 juin. — X. Résections partielles et totales sur la mâchoire inférieure, voies d'accès sur l'expansion du trijumeau, gassérectomie, sympathectomie, anastomose spino et hypoglosso-faciale, mercredi 27 juin. — Les élèves répèteront les opérations sous la direction des prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs. — Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs Le cours est gratuit pour les Internes des hôpitaux. — Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Deny a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 20 mai à 10 heure, section Rambuteau et les continuera les dimanches suivants.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Hopital Saint-Antoine. — Le Dr P. Le Noir, assisté des Drs Camus et Courcoux : cours élémentaire sur les maladies de l'estomac. Ce cours sera complet en 12 leçons. Le vendredi conférence clinique.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Hallopeau : leçons cliniques, le jeudi à trois heures.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Louis Rénon, méd. des hôp. Maladies du cœur et des poumons le vendredi à dix heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

Librairie SCHLEICHER, frères

15, rue des Saints-Pères.

Louis Buchner. — Force et matière. 1 vol. in-8° écu de 325 pages. Prix... 2 fr.

Librairie F. DE RUDEVAL

4, rue Antoine-Dubois.

Mégnin (P.). — Les insectes buveurs de sang. 1 vol., 150 pages. Prix... 3 fr.

Librairie MASSON et Cie

120, boulevard Saint Germain.

Cros-Mayrevieille (Gabriel). — L'administration du patrimoine des pauvres. Vol. de 114 p.

Librairie JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne.

Gouraud (F. X.). — Aide-mémoire de chimie physiologi... 1 vol. de 124 pages. Prix...

Rénon (Louis). — Le diagnostic précoce de la tuberculose pul-monaire. 1 vol. 70 pages. Prix...

Pozzi-Escot. — Phénomènes de réduction dans les organismes. 1 vol. 100 pages. Prix... 1...

Pozzi-Escot. — Les toxines et les venins et leurs anti-... 1 vol. 116 pages. Prix...

Pozzi-Escot. — Les sérums immunisants. 1 vol, 110 p... Prix...

Pozzi-Escot. — Mécanique chimique. 1 vol. 110 pages. 1...

Pozzi-Escot. — Précis de chimie physique. 1 vol. in-8 toile. Prix...

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille.

Branca (A.). — Précis d'histologie. 1 vol. in-8° de 6... avec 206 fig. cartonné. Prix...

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise). Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 2 JUIN 1906

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

Sur le blanchiment des cheveux, des poils et des plumes ;

Par Mme le Dr **PHISALIX**.

Le blanchiment des cheveux et de la barbe chez l'homme, des poils et des plumes chez la plupart des vertébrés supérieurs, est une des manifestations les plus précoces et les plus caractéristiques de la vieillesse.

Nous pouvons aisément observer le fait chez le chien, dont la durée de la vie est assez restreinte : vers l'âge de cinq à six ans, ses moustaches commencent à blanchir ainsi qu'un grand nombre des poils de sa robe. De même, chez l'âne, le mulet, le cheval, le phénomène, pour être un peu plus tardif, n'en est pas moins apparent, et si nous ne l'observons que rarement chez les bêtes à cornes et les animaux de volière ou de basse-cour, c'est que nous ne lui laissons pas le temps de se produire.

Le blanchiment de la vieillesse débute d'une façon insidieuse, et met toujours quelque temps à s'établir. Mais on sait que la canitie peut survenir brusquement ; que des hommes ont blanchi « en une nuit » à la suite d'un choc moral violent, d'une émotion forte, d'une frayeur vive.

Les animaux subissent cet effet tout comme l'homme, et Weinland (1856), rapporte le cas « d'un étourneau devenu instantanément blanc, après avoir échappé aux griffes d'un chat. » Un froid subit et intense produit le même effet : J. Ross, dans les récits de son voyage au pôle nord (1819) rapporte une expérience faite sur un lemming, rongeur des régions arctiques, gardé à bord du navire. « Ayant remarqué que dans la chambre chauffée, il conservait sa fourrure d'été, je fus conduit à essayer l'effet du froid en l'exposant pendant quelques jours à la température de l'hiver. Je le plaçai en conséquence sur le tillac le 1er février, et le matin suivant, après avoir été exposé à une température de 30° au-dessous de zéro, sa fourrure sur les joues et une plaque sur chaque épaule étaient parfaitement blanches. Le jour suivant, les plaques des épaules s'étaient considérablement étendues, et la partie postérieure du corps et des flancs étaient devenue d'un blanc sale. Au bout de la semaine, l'animal était entièrement blanc, sauf sur un espace en forme de selle qui resta foncé, sur le dos. » Cette action du froid s'observe également, mais d'une façon moins brusque sur les animaux à fourrure et à plumes qui passent l'hiver dans les hautes montagnes, ou qui habitent les régions polaires. Périodiquement, quand arrivent les jours froids, la robe devient plus épaisse, plus moelleuse, plus protectrice, en même temps que les teintes chaudes de l'été s'atténuent pour passer progressivement à des tons plus clairs, et dans beaucoup d'espèces, au blanc pur. Le même animal change donc de couleur suivant la saison, et dans la très belle collection du musée de South-Kensington, on a quelque peine à reconnaître, sous leur robe d'une blancheur éclatante, nos petites hirondelles noires.

Quelles que soient les circonstances et la vitesse suivant lesquelles survient la canitie, on admet qu'elle est due dans les différents cas aux mêmes causes : pour les auteurs anciens, et la plupart des auteurs modernes, le blanchiment provient de la dessiccation plus ou moins complète de la moelle du cheveu ou du poil, qui seule contient le pigment, et de la pénétration consécutive de l'air dans le canal central ainsi formé. Il équivaudrait de la sorte à la mort partielle du tégument qui deviendrait comparable à un tronc d'arbre creux. M. Trouessart, qui tout récemment (1) a étudié, au point de vue qui nous occupe, l'hermine, dont le poil est roux en été et l'écureuil des montagnes qui est noir en été et gris en hiver, confirme en partie cette théorie. « Lorsque le poil de l'hermine commence à blanchir on observe deux faits principaux : 1° l'extrémité du poil semble se vider des cellules pigmentées qui la remplissaient primitivement ; 2° la couche corticale devient trouble et, à un fort grossissement, on constate que cet aspect est dû à de longues traînées de grains de pigment qui la font paraître irrégulièrement striée.

« Sous l'action du froid, il se produit donc tout d'abord une rétraction du cône médullaire ; les cellules pigmentaires qui remplissaient la pointe du poil se dessèchent et se désagrègent ; elles s'allongent et forment des fuseaux irréguliers laissant des vides entre eux. Cette rétraction atteint bientôt toute la hauteur du poil

(1) C. R. Soc. Biol., 17 fév. 1906, p. 271.

comme un liquide pâteux qui se rétracte, par dessiccation, dans un moule de verre ; un vide semblable à celui de l'extrémité distale se produit également dans la partie proximale, au-dessus du bulbe. La rétraction de la couche corticale, conséquence de ce vide interne, donne alors à la surface du poil l'aspect écailleux, en stipe de palmier, qui résulte de la conformation de cette couche corticale (troncs de cônes emboîtés et à bords dentelés).

« Sur les poils devenus complètement blancs de l'hermine, la couche corticale a repris toute sa transparence et l'on voit au centre la moelle formée de cellules mortes, desséchées et décolorées, sauf aux deux extrémités du poil où ces cellules ont complètement disparu. On remarquera que le vide (remplacé par de l'air) qui se produit dans l'intérieur du poil doit contribuer à donner à la fourrure l'aspect moelleux et léger qui en fait le prix ; en outre, la couleur blanche est, en grande partie du moins, l'effet de la transparence du poil, comme dans la neige, dont les fins cristaux sont en réalité parfaitement transparents et ne paraissent blancs que par leur superposition. »

Quant à la manière dont le pigment est emporté hors du poil, M. Trouessart se rallie aux idées de M. Metchnikoff, que nous indiquerons un peu plus loin. Si l'on admet cette théorie, il est assez difficile de comprendre comment la moelle peut renaître avec son pigment chez les animaux qui reprennent leur livrée d'été après la saison d'hiver, et comment aussi les cheveux blanchis peuvent continuer de croître.

M. Metchnikoff qui, en 1901, à propos du mécanisme de la vieillesse, a étudié le blanchiment des cheveux et de la barbe dans l'espèce humaine, s'élève contre cette théorie. Il fait remarquer avec raison « que le blanchiment atteint la totalité du cheveu, tandis que les gaz ne remplissent que la couche médullaire souvent très mince et quelquefois absente ». En outre, la disparition du pigment n'entraîne pas la mort de la moelle ; mais les grains de pigment que renferment ses cellules sont englobés par des leucocytes spéciaux, issus d'elle-même, que M. Metchnikoff, en raison du rôle qu'il leur attribue, désigne sous le nom de chromophages. Ces leucocytes ont un gros noyau et leur protoplasme périphérique s'étire en prolongements multiples et souvent ramifiés. Après avoir drainé le pigment des autres cellules médullaires, ils se portent vers la périphérie de la moelle, rampent entre celle-ci et la couche corticale, puis disparaissent, soit en descendant jusqu'au bulbe d'où ils passent dans le tissu conjonctif, soit en pénétrant par diapédèse dans la couche corticale, écartant les cônes emboîtés de cette couche, et s'échappant directement au dehors. Ce dernier mode de disparition du pigment donne l'explication vraisemblable d'un fait rapporté par M. Metchnikoff et observé par Victor Fatio. Ce dernier auteur a vu que le jeune larus ridibundus, qui possède en été un premier plumage presque entièrement brun, devient à son premier printemps presque entièrement blanc « sans avoir subi pour beaucoup de ses plumes, une vraie mue par renouvellement ». Pendant ce blanchiment « une poussière brune recouvre à l'extérieur chaque partie de la plume, et d'autant plus qu'elle est davantage en voie de décoloration. Les parties blanches n'ont déjà presque plus de poussière et les brunes n'en ont presque point encore. « Il est fort probable que cette poussière brune représente les chromatophages bourrés de pigment et s'éliminant avec lui au dehors.

M. Metchnikoff qui a étendu ses recherches à quelques animaux dont la robe blanchit en hiver, a pu constater que le phénomène est identique à celui qui survient sous l'influence de la vieillesse (1). Chez le lièvre variable en train de blanchir, la couche périphérique des poils contient des chromophages bourrés de pigment, en tout comparables à ceux des cheveux de l'homme, tandis que la couche médullaire reste remplie de corps réfringents et ne contient ni air ni autres gaz quelconques. Dans les plumes du lagopède, également en train de blanchir, il a retrouvé de gros chromophages bourrés de pigment noir, quoique en quantité beaucoup moindre que dans les poils du lièvre variable. Il les a de même observés dans les plumes d'une poule qui, de couleur noire foncée au début, a commencé à devenir blanche vers l'âge de quatre ans.

De l'ensemble de tous les faits qu'il a observés, soit sur les poils, soit sur les plumes en voie de blanchir, M. Metchnikoff conclut que le blanchiment par l'intermédiaire des chromatophages est un phénomène d'ordre général et que la pénétration possible, mais non constante, de l'air dans la région sous-corticale n'est pour rien dans le blanchiment. Sans pouvoir affirmer que l'action des chromatophages est le seul mode par lequel le pigment peut être mobilisé et entraîné hors du poil, il rejette cependant l'hypothèse émise récemment d'une dissolution de ce pigment par des substances chimiques d'origine cellulaire, car le pigment oppose une grande résistance à la plupart des réactifs ; il n'est détruit que par des oxydants énergiques : acide sulfurique et chromate de potasse (d'après Spiegler), eau oxygénée, acide nitrique, hypochlorites alcalins.

Le blanchiment des cheveux et autres téguments qui résulte d'après M. Metchnikoff de l'activité vitale de cellules amiboïdes, sensibles à certaines conditions extérieures ne pourrait-il être réglementé ? On connaît déjà quelques-unes de ces conditions surtout celles qui exaltent leur activité, froid vif, frayeur, émotions violentes, mais si les rayons solaires déterminent et entretiennent une surpigmentation des téguments sur des sujets jeunes ou d'âge moyen, ils n'empêchent pas même les nègres de blanchir et on n'a pas encore trouvé l'eau merveilleuse qui serait capable d'éteindre ou d'inhiber l'activité des chromophages.

CLINIQUE MÉDICALE

Néphrite paludéenne ;

Par **Cirio L. URRIOLA**, de Panama.

Je vais relater un cas typique de néphrite paludéenne aiguë que j'eus, il y a peu de temps, l'occasion d'observer. Je considérai d'abord ce cas comme une néphrite aiguë parenchymateuse ; mais plus tard, l'examen microscopique de l'urine hématique me permit d'établir le diagnostic exact de l'affection. Ces cas sont peu fréquents parce que les néphrites qu'on observe dans le paludisme sont presque toujours des complications secondaires et tardives, tandis que la néphrite aiguë non compliquée, isolée des autres manifestations du paludisme, constitue vraiment l'exception ; de là vient que les descriptions de ces néphrites ne correspondent pas toujours aux vrais types cliniques.

Obs. — Un enfant de sept ans, dont les antécédents malariens ne sont pas douteux, eut, en septembre mil neuf cent

(1) C. R. *Ac. Sc.*, p. 1024, 7 mai 1906.

trois, des fièvres durant trois semaines. Ces fièvres, accompagnées de grossissement du foie et de la rate, cédèrent à la quinine. Au commencement de mil neuf cent quatre, cet enfant fit, en compagnie de sa famille, un séjour à Velasquillo, lieu très malsain à cause de ses environs marécageux. Il y contracta une fièvre de caractère pernicieux à laquelle il échappa miraculeusement moyennant un traitement énergique et l'abandon immédiat de l'endroit. Le vingt-un août de la même année ce petit malade contracta de nouvelles fièvres, précédées pendant plusieurs jours d'un sommeil pesant pendant les heures d'école et immédiatement après les principaux repas. Ces fièvres durèrent jusqu'au trente du même mois. Bien qu'elles fussent suivies de sueurs abondantes, elles n'étaient pas accompagnées de frissons ; elles ne dépassèrent jamais 38°,3, commençaient toujours d'une heure à trois de l'après-midi, et, enfin, étaient quotidiennes. Le quatrième jour de fièvre, la figure et particulièrement les paupières commencèrent à enfler. Le gonflement gagna bientôt le cou, la poitrine, l'abdomen et les jambes, et, le trente août, envahit les organes génitaux. De nouveaux symptômes firent à cette époque leur apparition ; ainsi, depuis le vingt-neuf, l'enfant ne dormait presque plus, à cause de l'impossibilité où il se trouvait de garder la position horizontale ; il se sentait fatigué au moindre effort et la tachycardie était très marquée.

J'examinai pour la première fois le trente août, l'urine du malade. La couleur en était très claire, et j'y découvris une grande quantité d'albumine. Estimant alors qu'il s'agissait simplement d'une néphrite parenchymateuse aiguë, de cause incertaine, je me bornai à prescrire une diète lactée, de la tisane de stigmates de maïs, et deux purgatifs de Crémor par semaine. Mais voici que, le deux septembre, on remarque que l'enfant a plusieurs mictions d'une urine sanguinolente. L'examen microscopique de cette urine me révèle non seulement la présence des éléments figurés du sang, mais je m'aperçois de plus que la majeure partie des globules sanguins sont envahis par les hématozoaires du paludisme. Ces hématozoaires sont petits, ronds, d'une couleur blanc grisâtre, sans pigment ; on peut très bien les distinguer d'un vacuole et sont identiques à ceux qu'ont décrits MM. CELLI et MARCHAFAVA (1), d'abord chez l'homme et ensuite dans les bovidés par M. Celli. Ainsi convaincu de l'affection dont souffrait le malade, j'ordonnai une potion composée de deux grammes de sulfate de quinine dans cent vingt grammes de limonade sulfurique, pour être administrée à raison de quatre cuillerées par vingt-quatre heures. Le jour suivant, trois septembre, l'apyrexie continuait. l'urine émise pendant les vingt-quatre heures atteignait 2000 grammes et était de couleur plus claire. l'anasarque avait presque complètement disparu, excepté dans les bourses. — Le quatre, l'urine des vingt-quatre heures montait à 2400 grammes ; elle était encore teintée de sang, mais à un degré beaucoup moins prononcé qu'au début. Les bourses sont encore enflées, l'enfant dort tranquillement dans la position horizontale, il ne ressent plus ni fatigue ni lassitude, et les battements du cœur sont presque normaux. — Le cinq, l'urine des vingt-quatre heures n'est plus que de 2200 grammes avec cette particularité que la miction est quelquefois claire et quelquefois teintée de sang. — Le six, l'anasarque a complètement disparu et les bourses ont un aspect normal. Les urines chaque fois plus claires se montent à 2000 grammes pour les vingt-quatre heures. — Le sept, les urines, bien moins troubles, laissent déposer par la chaleur beaucoup d'albumine ; traitées auparavant par une ou deux gouttes d'acide nitrique elles se troublent, et l'ébullition ne les précipite pas. Elles ne prennent pas, avec la liqueur cupro potassique, la coloration rouge-violet que M. Tessier a signalée dans les néphrites paludéennes chroniques. La quantité d'urine se maintient à 2000 grammes.

On continue ce traitement encore une semaine. Les urines perdent l'albumine à mesure qu'elles diminuent en quantité et gagnent en limpidité. Tout enfin rentre dans l'ordre et l'enfant peut reprendre ses travaux scolaires. La guérison se maintient depuis lors.

(1) Sulle Febbri Malariche predominante nell' estate e nell' autunno in Roma (*Archivo per la Science Mediche*, XIV.)

Je ne crois pas qu'un doute soit permis quant à la nature de la néphrite dont souffrait cet enfant. D'antécédents malariens bien prouvés, il est pris, le vingt-quatre août mil neuf cent quatre, de fièvres journalières et intermittentes qui durent jusqu'à la fin du mois. Le quatrième jour de la fièvre, commencement du gonflement aux paupières, et le trente, l'anasarque est constituée en même temps qu'il y a dyspnée d'effort, tachycardie et impossibilité de conserver la position horizontale. Deux jours après la cessation des fièvres, il y a miction d'une urine hématique dans laquelle le microscope révèle la présence des éléments figurés du sang envahis en majeure partie par cet hématozoaire spécial à la zone tropicale, c'est-à-dire petit, amiboïde, sans pigment, de la variété immaculée (*hoëmamoëba immaculata*), qui est l'agent des fièvres graves. En outre, le traitement lui-même est venu confirmer cette même hypothèse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les explosions dans les houillères

Qui ne se souvient des vers par lesquels Alfred de Musset, saluait en 1836, la disparition de la Malibran ?

Sans doute, il est trop tard pour parler encore d'elle,
Depuis qu'elle n'est plus, quinze jours sont passés,
Et dans ce pays-ci quinze jours, je le sais,
Font d'une mort récente une vieille nouvelle.
De quelque nom d'ailleurs que le regret s'appelle,
L'homme par tout pays en a bien vite assez.

Eh bien ! non ! Quand il s'agit d'une catastrophe aussi épouvantable que celle de la mine de Courrières, la science ne saurait se taire de sitôt, et l'hygiéniste, le médecin, l'ingénieur, l'administrateur, ont le devoir de chercher au moins une leçon dans un si déplorable événement. Et cependant, tout est dit, semble-t-il, depuis qu'il y a eu tant de journalistes, qui (sans compter ceux qui ont divagué à ce sujet) ont traité la question des explosions dans les houillères et en ont écrit si abondamment qu'il paraîtra à beaucoup venir trop tard le médecin voulant exposer, au point de vue doublement scientifique et pratique, les effets sur l'organisme humain de ces grandes déflagrations gazeuses.

Les explosions dans les mines souterraines qui trop souvent transforment les chantiers houillers en de vraies hypogées, en de réelles catacombes, peuvent se rapporter à trois grandes causes, qui s'unissent souvent entre elles comme pour augmenter l'importance du désastre : 1° le grisou composé d'un mélange de protocarbure, d'hydrogène, d'azote, d'anhydride carbonique et d'oxygène : 2° dans les mines exposées aux incendies souterrains, il peut se faire un mélange détonant, provenant d'une sorte de gaz, analogue au gaz d'éclairage, *formène* ou *méthane*, qui venant se mêler à l'air, peut s'enflammer brusquement au contact d'une flamme comme fait le grisou ; 3° Enfin les

poussières de houille, peuvent, on le sait, comme bien d'autres poussières (farine, coton, liège, riz, sucre, garance, résines, noir de fumée, bleu de Prusse, fleur de soufre, etc.), faire explosion en s'enflammant, et surtout propager une explosion de chantier en chantier, formant pour ainsi dire une trombe de feu, brûlant tout sur son passage.

Bien que la possibilité de l'inflammation des poussières de houille ait été fort longtemps révoquée en doute, MM. A. Pernolet et L. Aguillon, envoyés en mission, pour étudier les questions relatives au grisou, en Belgique, en Angleterre et en Allemagne, ont fini par admettre dans leurs Rapports (1) la possibilité de l'explosion des poussières charbonneuses au moins par propagation. On avait d'ailleurs observé depuis longtemps déjà qu'à la suite des explosions de grisou, se trouvaient dans des galeries parfois fort éloignées du point de départ de l'explosion des dépôts de coke en lames minces sur les parois, dépôt dont l'origine ne pouvait être expliquée autrement que par la combustion complète des poussières charbonneuses.

On sait que les explosions dans les houillères, tant du grisou que des poussières, exigent pour se produire le contact plus ou moins prolongé d'une flamme. Cette notion a été le point de départ d'une multitude de moyens d'éclairage, depuis la lampe dite de sûreté, de Davy, jusqu'aux nombreux modèles plus ou moins perfectionnés, et suivant les systèmes les plus variés, dont l'usage est imposé aux mineurs dans toutes les houillères sujettes au grisou. Mais bien des mines n'ont jamais présenté de grisou, témoin les mines de Commentry, témoin aussi la plupart des mines du bassin français du Nord et du Pas-de-Calais, si bien que l'ancien et savant directeur des mines d'Aniche, M. E. Vuillemin, pouvait écrire en 1878 les lignes suivantes (2).

« En général, les houilles du nord ne dégagent pas des quantités de grisou comparables à celles que l'on rencontre dans les houillères belges ou du centre de la France. Aussi les grandes explosions qui causent tant de victimes, sont-elles rares dans les houillères du Nord. Jusque dans ces dernières années, on n'avait trouvé de grisou que dans l'exploitation des houilles grasses; on en a constaté depuis, dans les houilles sèches, à l'Escarpelle et dans les houilles maigres à Vicoigne et à Ostricourt. »

Hélas! des causes d'explosion terribles se sont rencontrées dans la mine de Courrières, où le grisou n'avait jamais été signalé et où les ouvriers avaient travaillé de tout temps avec des lampes à feu nu dans les galeries. Par contre, il existe des mines non sujettes au grisou, mais qui sont plus ou moins exposées aux incendies à la mise en feu de la houille, à des incendies spontanés. Ainsi en est-il à Commentry, où les incendies remontent à l'origine de l'exploitation et même avant toute exploitation régulière, c'est-à-dire avant la fin du XVIII[e] siècle, car le feu avait pris aux affleurements de la couche avant qu'on eût songé à demander l'autorisation pour l'extraction du charbon, dans le bassin houiller de Commentry.

On sait, surtout depuis les recherches que M. Henry Fayol avait entreprises alors qu'il était ingénieur aux mines de Commentry, que la houille a la propriété d'absorber l'oxygène de l'air, de s'échauffer et d'exhaler de l'acide carbonique. L'absorption de l'oxygène et l'échauffement de la masse charbonneuse sont en rapport direct avec la plus ou moins grande fragmentation de la houille, avec le nombre et la profondeur des failles dans les massifs de charbon, en d'autres termes, l'absorption de l'oxygène est proportionnelle à l'étendue des surfaces de houille en contact avec l'air. Si la ventilation qui par son activité refroidit le plus souvent l'air des galeries ouvertes dans le massif de houille en extraction, si cette ventilation devient insuffisante à le refroidir, le charbon peut s'enflammer spontanément.

Les incendies spontanés dans les soutes à charbon des grands navires à vapeur faisant de grandes traversées, incendies qui ont occasionné tant de désastres, n'ont pas eu, dans la plupart des cas, d'autre cause que cette propriété de combustion lente de la houille (1).

Dans un coin de houillère, le charbon prend feu; l'incendie est déclaré, comment le combattre? On a eu recours aux inondations en dérivant un bras de cours d'eau pour le faire passer dans les massifs en feu. *L'embouage* est un moyen qui a réussi plus souvent quand on peut l'employer. En tout cas, il faut savoir faire la part du feu; et pour cela on en est souvent réduit à construire des murs en maçonnerie pour tâcher d'empêcher la propagation de l'incendie aux parties environnantes, pour limiter l'incendie; que si la résistance du barrage est insuffisante, les gaz provenant de la distillation de la houille, se trouvant comprimés, peuvent se livrer brutalement issue à travers le mur protecteur ou limitateur de l'incendie, et une explosion alors se produira renversant le barrage, soulevant les poussières des galeries voisines, les enflammant, propageant ses ravages dans toutes les directions, dans toutes les avenues. Les galeries deviennent de vrais tubes d'armes à feu, les hommes comme les vagonnets deviennent des projectiles, ils sont lancés avec violence contre les étais, contre les parois des galeries. Tout ce qui se trouve sur le passage du feu, des gaz dilatés et des poussières enflammées, subit un terrible choc, accumulant ici les cadavres sur les déblais, là, produisant un éboulement, etc.

Si la présence du grisou, des poussières, de mélanges gazeux sont les éléments primordiaux en quelque sorte, des explosions, si la présence du contact plus ou moins prolongé d'une flamme devient la cause efficiente de l'explosion, il est peut-être aussi permis de faire intervenir des causes adjuvantes, et, en premier

(1) Exploitation et réglementation des mines à grisou en Belgique, en Angleterre et en Allemagne. Rapport de mission fait à la commission chargé de l'étude des moyens propres à prévenir les explosions de grisou dans les houillères. 3 vol. in-8°, Paris, 1881. Belgique (118 pages.) Angleterre (336 pages). Allemagne (288 pages.) (Dunod, éditeur.)

(2) Dans son mémoire: *Les mines de houille d'Aniche*, Exemple des progrès réalisés dans les houillères du nord de la France pendant un siècle. (In-8°, Paris, 1878. Dunod, éditeur. p. 75-76.)

(1) On trouvera un rapide exposé de cette question dans un mémoire intitulé: *De l'élévation de la température dans les houillères, et des phénomènes qui s'y rattachent au point de vue hygiénique*. Mémoire que j'ai communiqué en mai, 1878, à la *Société d'hygiène publique et de médecine professionnelle.*

ligne. les dépressions brusques de l'atmosphère. Il y aura bientôt 30 ans, un sérieux observateur, consciencieux et instruit, le Dr Bourguet, de Graissessac, écrivait les lignes suivantes dans un mémoire intitulé : *Considérations générales sur la marche et les résultats de l'explosion de grisou*, qui a eu lieu au puits Sainte-Barbe, à Graissessac le 14 février 1877 (*Gazette des Hôpitaux*, 1877). « Le jour de l'accident (qui fit 48 victimes, dont 45 morts), on avait constaté une baisse notable de la pression atmosphérique. Or, il est reconnu que cette diminution favorise l'issue du grisou, qui trouve moins de résistance pour s'échapper des mines qui le contiennent. En second lieu, l'atmosphère fut très tourmentée. Pendant la matinée du 14 février 1877, le vent du nord soufflait en tempête ; à partir de midi, au contraire, le calme le plus complet s'établit, et le soleil était très chaud. Or, l'accident eut lieu vers midi et demi. » Lors de l'accident survenu à Anderlues, en Belgique, le 1er avril 1880, et qui causa la mort de 49 ouvriers, dont 46 dans la couche et 3 au puits, MM. Pernolet et L. Aguillon (*loc. cit.*, p. 96), nous disent : « Il paraît établi que l'inflammation a été provoquée par le tirage d'un coup de mine dans une des tailles de l'est ; seulement il semble y avoir eu une seconde inflammation produite dans les tailles de l'ouest. » « L'accident a eu lieu pendant une forte dépression du baromètre. De midi 30 mars à 4 heures du matin 1er avril, le baromètre a baissé de 750 à 740mm. Au moment de l'entrée du poste de nuit, vers 7 heures du soir, la baisse était de 1 millimètre par heure. On se demandait si cette baisse n'avait pas pu déterminer un envahissement de grisou dans l'espèce de cul-de-sac de 300 mètres que formait la galerie plate (galerie de niveau), entre les portes du plan incliné et la taille. Il est à remarquer que, la nuit, ces portes ne sont pas ouvertes, que la galerie n'est, par suite, pas balayée par l'air frais et que le grisou des vieux travaux a pu refluer dans la galerie et y rendre l'atmosphère explosive. »

Les croûtes de coke sur les bois étaient particulièrement abondantes le long de la voie du fond.

Les dépressions atmosphériques brusques constatées par le baromètre peuvent être invoquées comme cause occasionnelle sinon efficiente, du moins adjuvante, des grandes explosions, cela est en rapport direct avec les lois de la physique (1). Et justement une forte dépression barométrique avait été constatée, (voir H. de Parville, dans le *Journal des Débats*), au moment de l'explosion des mines de Courrières. Ne pourrait-on pas rapprocher aussi de cette catastrophe les grands mouvements sismiques qui se sont produits au cours de ces derniers mois : l'éruption du Vésuve, le tremblement de terre de Formose, le raz de marée de Tahiti du 7 février, le cataclysme qui vient de détruire San-Francisco ? et examinons maintenant, au point de vue physiologique et médical, quels sont, sur les mineurs au travail dans les chantiers, les effets de ces explosions.

Ici encore, comme dans beaucoup d'autres questions relatives à l'hygiène et à la pathologie des houillères, l'esprit synthétique ou hâtivement généralisateur, ou à tendances simplistes de beaucoup de médecins, s'est livré carrière à bien des explications aventurées ou aventureuses, sinon téméraires, parfois légères, presque toujours trop compréhensives, dans des questions habituellement complexes et souvent des plus compliquées. Car autant diffèrent les contingences de la vie en plein air, autant, sinon plus, elles varient dans les galeries souterraines.

Paul Fabre (de Commentry.)
Correspondant de l'Académie de Médecine.

(1) Un ingénieur belge, M. Van den Broeck et le professeur Lai-[illegible], directeur de l'Observatoire de Berlin, ont déclaré qu'il y a une corrélation entre les dégagements instantanés du grisou et certaines variations atmosphériques. (Voir Paul Razous, in *Revue* [illegible] du 31 mars 1906, p. 397.)

Comment l'on traite les médecins au Conseil d'hygiène de la Seine.

Il s'agit du recrutement des médecins vaccinateurs pour l'application de la loi sur la santé publique.

M. Marquez. — Le recrutement serait donc facile, aussi bien dans les communes qui ont des médecins que dans les treize qui en manquent.

Je connais des docteurs obligés pour vivre, en présence de la pléthore professionnelle, de soigner des malades mutualistes, à raison d'un centime par jour, soit 3 fr. 60 par an. De ce fait, nous n'aurons que l'embarras du choix et l'Administration s'inspirera des titres acquis lors des nominations. Il sera d'autant plus aisé d'imposer à ces messieurs un choix parmi les procédés de vaccination reconnus efficaces ou sans dangers, que déjà ils sont habitués à ce service et disciplinés.

Même observation en ce qui concerne les jours et les heures des séances. Rien ne sera plus facile que de les leur imposer et nos praticiens, pleins de dévouement pour la chose publique, acquiesceront de grand cœur.

Nous livrons ces paroles à la méditation de nos confrères de la banlieue ; ils en goûteront, nous n'en doutons pas, toute la courtoise ironie. Elles ont été prononcées le 30 octobre 1905 au Conseil d'Hygiène du département de la Seine, sept médecins assistaient à la séance. Tous ont donné leur approbation au moins tacite aux paroles de M. Marquez.

Quant à nous, nous apprécions la haute moralité de cette incitation à l'exploitation de la misère médicale et plus particulièrement les éloges de M. Marquez qui, après avoir conseillé *d'imposer* aux médecins praticiens *disciplinés* toutes les fantaisies administratives, constate leur dévouement à la chose publique. Si ce dévouement les destine à recevoir pareils soufflets de grand cœur, nous nous demandons s'ils tendront l'autre joue ?

J. Noir.

Ouverture des Cours.

Hospice de la Salpêtrière : Cours des maladies mentales.

M. le Dr Deny a repris, le dimanche 20 mai, à la Salpêtrière, la série de ses conférences sur les maladies mentales. Cette nouvelle série sera consacrée à l'étude de la folie maniaque-dépressive, dénomination sous laquelle on englobe aujourd'hui tous les états psychopathiques anciennement décrits sous les noms de manie et de dépression simples, de manie et de mélancolie intermittentes ou périodiques, de folie alterne, à double forme, circulaire, etc.

Dans un historique critique de la question, M. Deny s'est attaché à démontrer que la conception de la folie

maniaque-dépressive était directement issue des travaux de Pierre Falret sur la *folie circulaire* et de Baillarger sur la *folie à double forme*. Il a justifié ensuite cette conception en montrant que la limite tracée par les auteurs, entre la manie et la mélancolie simples d'une part, la manie et la mélancolie intermittentes ou périodiques de l'autre, était purement conventionnelle, qu'elle ne reposait sur aucune base étiologique, symptomatologique ou évolutive ; qu'en outre, les cas de manie et de mélancolie périodiques pures ou sans mélange étaient tout à fait exceptionnels, que tous les accès de manie et de mélancolie (réserve faite de la mélancolie d'involution) étaient en réalité des accès à double formes frustes, dans lesquels l'une des phases morbides passe le plus souvent inaperçue ; et enfin, qu'en plus de ces états mixtes frustes, il existe des états mixtes francs dans lesquels les phénomènes d'excitation, au lieu d'alterner avec des phénomènes de dépression, *coexistent* avec eux.

Se basant sur l'ensemble de ces considérations et aussi sur ce fait que les phénomènes d'excitation et les phénomènes de dépression ont la même origine et reconnaissent le même mécanisme pathogénique, M. Deny a conclu à la légitimité de la synthèse du professeur Kræpelin et à l'admission, dans le cadre des maladies mentales, d'une nouvelle entité clinique, *la folie maniaque-dépressive*, dont la place naturelle est à côté de la folie systématisée chronique, dans le groupe des psychoses constitutionnelles ; comme la place naturelle de la démence précoce est à côté de la paralysie générale, dans le groupe des psychoses accidentelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mai 1906.

Origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses.

MM. A. Calmette, G. Guérin et A. Deléarde, se fondant sur ce fait que l'ingestion de bacilles tuberculeux d'origine bovine, chez les jeunes bovidés et les chevreaux, est susceptible de déterminer des lésions des ganglions trachéo-bronchiques ou des poumons, sans lésion apparente des ganglions mésentériques ont recherché si, chez l'enfant, qui présente souvent des lésions d'adénopathie trachéo-bronchique comme signe unique de tuberculose, l'infection d'origine intestinale pouvait être mise en cause.

Pour élucider ce point, du 15 décembre 1905 au 30 mars 1906, les ganglions mésentériques de 24 enfants décédés d'affections les plus diverses à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, ont été triturés et inoculés au cobaye. Or, non seulement les résultats ont été positifs avec les ganglions de 4 enfants atteints de tuberculose à localisation variable (méningite tuberculeuse, broncho-pneumonie tuberculeuse, adénopathie trachéo-bronchique, tuberculose pulmonaire), mais encore il en a été de même pour les ganglions de 3 autres enfants, qui, d'après les résultats de l'autopsie, ne pouvaient nullement être considérés comme tuberculeux, et qui avaient respectivement succombé à l'athrepsie, à une bronchite capillaire et à une broncho-pneumonie double.

D'après ces faits, les auteurs concluent que l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculose pulmonaire doivent être considérées comme résultant d'une infection d'origine intestinale; en outre, il semble de plus en plus évident que les enfants et aussi les adultes contractent la tuberculose en ingérant soit du lait de vaches tuberculeuses, soit des poussières ou des aliments souillés de bacilles ou de particules d'expectoration tuberculeuse d'origine humaine.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai.

Typhlocolite sableuse ou muco-membraneuse.

M. Dieulafoy montre la fréquence de cette affection et sa confusion facile avec l'appendicite. Il rapporte treize observations de malades atteints de cette variété de typhlite et opérés pour une appendicite qui n'existait pas. M. Dieulafoy résume de façon très vivante l'histoire habituelle de ces interventions intempestives.

« On est mandé, dit-il, par un malade qui se plaint de violentes douleurs abdominales ; il sait qu'il a une crise d'entéro-colite muco-membraneuse, car plusieurs fois déjà il a subi des atteintes semblables ; il sait également que son état ne présente aucune gravité, mais il souffre cruellement et il vous demande aide et assistance. Vous palpez méthodiquement le ventre que vous trouvez très sensible, notamment sur le trajet du côlon, et quand vous arrivez à l'examen de la fosse iliaque droite, le patient se récrie, car votre pression détermine en cette région une douleur plus vive que partout ailleurs. Alors, si vous êtes imbu des doctrines qui proclament que l'appendicite « succède couramment » à l'entéro-colite, vous tombez dans le diagnostic de tendance que je signalais il y a un instant, vous déclarez à votre malade qu'il y a une complication d'appendicite, vous lui signalez le danger, vous lui parlez d'opération, et vous demandez une consultation chirurgicale. Grand émoi chez le malade. Cependant l'opération est décidée. Suivant que le chirurgien est ou n'est pas temporisateur, l'opération est faite, un peu plus tôt, un peu plus tard, mais à l'ouverture du ventre, votre diagnostic reçoit un démenti : l'appendice est sain, la typhlite a été prise à tort pour une appendicite et votre client n'aurait pas dû être opéré.

Fait curieux, en examinant au microscope l'appendice enlevé, on trouve à défaut de grosses lésions des suffusions sanguines, des folliculites hémorrhagiques. Celles-ci paraissent indiquer un premier degré d'appendicite et justifier l'opération. Mais cette interprétation est une erreur : les suffusions sanguines et les apoplexies folliculaires, considérées comme lésions d'appendicite, sont le résultat du traumatisme. Voici ce que M. Letulle dit à ce sujet : « Je n'ai jamais t[illegible] la folliculite hémorragique ailleurs que sur des appendices *opérés*. La ligature violente subie par l'organe avant son [illegible]tion, explique fort bien, à mon avis, les suffusions sangu[illegible] circonscrites ou diffuses dans le tissu réticulé du follicu[illegible]

On éviterait, conclut M. Dieulafoy, de pareilles erreurs [illegible] au lieu d'un diagnostic de tendance, on avait soin de ne poser le diagnostic d'appendicite qu'en présence de l'ensemble symptomatique propre à cette terrible affection. La prédominance des douleurs à la fosse iliaque droite ne suffit pas à faire le diagnostic d'appendicite, et cela surtout quand il s'y adjoint des signes d'entéro-colite. Je ne suis pas de ceux qui croient que l'appendicite est la suite fréquente des entéro-colites. Une longue expérience m'a prouvé que la prédominance des douleurs à la fosse iliaque droite, au cours d'une crise de typhlo-colite, est presque toujours imputable à la typhlite et non pas à l'appendicite. Pour faire une appendicite, il faut un tableau clinique bien spécial.

Le malade pris d'appendicite est presque toujours frappé à l'improviste au cours d'une excellente santé ; les prodromes sont rares, c'est, du moins, ce que j'ai constaté dans les [illegible]cents et quelques cas d'appendicite qui composent ma statistique jusqu'à ce jour, tous vérifiés par l'opération [illegible] traire, le malade atteint d'entéro-colite est sujet depuis des mois et des années à des dérangements intestinaux : il a un *passé intestinal*. Dans la typhlo-colite, la fosse iliaque d[illegible] est douloureuse, d'accord ; mais on n'y retrouve pas aussi nettement que dans l'appendicite la douleur vive locali-

point de Mac-Burney, la défense musculaire et l'hypéresthésie cutanée, accompagnées de nausées, de vomissements et de fièvre. Il y a donc des éléments séméiologiques particuliers à chacune des deux affections et permettant, dans la très grande majorité des cas, un diagnostic précis. En recherchant attentivement ces caractères différents, j'ai pu, pour un bon nombre de malades, rectifier des diagnostics erronés d'appendicite, ou affirmer l'entéro-colite quand le diagnostic était resté hésitant. Ainsi ont été évitées nombre d'opérations inutiles. Je reste partisan absolument convaincu de l'intervention chirurgicale immédiate dans le traitement de l'appendicite ; mais tout autre chose est d'opérer, soit à chaud, soit à « froid », une appendicite qui n'existe pas, et j'avais le devoir d'attirer l'attention sur les erreurs dont je viens de vous soumettre de trop nombreux exemples.

Mélange d'air et de chloroforme.

M. Gréhant montre que tel mélange titré à 10 %, suffisant pour anesthésier un chien faible et malade, ne détermine qu'une agitation très vive chez un chien bien portant et vigoureux. Chez ce dernier, pour avoir une anesthésie complète avec calme absolu, il faut arriver au mélange titré à 15 %.

M. Gréhant conclut de ces expériences que le chirurgien peut employer, pour l'anesthésie, des doses de chloroforme qui doivent varier suivant qu'il agit sur des personnes de forte ou de faible constitution.

L'hygiène du champ de bataille chez les Japonais.

M. Laveran lit une note de M. Matignon qui a suivi la récente campagne de Mandchourie. Dans cette campagne, les Japonais, très soucieux des précautions hygiéniques, employaient, après chaque bataille, l'incinération des cadavres, méthode excellente, économique, rapide et sûre. Ils évitèrent ces foyers pestilentiels observés, en 1870, en particulier près Sedan.

Ce nouvel exemple de la supériorité hygiénique de la crémation mérite d'être remarqué. Après les grandes batailles, les inhumations en masse, forcément très superficielles, constituent un moyen des plus dangereux.

La paralysie générale chez les Arabes.

M. Motet lit un travail du Dr Hache, sur l'existence de la paralysie générale chez les Arabes. Sans être aussi fréquente que semblerait l'indiquer chez eux une certaine diffusion de la syphilis, cette existence n'en est pas moins très réelle. Leur sobriété, leur vie calme, expliquent d'ailleurs cette immunité relative.

Elections.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Mégnin, décédé,

M. Kaufmann, professeur à l'Ecole d'Alfort, a été élu par 5? voix sur 71 votants. M. Mollereau a obtenu 12 voix, M. Martel, M. Mouquet 2, et M. Petit 1. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1906.

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Mauclaire rapporte l'observation d'une femme qui avait avalé son ratelier et à laquelle il fit une œsophagotomie externe 23 jours après l'accident. Malgré ce long séjour du corps étranger, la plaie opératoire se cicatrisa très rapidement et la malade guérit sans accident.

Traumatismes du poignet.

M. Delbet passe en revue les principales lésions traumatiques du poignet. Des différentes lésions des os du carpe, la plus fréquente, c'est la fracture du scaphoïde, fracture qui serait toujours, d'après l'auteur, une fracture par arrachement. Quand le traumatisme est plus violent, on observe des luxations des os du carpe : on admet, en général, que c'est le semi-lunaire qui se fixe le plus souvent ; pour M. Delbet, c'est en réalité le grand os qui se luxe en passant en *arrière* du semi-lunaire. Lors que la luxation du grand os est très prononcée, il arrive que le semi-lunaire, pressé par la tête du grand os, culbute et présente sa concavité à la paume de la main.

Toutes ces lésions sont importantes à connaître : il importe de les distinguer dans la classique fracture de l'extrémité inférieure du radius et surtout de prévenir par un traitement approprié — l'extirpation du semi-lunaire — les troubles sensitifs et trophiques dus à la compression du médian.

M. Segond est aussi d'avis d'extirper les petits os du carpe plutôt que se livrer à des manœuvres aléatoires de réduction.

Laminectomie.

M. Faure présente un malade qui avait reçu, dans la région cervicale, deux balles : il s'ensuivit une paralyse complète des 4 membres et qui disparut après une laminectomie suivie de l'extraction d'une balle qui avait pénétré dans le canal rachidien.

Anévrysme poplité.

M. Nélaton présente un jeune homme auquel il extirpa un anévrisme poplité qui avait été traité antérieurement, sans succès, par des injections gélatineuses. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 18 mai 1906.

Dysenterie traitée par le khosam.

MM. Mathieu et Lemoine font des communications sur le *khosam* employé par eux dans le traitement de la dysenterie.

Employé par les médecins annamites et chinois contre les hémorrhagies, son action sur la dysenterie fut découverte par hasard.

Le Dr Mougeot (Saïgon) soignait une malade atteinte de métrorrhagie et de dysenterie avec le khosam. La métrorrhagie cessa en 24 heures et la dysenterie guérit en six jours. M. Mathieu emploie depuis 1901 des dragées contenant un extrait hydroalcoolique avec des résultats remarquables. M. Lemoine a administré l'amande du khosam en nature chez un dysentérique chronique et a obtenu des selles moulées dès le 3e jour. M. Barrois (Nancy) a guéri cinq dysentériques. La dose optima est de six à huit comprimés par jour. M. Lemoine donne les amandes en nature, 4 le 1er jour, 8 le 2e, 12 le 3e, puis il diminue : 12, 8, 4.

Statistique des cancers de l'œsophage, des cancers et ulcères de l'estomac observés à Andral du 1er janvier 1901 au 1er mars 1906

MM. Mathieu et Dobrovici ont constaté sur 5,380 malades, 58 cancers de l'œsophage, 123 cancers de l'estomac et 181 ulcères de l'estomac. Sur 181 cancers, 30 % siégeaient donc sur l'œsophage, fréquence relativement considérable.

Ulcère chronique de l'estomac. Estomac triloculaire. Polyadénome implanté sur le bord de l'ulcus.

M. Mathieu et Dobrovici ont fait l'autopsie d'un malade mort d'ulcus perforant de l'estomac et ont trouvé une déformation curieuse de l'organe.

L'ulcus chronique avait produit une biloculation et les deux poches communiquaient par l'intermédiaire d'une troisième poche, formé dans du tissu d'adhérence et ayant pour fond le pancréas sclérosé. Sur le bord de l'ulcère chronique s'implantait un polype adénomateux.

Pleurésie purulente à entérocoques.

M. Ménétrier communique une observation de pleurésie purulente, due à la présence unique d'entérocoque de Thiercelin.

Traitement curatif de la coqueluche par la narcose chloroformique.

M. H. de Rothschild. — A la suite de l'administration du chloroforme pour réduire une luxation de la hanche chez une enfant atteinte de coqueluche depuis huit jours, j'ai observé que les quintes de coqueluche ont disparu d'une façon complète à la suite de cette anesthésie. Cette enfant, mise en observation pendant plus de quinze jours, n'a plus présenté aucune quinte de coqueluche alors qu'elle en avait 39 envi-

ron par jour avant la narcose ; de plus, les vomissements cessèrent, ainsi que la cyanose de la face et les insomnies.

Cette observation m'a permis de déduire que l'anesthésie chloroformique a une influence manifeste sur la coqueluche notamment au début de la maladie. J'ai aussitôt décidé d'essayer cette méthode chez d'autres enfants atteints de coqueluche. Depuis 4 mois, j'ai pu réunir 9 cas de coqueluche récents et manifestes, caractérisés par des quintes avec reprise, cyanose, vomissement. Les enfants âgés de deux à 7 ans ont été chloroformisés à l'aide de l'appareil à oxygène du Dr Guglièlminetti, et avec l'autorisation des parents. Dans 9 cas, la coqueluche a été guérie ; dans deux cas, les crises n'ont plus paru après la narcose : dans 4 cas les quintes sont tombées, en 24 heures, de 39 à 12 pour disparaître ensuite complètement (le 4e jour.) Dans les trois derniers cas, la guérison a été complète dans un maximum de quinze jours (un cas).

Dans ces 9 observations, nous avons remarqué que les vomissements ne se sont plus reproduits, que la cyanose de la face au moment des quintes a disparu, et que l'appétit et le sommeil sont revenus chez les petits malades. La durée de la chloroformisation est de cinq minutes. Nous ne cherchons pas une anesthésie complète, mais la résolution musculaire, sans aller jusqu'à l'abolition du réflexe cornéen. Dans aucun cas, nous n'avons eu besoin de pratiquer une seconde anesthésie.

L'action du chloroforme est avant tout antispasmodique. Nous ne croyons pas qu'on doive lui attribuer un rôle bactéricide ou antiseptique. Nous avons examiné ce point dans notre rapport, qui sera publié *in extenso* dant le *Bulletin* de la Société Médicale des Hôpitaux.

Comme antécédents, nous avons retrouvé dans la littérature médicale un article de Scilling (1889), qui traite la coqueluche avec des résultats appréciables par des inhalations d'eau chloroformée, et une observation de Rehfeld (1895) qui a observé la guérison de la coqueluche après une anesthésie chloroformique chez un enfant de 6 ans, traité par lui pour la coqueluche depuis six mois et qui fut anesthésié pour la réduction d'une fracture de la cuisse. Cet auteur a observé le cas, mais n'en a tiré aucune conclusion et n'a pas cherché à employer le chloroforme pour le traitement de la coqueluche. Nous croyons donc être le premier à avoir utilisé la narcose chloroformique pour le traitement de la coqueluche ; notre désir est de continuer nos recherches de façon à nous permettre d'établir une technique complète, (indication et contre-indication) et de fixer la période de la coqueluche où elle est la plus avantageuse.

Séance du 25 mai

Déplacement du cœur à droite à la suite d'un hydropneumothorax.

MM. Hirtz et Simon ont observé, chez un garçon de vingt ans, à la suite d'un traumatisme de la région thoracique droite, un hydropneumothorax. Après cinq semaines, tout épanchement avait disparu, mais le cœur était complètement déplacé à droite. Les auteurs croient que ce déplacement est dû à une énorme production fibreuse et à la fixation du péricarde par des adhérences pleuropéricardiques.

M. Faisans considère un pareil déplacement impossible en si peu de temps.

(La société se forme en comité secret).

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1906. — Présidence de M. Berne, Vice-Président.

La séance est ouverte à 4 heures 42.

Le procès-verbal de la précédente réunion est lu et adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Traitement électrique de la sciatique*, par le docteur Charles de Blois, de Trois-Rivières (Canada).

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre du Dr Suarez de Mendoza, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et lire son compte rendu du Congrès de Lisbonne ; 2° lettre du Dr Depasse, s'excusant de ne pouvoir lire son travail de candidature ; il a dû accompagner en province sa femme, convalescente d'une opération grave ; 3° lettre du Dr Charles de Blois, maintenant sa candidature au titre de membre correspondant étranger et envoyant la liste de ses titres et travaux.

Une commission, nommée pour l'examen de cette candidature, se compose de MM. Beni-Barde, Laquerrière et Buret, rapporteur.

4° Lettre de M. Moreau, de Tours, donnant sa démission de membre titulaire : aux termes du règlement cette démission ne pourra être acceptée qu'après avis du Trésorier, annonçant que le membre démissionnaire s'est mis en règle avec la caisse de la Société.

M. Picqué fait une communication sur **un cas de gomme syphilitique du larynx** (*sera publié*).

M. Dubar. — Ce cas de gomme syphilitique n'est pas rare. M. Picqué, en clinicien, en chirurgien, a fait un diagnostic précis qui a pu être confirmé par le professeur Sieur, à qui M. Picqué avait demandé conseil. On ne doit jamais, dans ce cas-là, administrer l'iodure de potassium, qui augmente l'œdème de la glotte. Aussi M. Picqué a-t-il tout à fait raison de proposer, en présence du courage de son malade, de faire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Mais si le malade n'est pas menacé d'une mort imminente, on peut commencer immédiatement le traitement mercuriel, sous forme de piqûres de bi-iodure de mercure. Je me rappelle un malade, à Saint-Antoine, qui, sous l'influence d'un traitement de quatre jours de bi-iodure de mercure, dans un cas de syphilis laryngée, a eu une amélioration surprenante.

Enfin, je crois que si l'intervention chirurgicale est nécessaire, il faut préférer, comme le dit M. Picqué, à la trachéotomie, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. J'admets aussi que la tuberculose laryngée primitive est rare, mais elle existe.

Au point de vue du diagnostic de la tuberculose et de la syphilis, je demande à rapporter le cas d'un malade, traité depuis six mois dans une clinique pour une tuberculose du larynx ; or, ce malade n'avait pas de décoloration du voile ; son larynx offrait des cordes vocales presque disparues ; l'épiglotte, non infiltrée, non augmentée de volume, était déchiquetée et saignante. Je pensai aussitôt à la syphilis, et depuis que je lui ai fait le traitement mercuriel, j'ai constaté une amélioration très notable.

M. Picqué. — Depuis quelques années, il s'est fait un changement complet au point de vue du traitement par l'iodure de potassium ; nous avions vécu, dans notre jeunesse, avec cette idée que l'iodure de potassium était un médicament merveilleux ; aujourd'hui ce médicament est abandonné. Mais je dois dire que nos maîtres, autrefois, conseillaient d'employer peu ou point l'iodure de potassium dans les affections du larynx.

Quant à la trachéotomie, je crois que, chez un malade qui a du courage, il y a avantage, par principe, à faire une inter-crico-thyroïdienne. Je crois aussi que les spécialistes demandent la trachéotomie qui éloigne la plaie du larynx ; mais, pour un médecin de campagne, il y a beaucoup plus de facilité à faire la section du cartilage cricoïde, opération plus simple que la trachéotomie.

M. Dubar. — Il y a nécessité de mettre au repos l'organe malade ; d'où le nouvel avantage de la trachéotomie.

Quant au traitement mercuriel, je crois que l'injection d'eau biiodurée quotidienne est préférable, car les injections solubles sont efficaces immédiatement.

M. Mortier répond qu'il a préféré dans ce cas employer l'huile grise, estimant que celle ci a plus d'efficacité dans les périodes tertiaires que la solution aqueuse biiodurée.

M. Monel. — M. Dubar fait allusion à un cas de stomatite consécutif à une injection d'huile grise ; mais

alors il s'agissait d'une malade qui, en dehors de son huile grise, et d'elle-même, prenait des pilules de protoiodure. C'est le cas signalé par M. Brocq.

Il est évident que l'huile grise est le sel qui prédispose le plus aux stomatites tardives. Le calomel et les autres sels insolubles n'ont pas cet inconvénient. Mais ceci n'est pas suffisant pour ne pas employer les sels insolubles ; il n'y a qu'à soigner les dents et le rein du malade.

Les injections insolubles donneront dans les cas graves des résultats bien supérieurs aux sels solubles, et, en premier lieu, je citerai le calomel qui, dans les 8 jours, donne souvent des améliorations très notables.

M. Buret. — Dans les accidents secondo-tertiaires, l'iodure de potassium ou tous les ingesta ne donnent aucun résultat. Par contre, les injections insolubles font merveille ; l'huile grise m'a donné des résultats remarquables. Avant la découverte de Scarenzio, nous étions à peu près désarmés devant le tertiarisme lorsqu'il sortait des manifestations classiques, exostoses ou gommes, et affectait des formes graves et largement destructives.

M. Castex. — Je viens appuyer ce que dit M. Godlewski, à savoir, qu'on voit une fois sur 20 des laryngites tuberculeuses sans tuberculose pulmonaire. Pour la syphilis laryngée, le calomel est parfait : dans les affections para-syphilitiques, les injections de calomel ne donnent aucun résultat.

M. Dubar. — Pour répondre à M. Godlewski, je veux répéter ceci : c'est que l'eau biiodurée agit plus vite que l'huile grise : mais le biiodure est peu actif. et le calomel est beaucoup plus efficace.

Résultats du scrutin. — M. le docteur Blondin, ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de Médecine de Paris.

Avis. — Le contrôle des jetons de présence devenant presque impossible, leur suppression a été décidée. Ils seront remplacés par une feuille de présence contresignée par le Trésorier ; ce dernier remboursera en espèces tous les jetons actuellement détenus par les sociétaires, lesquels sont priés de les apporter dès la prochaine réunion.

La séance est levée à 6 h. 20.

Le secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire de service,* Mortier.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance du 17 mai 1906.

Infection buccale et éruption dentaire précoce chez le nouveau-né.

MM. Bonnaire et Jeannin. — Un enfant de 1950 grammes naît à 7 mois et demi d'une mère atteinte d'accidents syphilitiques ; le 5e jour, on constate une légère altération au niveau de la moitié gauche du maxillaire inférieur ; cette ulcération gagna rapidement en étendue et en profondeur ; il en résultat l'ouverture de trois alvéoles dentaires ; les dents correspondantes devinrent donc apparentes, et purent être senties par le doigt promené le long du maxillaire, mais elle ne firent pas saillie hors de leurs alvéoles. L'enfant sucomba le neuvième jour, après avoir présenté des signes de septicémie généralisée.

Ce fait présente un grand intérêt au point de vue de la compréhension des rapports génériques des infections buccales et des éruptions dentaires précoces. En dehors, en effet, des cas connus depuis longtemps, dans lesquels on observe, lors de la naissance 1 ou 2 dents, sans qu'il en résulte le moindre trouble, on peut classer en deux séries les faits d'éruption dentaire précoce avec accidents infectieux : 1° les cas où la sortie de la dent est l'accident initial ; à la faveur de la lésion ainsi créée, il se développe secondairement une stomatite ulcéreuse ; 2° lésion dans lesquelles la stomatite est le phénomène primitif, la sortie des dents n'en étant que la conséquence. — La pièce anatomique qui fait l'objet de cette communication fournit une démonstration évidente de l'existence de cette dernière variété de faits ; à proprement parler il n'y a pas eu éruption, mais exactement mise à nu précoce des follicules dentaires.

Hémiparalysie de la langue chez un nouveau-né.

MM. Demelin et Jeannin. — Il s'agit d'un enfant qui s'était présenté en O. I. D. P. et, qui fut extrait par une application de forceps très pénible. L'instrument employé avait été le forceps Demelin, n° 6. La prise se trouva presque directement occipito frontale. Dès les premières heures, le nouveau-né présenta une déformation très particulière de la langue : cet organe apparaît, lorsque l'enfant crie, comme irrégulier et asymétrique ; toute la partie droite est mince et affaissée par rapport à la partie gauche ; sa mobilité semble disparue ; la pointe de la langue se dévie du côté droit. L'enfant ne réussissait pas à téter, car à peine avait-il pris le sein qu'il rejetait le lait par la bouche et par le nez. Chaque repas était suivi de menace d'asphyxie. Cet état local ne tarda pas à s'accompagner de troubles de l'état général : chute de la courbe de poids, diarrhée, muguet, etc. Enfin on fut obligé de gaver le nourrisson. Vers la fin de la 2e semaine, l'enfant commença à s'alimenter plus aisément ; les progrès furent rapides, et ce nourrisson put quitter la Clinique Tarnier le dix-neuvième jour, définitivement guéri.

Il s'agit, dans ce cas, d'une hémiparalysie de la langue consécutive à une application de forceps. Cette lésion est extrêmement rare, car nous n'en avons pas trouvé d'autres exemples dans la littérature médicale. La pathogénèse en est assez particulière : le nerf lésé est l'hypoglosse, et le traumatisme porte sur sa portion initiale ou portion descendante. Mais, dans ce trajet, l'hypoglosse, très bien protégé par les muscles de la nuque, de la graisse, et l'apophyse transverse de l'atlas, se soustrait à tout traumatisme direct. Par contre, le bec de la cuiller postérieure du forceps, en prenant point d'appui dans le sillon sous-jacent à la portion bacillaire de l'occipital, a repoussé l'atlas en avant ; dans ce mouvement d'antepulsion, cette vertèbre a tiraillé, de son apophyse transverse, l'hypoglosse. Il s'agit donc là d'une paralysie par élongation du nerf, élongation que favorise le voisinage très proche du trou condylien antérieur, point d'émergence de l'hypoglosse. Cet accident présente un gros intérêt clinique, en raison du pronostic très réservé que comporte une paralysie linguale chez le nouveau-né.

Sur un forceps rotateur permettant la prise directe de la tête dans toutes les positions.

M. Vlakos présente un forceps dont l'une des branches, brisée en plusieurs pièces, peut être glissée derrière la symphyse pubienne, ce qu'on ne peut pas faire avec une cuiller rigide. Vlakos introduit la première cette cuiller antérieure.

L'extrait capsulaire dans la thérapeutique des hémorragies du nouveau-né.

M. P. Lequeux. — Devant l'insuffisance des méthodes thérapeutiques en cours, devant les inconvénients que comporte l'emploi de la gélatine, en présence surtout des dangers immédiats qui menace la vie de l'enfant soumis à une septicémie hémorragique, on est en droit d'avoir recours à la médication capsulaire. Nul doute, en effet, qu'il existe une relation de cause à effet entre le développement considérable du tissu chromaffine chez le nouveau-né et la constance de sa réaction hémorragique aux grandes infections ; l'insuffisance fonctionnelle de celui-là étant probablement la raison d'être de celle-ci.

Mais les extraits capsulaires doivent être administrés à doses rapprochées, l'individu se vaccinant en quelque sorte contre l'influence du médicament : deux observations rapportées en font foi, la suppression du traitement s'accompagne du retour des accidents ; d'autre part, l'individu supporte mal l'absorption de l'adrénaline par voie digestive et son effet par ingestion buccale est très inférieure à celui qu'on obtient par injection dans la circulation ou sous la peau.

Pour ces diverses raisons, M. Lequeux a eu recours aux extraits capsulaires injectables (Carrion, Hallion), qui permettent

l'administration à intervalles rapprochés, suppriment l'inconvénient de l'absorption digestive et qui, agissant de façon plus intense, déterminent une réaction plus sûre de l'ensemble de l'économie. Il rapporte trois observations couronnées de succès et conseille l'emploi de l'extrait capsulaire à la dose de 1 c. m³ dans la fesse, matin et soir, et même plus souvent si besoin est, on supprime de cette façon la période vaso-dilatatrice succédant à la vaso-constriction initiale, et cela tant que les dangers de l'hémorragie sont à redouter.

Passage du chloroforme de la mère au fœtus.

M. Nicloux. — La quantité de chloroforme contenue dans le foie du fœtus est généralement supérieure à celle qui se fixe dans le foie de la mère. Cela tient vraisemblablement à la teneur plus grande de graisse ou de lécithine du foie fœtal, car il y a parallélisme entre la quantité de graisse et de lécithine d'un tissu et la façon dont ce tissu fixe le chloroforme.

Passage du chloroforme dans le lait.

M. Nicloux. — La quantité de chloroforme qui passe dans le lait est très supérieure à celle qui passe dans le sang ; ce qui confirme cette règle, énoncée plus haut, du parallélisme entre la teneur d'un tissu ou liquide en graisse et son affinité pour le chloroforme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Séance du 23 mai 1906, présidée par M. Bonnier,

Rapport de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat.

M. Lemoine fait part à la Société du résultat des études qu'il a faites sur la morbidité des casernes prises sur toute la surface de la France : dans une période de 5 ans, de 1900 à 1904. Dans les vieux casernements, la mortalité *générale* est plus forte que dans les nouveaux ; mais la mortalité due à certaines affections y est, au contraire, plus faible : telles sont la rougeole, la pleurésie et la grippe. Pour la rougeole, cela tient à ce que l'agglomération des soldats est moins forte dans les vieilles casernes que dans les neuves ; et, pour la pleurésie et la grippe, à ce que les murs des premières sont plus épais que ceux des deuxièmes, et que par suite les variations de température y sont moins brusques. Il ne faut donc pas condamner *a priori* les vieilles casernes qu'on peut, d'ailleurs, améliorer de diverses façons, ne fût-ce, par exemple, qu'en y supprimant les réfectoires qu'on affecterait au logement du soldat, qui aurait ainsi un plus grand cube d'air. La densité de la population casernée ne semble pas avoir d'effet sensible sur la morbidité, laquelle ne serait affectée que par la densité des groupements existant dans la caserne. Un résultat positif, c'est que la morbidité par les fièvres éruptives est en relation directe avec le nombre d'habitants des villes où sont construits les casernements : plus ce nombre est grand, plus il y a de cas de fièvres éruptives. Ce qui paraît certain aussi, c'est que la morbidité militaire est fonction de la santé publique de la ville ; et ce ne sont pas les soldats qui transmettent les épidémies aux civils, mais bien ceux-ci qui les transmettent à ceux-là. L'influence du milieu urbain est considérable sur la santé des encasernés. Il faudrait donc, pour l'établissement des casernes, choisir autant que possible les villes de 15 à 20.000 habitants, et grouper ensemble le moins d'effectifs possible.

Il faudrait aussi tenir compte du climat de la région. Pour laisser plus de place aux soldats, on devrait loger dans des bâtiments légers, hors de la caserne proprement dite, les divers bureaux de l'Administration.

Un membre de la Société regrette que M. Lemoine n'ait pas fait entrer dans les causes de morbidité militaire la qualité de l'eau qu'on leur donne. C'est, à son avis, un élément nullement négligeable dans l'étiologie des maladies du soldat. La Société remet à une séance ultérieure la discussion de la communication de M. Lemoine.

Les trémies au point de vue de l'hygiène des constructions parisiennes.

M. Lacau préconise l'emploi des trémies horizontales ou inclinées pour éclairer et aérer les cabinets d'aisance, dans le cas où l'on dispose de peu de place et aussi dans le cas où l'on veut faire une construction économique. Il assure que, bien construites, les trémies sont parfaitement hygiéniques et donnent un éclairage suffisant.

M. Bonnier objecte que la Société n'a pas à s'occuper de constructions à bon marché, mais bien seulement d'hygiène. Il est évident pour lui que les trémies les mieux construites ne vaudront jamais un éclairage et une aération directs ; il ne faut donc pas les recommander au point de vue hygiénique.

M. Trélat est de l'avis de M. Bonnier : il faut, avant tout, faire des maisons hygiéniques, si l'éclairage et l'aération directs coûtent plus cher, le propriétaire élèvera le prix de ses logements, et ce sera tout.

A. Pujol.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE.

Séance du 8 mai 1906.— Présidence de M. Lancereaux.

M. le Dr Tabakian (de Couhé) présente sa méthode de la sérothérapie antituberculeuse, par la voix sanguine, dans le traitement de la tuberculose humaine. L'auteur expose et critique les différentes méthodes employées, et rapporte, à l'appui de sa théorie tout un travail basé sur un grand nombre d'observations, et de succès. M. Tabakian se sert de corps bacillaires dans la glycérine ; avec 3 cc., il tue un lapin de 3 kil. en 3 heures ; l'animal meurt avec hématurie. Chaque malade reçoit un demi-centimètre cube de sérum, et les injections sont continuées toutes les semaines.

M. le Dr Georges Petit (de Paris) communique les résultats qu'il a obtenus de l'emploi du sérum antituberculeux de Marmoreck, au dispensaire antituberculeux du XIe arrond. Sur 28 malades, 17 ont nettement bénéficié de ce traitement ; 5 n'ont plus de bacilles dans les crachats, les 11 autres malades peuvent se subdiviser comme suit : 5 étaient cachectiques et sont morts sans avoir reçu un nombre suffisant d'injections de sérum ; 2 autres ont eu des complications extra-tuberculeuses et 3 sont restés réfractaires au traitement. Tous ces malades étaient arrivés à la troisième période.

Le Dr G. Petit a employé la voie rectale et n'a jamais observé aucune réaction fébrile ni aucune contre-indication. Suivant lui ; le premier symptôme d'amélioration est l'atténuation de la dyspepsie qui se produit après la 5e injection. Puis viennent la diminution du nombre des crachats et la disparition des bacilles. Les signes stéthoscopiques d'amélioration locale apparaissent avant ceux de l'amélioration générale.

Les Drs Bernheim et Roblot font savoir qu'ils poursuivent des recherches sur le même traitement.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION

25me assemblée générale.

Samedi 19 mai, a eu lieu, à l'Hôtel des Sociétés savantes, l'Assemblée générale de la *Société pour la propagation de l'incinération*. Nous avons remarqué avec plaisir, cette année, une affluence plus considérable, où l'élément féminin était largement représenté.

Au bureau prennent place : MM. Bourneville, président, Brülh, Paul Cornet, Mesnard et Georges Salomon, secrétaire général, qui ouvre la séance en signalant l'état de la crémation en France où fonctionneront avant peu cinq monuments crématoires, à Paris, Rouen, Reims, Marseille et Dijon, qui permettront aux populations de cinq départements de recourir à l'incinération sans subir des frais de transport trop onéreux. A Nice une Société, après avoir obtenu une concession du Conseil municipal, essaye en ce moment de réunir les fonds pour construire un crématoire. A Nîmes, le Conseil municipal a émis un vote favorable. Dans plusieurs villes, la crémation est l'objet d'études sérieuses.

Nos colonies voient également la crémation progresser. A

Hanoï, l'été dernier, le Conseil Municipal a adopté en principe la construction d'un monument. Au Cambodge, le roi vient d'être incinéré en grande pompe.

A l'étranger, l'Allemagne compte le plus grand nombre d'adeptes et possède actuellement onze monuments situés à Gotha, Hambourg, Iena, Mayence, Offenbach, Karlsruhe, Eisenach, Heilbronn et Ulm. Le Crématoire de Heilbronn a été inauguré en 1905, celui d'Ulm en janvier 1906. A Gotha, un second appareil (système Schneider) fonctionne depuis l'an dernier. Jusqu'à la fin de 1905, on compte en Allemagne 10,037 incinérations, dont 1,768 pour la dernière année. Des monuments sont en cours de construction ou projetés a Brême, Stutggart, Chemnitz, Leipzig, Hagen, Darmstadt et Koburg. Le royaume et le duché de Saxe-Meningen viennent de se voir autoriser l'emploi de l'incinération. La Bavière et la Prusse sont encore frappées d'interdit. Berlin possède cependant une société puissante comptant 3,065 membres, dont l'organe, *Die Flamme*, tire à plus de dix mille exemplaires.

Le Grande-Bretagne possède 13 monuments ouverts de 1885 à fin 1905 : à Woking, Manchester, Liverpool, Glasgow, Hull, Golders-Green, Darlington, Leicester, Birmingham, Leeds, Ilford, Bradford et Sheffield. Pendant ces vingt dernières années, le nombre des incinérations dans la Grande-Bretagne a été de 5.020 dont 604 en 1905. En 1904, Herbert Spencer fut incinéré ; l'an dernier, le célèbre acteur Irving.

En Suisse, dans le cours de 1904, il avait été effectué 376 incinérations ; en 1905, ce chiffre monte à 486. *La Flamme* est le journal du *Groupe solidaire de l'Incinération à Genève*, société qui a pour but de participer dans une proportion déterminée aux frais d'incinération de ses membres.

L'Italie possède 30 monuments : Milan, Brème, Lodi, Rome, Crémone, Brescia, Padoue, Udine, Varese, Spezia, Novare, Florence, Livourne, Asti, Pise, Alexandrie, Come, Turin, Mantoue, San-Remo, Verone, Bologne, Modane, Venise, Spoleto, Perouse, Sienne, Bras, Ferrare, Lucques, Gênes et Bergame. En 1904, 305 incinérations avaient été effectuées en Italie. En 1905, dans 19 villes, on a compté 122 incinérations, à Milan, 38 à Bologne, 36 à Turin, 33 à Florence, 26 à Gênes.

En Danemark, pour le monument de Copenhague, on compte 47 incinérations en 1904 et 73 en 1905. En Suède, on s'occupe à Stockolm de constituer une *Société contre les inhumations précipitées*.

Les Etats-Unis possèdent un certain nombre de monuments crématoires où il s'est opéré plus de 3000 incinérations. Au Canada, à la République Argentine, on pratique de plus en plus l'incinération.

En Asie, à Calcutta et ailleurs, les crématoires sont pourvus des appareils Toisoul et Fradet. M. Salomon signale le monument de Sidney, en Océanie, et montre que grâce à une active propagande, on brûle actuellement les corps dans le monde entier.

M. Bourneville parle ensuite de la crémation à Paris. Les incinérations au crématoire du Père-Lachaise ont été en 1905 de 341 sur la demande des familles, 2549 provenant des amphithéâtres et de nombreuses incinérations d'embryons.

Depuis le début, 5 août 1889, jusqu'au 31 décembre 1905, les incinérations demandées par les familles ont été de 3.825 ; celles des débris d'hôpitaux de 39.631 et celles des embryons de 36.583. Total 80.046.

Le nombre des demandes d'incinérations par les familles est à peu près le même ; la cause en est au peu d'empressement dans certains bureaux de mairies à fournir les renseignements necessaires aux familles et, surtout à l'absence de confort pour les assistants. L'achèvement de la grande salle du crématoire qui, est promise pour le mois d'octobre, fera disparaître cet inconvénient.

En 1905, les incinérations ont continué à être opérées avec les appareils Fradet-Toisoul et la durée en a été considérablement réduite. Sauf dans 40 cas, elle a été inférieure à une heure. Sous le rapport du sexe et de l'âge, les incinérations demandées par les familles ont été de 245 hommes et 96 femmes. Le minimum de durée de l'incinération a été de 39 minutes pour des enfants de 0 à 9 ans ; de 49' de 10 à 29 ans ; 52' de 30 à 59 ans ; 56 de 60 ans et au-dessus. Parmi ces corps incinérés, 282 proviennent de Paris, 35 des différentes communes de la Seine, les autres d'une quinzaine de départements.

M. Bourneville signale la propagande active faite en faveur de l'incinération par MM. le Dr Paul Cornet et Mesnard qui ont fait un grand nombre de conférences, tant dans les hôpitaux de Paris qu'en province. L'orateur rappelle la tendance plus marquée de la presse politique à s'occuper de cette importante question. Il parle ensuite de la séance de la Chambre des Députés, où, sur l'amendement de M. Blatin soutenu par M. Frédéric Passy, la crémation facultative a été votée. M. Bourneville, s'appuyant sur un vote du Congrès international d'hygiène de 1880, sur la Société de crémation organisée en 1880, fit une active propagande en faveur de l'incinération et fit adopter par le Conseil municipal un vœu pour la crémation des corps des amphithéâtres d'anatomie ; depuis il n'a cessé de combattre en faveur de cette grande cause de l'hygiène. Il termine en faisant appel à tous et surtout aux dames, venues aujourd'hui très nombreuses, pour continuer une active propagande et amener chaque jour de nouveaux adhérents à la Société. Il réclame aussi des conférenciers de bonne volonté.

M. Mesnard rend compte des incinérations effectuées par les soins et aux frais de la Société, et le secrétaire général, M. Salomon, termine par le compte rendu de la situation financière qui est des plus florissantes. Près de 50.000 francs en caisse ; des legs nombreux et importants à recouvrer, notamment 50.000 fr. de Mlle Chaufton (d'Orléans), somme qui peut permettre à la Société de s'affirmer de plus en plus en propageant cette grande leçon d'hygiène publique, malgré les préjugés, à savoir que les morts ne doivent pas être une cause de destruction ou d'affaiblissement des vies de tous les citoyens.

Après de fort intéressantes communications et observations faites par les membres de la Société, les vœux suivants ont été adoptés :

1er Vœu. — La *Société pour la Propagation de l'incinération*, réunie en assemblée générale, rappelle au Conseil municipal de Paris ses délibérations des 26 juin 1889 et 2 avril 1893 par lesquelles il invitait l'Administration à lui soumettre à *bref délai* un projet de *monument crématoire avec columbarium pour le cimetière du Sud (Montparnasse)* et émet, à nouveau, le vœu *qu'il vote les fonds nécessaires à leur construction.*

2e Vœu. — La Société, vu la délibération du Conseil Municipal de Paris de janvier 1893, intervenue sur la proposition de M. Louis Lucipia, émet le vœu : *qu'il soit institué des concessions perpétuelles de cases dans le columbarium municipal.*

L'assemblée émet ensuite le vœu que des registres soient mis dans les mairies à la disposition des citoyens pour y consigner leurs volontés relativement à leur sépulture, pour que la taxe d'incinération des corps amenés du département de la Seine soit abaissée de 100 fr., à 50 fr. L'assemblée charge le comité d'agir auprès de l'Administration pour que, grâce à une surveillance plus active exercée au columbarium du Père Lachaise, les familles ne soient pas empêchées par les promeneurs de se recueillir devant les cases contenant les urnes.

Puis M. Bourneville a fait procéder au renouvellement des membres sortants du Comité. Sont élus : MM. Bourneville, président ; Cornet, Flammarion, Grebeauval, Charles Lefebvre, H. Ranvier, et A.-J. Martin. A. Rousselet.

Société médico-psychologique. — Cette Société a ouvert une souscription, qui sera close le 10 juin prochain, pour offrir à M. le Dr Ritti, secrétaire général depuis vingt ans, un souvenir à l'occasion de sa nomination dans l'ordre national de la Légion d'honneur. Ce souvenir lui sera remis au cours du banquet qui aura lieu, à l'issue de la séance solennelle, le lundi 25 juin. La cotisation est fixée à 10 francs. — Adresser les souscriptions à M. le Dr Ch. Vallon, 15, rue Soufflot.

VARIA

Les Bureaux et les réformes de l'enseignement médical.

M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Briand, avait naguère fait le meilleur accueil à une délégation de l'Union des Syndicats médicaux de France qui venait demander la création d'une commission mixte de membres du corps enseignant et de délégués des syndicats pour étudier les réformes pratiques à introduire dans l'enseignement de la médecine ; M. Briand avait promis de faire étudier cette proposition, qui lui paraissait, a-t-il ajouté, tout à fait légitime. Or nous avons appris que les bureaux du ministère sont tout disposés à créer une commission mais, qu'avec l'esprit d'hostilité ouverte que témoignent la plupart des administrations aux syndicats de tous genres, ces empêcheurs de danser en rond, les dits bureaux ne veulent pas admettre de représentants de syndicats médicaux dans cette commission ; tout au plus accepteraient-ils une consultation dont, évidemment, on ne tiendrait nul compte.

Nous espérons que ce bruit ne tardera pas à être démenti.

J. N.

Hommage au Dr Brouardel.

A la suite de la démission de M. Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des Médecins Légistes de l'Université de Paris, dans sa séance du 18 mai 1906, a décidé, avec la collaboration des professeurs de l'Institut de Médecine Légale et Psychiatrie, d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'étranger et tous ceux qui s'occupent de médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au Maître de la Médecine Légale Française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs. Le montant de la cotisation est laissée à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le Dr Logez-Duc, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge à Paris (Xe Arr.). *Le président*, Dr Pierreson ; *Le secrétaire Général*, Dr E. Dabout. — Les noms des membres du Comité d'organisation seront publiés dans le prochain numéro du Journal. *La Revue de Médecine Légale*, organe officiel de l'Association, publiera les noms des souscripteurs.

Banquet en l'honneur du Dr Bérillon.

L'Ecole de Psychologie, d'accord avec la Société d'hypnologie et psychologie, la Société de pathologie comparée et le Syndicat de La presse scientifique, a résolu d'offrir au Dr Bérillon, inspecteur des asiles d'aliénés, professeur à l'Ecole de Psychologie, secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, ancien président de la Société de pathologie comparée, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, etc., un banquet amical, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Cette fête confraternelle aura lieu le mardi 19 juin 1906, à sept heures et demie, au palais d'Orsay, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'instruction publique, et le patronage de MM. Berthelot, ancien ministre, secrétaire perpétuel de l'académie des sciences ; Albert Robin, professeur à la Faculté de médecine ; Huchard, membre de l'Académie de médecine ; Edmond Perrier, directeur du Muséum ; Giard, professeur à la Sorbonne. Le prix du banquet est de 15 francs, sur lequel on prélèvera la somme nécessaire à l'acquisition d'un souvenir. Les confrères, les élèves et les amis du Dr Bérillon sont invités à adresser leur adhésion, avant le 15 juin, au Dr Paul Farez, 154, boulevard Hausmann, ou leur souscription pour le souvenir.

Les dossiers de scolarité des Étudiants en Médecine

M. Aristide Briand, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

Aux termes de la circulaire du 24 janvier 1896, relative au transfert des dossiers des étudiants en médecine au cours de l'année scolaire « les demandes de transfert présentées *en vue d'une nouvelle année scolaire* doivent être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ».

Ces instructions visaient spécialement la Faculté de médecine de Paris et avaient pour but de la mettre en mesure de satisfaire aux prescriptions du décret du 20 novembre 1893, réglant les conditions de stage dans les hôpitaux et cliniques annexes de Paris, décret dont l'article 7 fixait au 1er décembre l'entrée des élèves dans les services hospitaliers.

Or, le décret du 6 avril 1906 porte modification de certaines dispositions du décret du 20 novembre 1893. Il stipule notamment que l'enseignement dans les services hospitaliers durera, non plus du 1er décembre au 15 juin, mais *du 1er novembre au 30 juin*.

En raison de ces prescriptions nouvelles, il m'a paru nécessaire devancer la limite du transfert, à la Faculté de médecine de Paris des dossiers des élèves en cours de scolarité appartenant aux Facultés ou écoles de médecine des départements. J'ai décidé de fixer cette limite au *15 septembre*.

Je vous prie de vouloir bien transmettre ces instructions à MM. les doyens ou directeurs d'écoles de votre ressort académique en les invitant à s'y conformer strictement. Aristide Briand.

La catastrophe de Courrières.

M. le professeur Gréhant, membre de l'Académie de Médecine, vient de faire à la Société Française d'Hygiène une très intéressante communication sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs, et notamment sur les causes probables de la catastrophe de Courrières. A la suite de cette communication, la Société a voté à l'unanimité, sur la proposition du Dr Monnet, le vœu suivant, que le Bureau a été chargé de transmettre immédiatement aux pouvoirs publics :

« La *Société Française d'Hygiène*, réunie en séance ordinaire après avoir entendu la communication de M. le professeur Gréhant à propos de la catastrophe de Courrières :

« Considérant que nombre de mines réputées non grisouteuses contiennent dans l'air respiré par les ouvriers des proportions notables de formène ;

« Considérant le cas tout particulier cité par le professeur Gréhant où une mine, soi-disant non grisouteuse, contenait 7 % de formène à l'analyse de l'air, ce qui constitue un mélange détonant ;

« Considérant qu'il y a là une question d'hygiène sociale au premier chef, — l'hygiène ne valant que parce qu'elle peut prolonger la vie et préserver de la mort,

« Emet le vœu :

« Que les pouvoirs publics, que les législateurs, s'occupent et se préoccupent instamment et sans relâche de prescrire, d'ordonner des analyses quotidiennes, d'en exiger la publication et de les mettre à la disposition des autorités qui désirent les contrôler, et aussi d'établir, du fait de la non-observation de ces prescriptions, des responsabilités civiles et pénales rigoureuses, la vie humaine devant être et constituer le principal capital à sauvegarder. »

Assemblée générale de l'Association des médecins de France.

L'Association générale des médecins de France a tenu son assemblée générale, sous la présidence du docteur Bucquoy, vice-président, remplaçant le professeur Brouardel dont le corps médical est unanime à regretter le mauvais état de santé qui l'a tenu éloigné de cette réunion confraternelle.

Après une allocution du président, l'Assemblée a discuté puis adopté les rapports de MM. Lereboullet secrétaire général, et Blache, trésorier. Ces rapports démontrent que l'Association générale, qui a devancé presque toutes les œuvres de solidarité et de mutualité, est en pleine prospérité. Elle compte plus de 9,000 membres. Sa fortune dépasse 4 millions et demi et elle distribue chaque année plus de 160,000 francs en secours, allocutions ou pensions de retraite.

Cette année, elle a voté, sur le rapport de M. Rist, 1 pension de 1,000 francs et 13 pensions de 800 francs, ce qui porte à 93 le nombre des pensionnés, dont 7 à 1,000 francs et 86 à 800. Elle se préoccupe aussi de toutes les questions professionnelles, et sur ce rapport le M. A.-J. Martin, elle a accueilli un certain nombre de vœux émis par les sociétés locales ayant trait à des questions d'ordre professionnel.

Le dispensaire antituberculeux de l'Assistance Publique.

L'Assistance Publique vient d'ouvrir dans le XIe arrondissement, 3, rue Omer-Talon, un dispensaire antituberculeux. Un médecin-directeur et deux médecins adjoints sont attachés au dispensaire ainsi qu'un assistant-visiteur. Les consultations ont lieu tous les jours non fériés, à 10 heures.

Le dispensaire examinera les malades qui se présenteront directement, quel que soit leur domicile, et ceux qui lui seront adressés, soit par les services des Bureaux de Bienfaisance, soit à leur sortie des services hospitaliers et des sanatoriums. Après un examen complet suivi de l'*examen bactériologique des crachats*, il sera établi pour chaque malade une fiche d'observations entretenue par des examens à intervalles réguliers. Les malades recevront des crachoirs de poches et des crachoirs de table, et une solution antiseptique. On leur remettra des instructions hygiéniques énumérant les préceptes d'hygiène corporelle et sociale qui leur permettront de se soigner à domicile sans danger pour leur entourage. Si le malade est jugé apte à bénéficier du séjour dans un sanatorium, le dispensaire fera le nécessaire pour tâcher de le faire admettre. Lorsque l'hospitalisation semblera nécessaire, le malade sera proposé pour l'admission dans les hôpitaux. Un service de blanchissage et de désinfection livrera, au moins chaque quinzaine, aux nécessiteux, leur linge de corps et leur literie usuelle blanchie et désinfectée. Les malades seront visités à domicile par un assistant enquêteur, qui prendra tous les renseignements concernant leurs conditions de vie et d'hygiène habituelle, et leurs ressources. Il leur commentera les conseils écrits en les adaptant à chacun, les enseignera à mettre en pratique l'hygiène thérapeutique et aussi la prophylaxie de la tuberculose. Enfin, il signalera la nécessité des désinfections, de l'hospitalisation, des secours spéciaux, etc.

L'intervention thérapeutique n'étant pas, d'une façon générale, dans le rôle du dispensaire antituberculeux, les soins médicaux continueront à être donnés aux malades par leur médecin habituel. L'Administration invite particulièrement les médecins de l'Assistance médicale qui, soit dans leurs fonctions, par ailleurs dans leur clientèle, sont appelés à voir des malades nécessiteux suspects ou légèrement atteints de tuberculose, à leur conseiller, de même qu'aux personnes de l'entourage des tuberculeux avérés, d'aller au Dispensaire antituberculeux. Elle espère que les moyens d'action du dispensaire, au point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie et de l'assistance spéciale aux tuberculeux pourront être de quelque efficacité dans la lutte antituberculeuse.

LES CONGRÈS

Le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Ce Congrès a ouvert ses séances le lundi 28 mai, sous la présidence de M. le Pr Brouardel, qui, vu son état de santé, a cédé la présidence effective à M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Les séances se sont régulièrement poursuivies sous l'habile direction de M. Gairal, grâce à sa grande autorité, grâce au dévouement et à l'activité du secrétaire général, notre distingué confrère Levassort. Ce congrès, qui a attiré de nombreux médecins de province, quelques médecins étrangers, entre autres le Pr Treub, d'Amsterdam, et M. le Dr Kaussmann, délégué de la Chambre médicale de Berlin, où les ministres de l'Intérieur, l'Instruction Publique, de la Justice et le Préfet de Police se sont fait officiellement représenter, où médecins, dentistes, sages-femmes ont étudié de concert avec bonne foi et courtoisie, les modifications à apporter à la loi de 1892 dans l'intérêt de tous et surtout des malades, ce congrès, disons-nous, aura fait d'importants et très utiles travaux.

Dans un prochain numéro, nous passerons en revue, les discussions du Congrès et en tirerons les conclusions qu'elles comportent.

J. N.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Nouvelle pince hémostatique ;

Par le prof. Aug. Reverdin.

Notre ami le professeur A. Reverdin (de Genève), a fait paraître dans la *Revue méd. de la Suisse Romande*, une note sur une nouvelle pince hémostatique que nous reproduisons en l'accompagnant des clichés que l'auteur a mis gracieusement à notre disposition.

Pour qu'elle soit bonne, une pince hémostatique doit être souple et forte, son articulation aisée et en bonne place, ses mors très exactement joints à leurs extrémités. Celles-ci auront une forme plus ou moins conique et seront lisses en tous points, sauf sur leur face externe. La crémaillère, elle aussi, mérite grande attention ; elle doit s'accrocher facilement et *tenir*. Ceci dépend non seulement de la manière dont ses dents sont taillées, mais encore de la forme, de l'élasticité et de la force des branches. Une pince qui *fait ressort* est un instrument dangereux, traître d'un instant à l'autre.

Pour nombreux que soient les modèles en usage depuis quelques années, il semble cependant qu'ils n'aient point encore atteint la perfection, car on utilise de nouveau celles à dents de souris, qui à mon avis présentent cependant de réels inconvénients.

Bonnes pour saisir certains tissus, pour repérer le bord des plaies, elles ont, au point de vue hémostatique, quelques désavantages. Le fil à ligature s'accroche volontiers derrière la dent centrale, pour peu que celle-ci proémine entre les deux autres, et ne glisse plus aisément à la place voulue, ou bien il s'éraille sur ses saillies, ce qui l'affaiblit précisément au point le plus important à conserver fort, celui qui étreindra le vaisseau. Parfois aussi la morsure de ces dents entame les parois artérielles et surtout veineuses et provoque de la sorte quelque hémorragie immédiate ou secondaire.



Fig. 21.

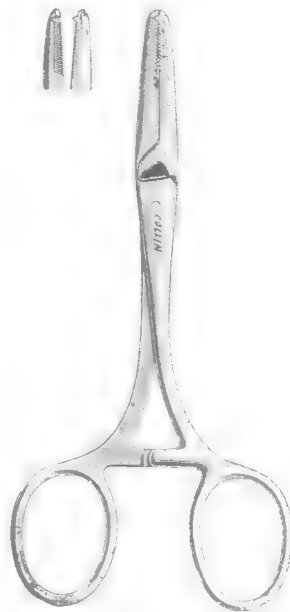


Fig. 22.

Pour ces diverses raisons, j'ai pensé qu'il serait bon d'ajouter près du bout des mors et en travers de l'un d'eux une petite éminence pyramidale, qui trouverait à se loger dans une dépression de même forme, mais un peu plus large, ménagée sur le mors correspondant. Les tissus pincés entre la saillie et la dépression seront soumis à une constriction et à une

plicature bien faites pour les retenir et pour en briser les tuniques, s'il s'agit de vaisseaux, à en favoriser par conséquent l'hémostase.

Je crois pouvoir dire, en effet, que, depuis que j'utilise cet instrument, le nombre de ligatures nécessaires est moins considérable et que le fil gagne aisément sa place, ne rencontrant plus sur sa route que des surfaces lisses et coniques.

Mais cet instrument doit être fabriqué avec beaucoup de soin, c'est pour cela que j'ai prié M. Collin de vouloir bien le mettre au point. L'habile fabricant me paraît avoir résolu le problème à la perfection. Il a établi des modèles de volumes divers (voir *fig.* 21, 22 et 23), dont les plus gros, armés de plusieurs saillies, conviennent à merveille pour saisir et attirer de gros pédicules, des fragments de tumeurs, les lobes prostatiques en particulier.

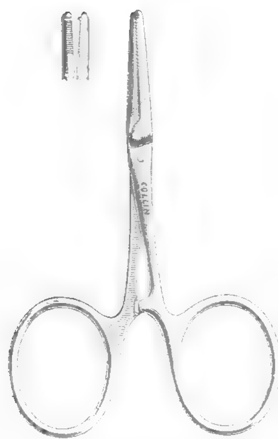


Fig. 23.

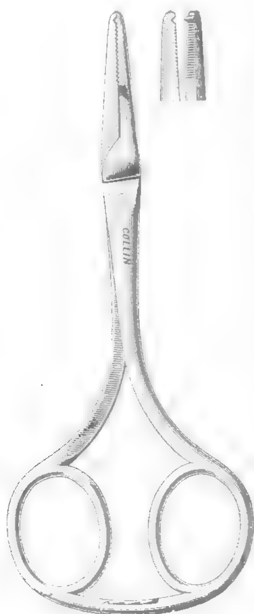


Fig. 24.

Comme il arrive parfois que les fils s'engagent entre les anneaux des pinces, j'ai fait établir encore, suivant en cela l'exemple de mon ami le Prof. Girard, un modèle dans lequel les anneaux sont placés en dedans des branches et reliés entre eux par une barre qui porte la crémaillère et évite sûrement le désagrément en question (*fig.* 24).

FORMULES

XLII. — Contre l'accès de goutte.

Infusion de feuille de frêne..........	200 gr.
Bromure de potassium.............	55 gr.
Teinture de colchique...............	LXXV gout.
Sirop d'écorces d'oranges............	45 gr.

Une cuillerée à soupe de 8 en 8 heures.

(*J. de méd. de Bordeaux*).

XLIII. — Contre les aphtes.

Teinture de myrrhe....	20 gr.
— d'opium camphré..........	5 gr.
Miel rosat...........................	30 gr.
Décoction d'orge.....................	150 gr.

à prendre en lavages et en gargarismes.

(*J. de méd. de Bordeaux*).

Le testament du docteur Bonnefé. — Le testament du docteur Bonnefé mort victime d'un accident d'automobile vient d'être ouvert. Le docteur laisse sa fortune, évaluée à 350,000 francs à la ville de Rodez.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 6 juin.* — *M. Fouchou-Lapeyrade* : Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie (MM. Terrier, Roger, Teissier, Gosset). — *M. Jacob* : La rééducation respiratoire. Traitement post-opératoire des rhino adénoïdiens (MM. Roger, Terrier, Teissier, Gosset). — *M. Nouet* : De la nécessité d'exiger des connaissances psychiatriques pour les médecins des établissements pénitentiaires (MM. Brissaud, Gaucher, Claude, Balthazard). — *M. Dureau* : Rubéole et scarlatinéole (MM. Gaucher, Brissaud, Claude, Balthazard).

Jeudi 7 juin — *M. Castagnary* : Des endothéliomes calcifiés de la peau (MM. Cornil, Chantemesse, Méry, Langlois). — *M. Agasse-Laffont* : L'anémie pernicieuse protopathique (MM. Cornil, Chantemesse, Méry, Langlois). — *M. Debray* : Le charbon industriel. Maladie ou accident professionnels (MM. Chantemesse, Cornil, Méry, Langlois). — *M. Blairon* : Prophylaxie des gastro-entérites des nourrissons (La suralimentation et son remède) (MM. Chantemesse, Cornil, Méry, Langleis). — *M. Croste* : Quelques considérations sur l'appendicite, au cours de la grossesse (MM. Budin, de Lapersonne, Gilbert, Carnot). — *M. Galibert* : Le panaris des nouveau-nés (MM. Budin, de Lapersonne, Gilbert, Carnot). — *M. Saubert*: Traitement des blépharites ciliaires par l'hermophényl (MM. de Lapersonne, Budin, Gilbert, Carnot. — *M. Loubry* : Contribution à l'étude des dyspnées d'origine hystérique (MM. Gilbert, Budin, de Lapersonne, Carnot).

Examens de doctorat. — *Mardi 5 juin.* — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Desgrez, Guiart. — 1er (Oral, salle Béclard) : MM. Poirier, Launois, Rieffel. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, salle Broussais) : MM. Raymond, Thiroloix, Méry. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, salle Corvisart) : MM. Hutinel, Jeanselme, Besançon. — 4e (salle Charcot) : MM. Chantemesse, G. Ballet, Vaquez. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Dieulafoy, Achard, Renon. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité : MM. Guyon, Pozzi, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Berger, De Lapersonne, Hartmann. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Gougel, Carnot. —

Mercredi 6 juin. — Dissection, (Ecole pratique) : MM. Reclus, Sébileau, Rieffel. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gaulier, Blanchard, Legry. — 2e (Salle Richet) : MM. Gariel, Ch. Richet, Branca. — 3e (1re partie, Oral, salle Pasteur) : MM. Tuffier, Lepage, Cunéo. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Laënnec) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Duval (Pierre). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Laënnec) : MM. Segond, Delens, Legueu. — 5e (2e partie, Laënnec) : MM. Landouzy, Labbé (Marcel), Macaigne. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Jeudi. 7 juin. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Poirier, Rieffel, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Joffroy, Guiart, Maillard. — 1er (Oral, Salle Béclard) : MM. Pozzi, Thiery, Launois. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Le Dentu, Retterer, Demelin. — 3e (2e partie, Oral, Salle Charcot) : MM. Hutinel, Thiroloix, Bezançon. — 4e (Salle Corvisart) : MM. Pouchet, Gley, Dupré.

Vendredi, 8 juin. — Dissection (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Cunéo, Rieffel. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Segond, Sebileau, Lepage. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Brissaud, Claude, Labbé (Marcel) — 4e (Salle Charcot) : MM. Joffroy, Richaud, Macaigne. — 5e (Chirurgie. 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Reclus, Mauclaire, Duval (Pierre). — 5e (Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 9 juin.— (Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Thiery, Morestin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 2e (Salle Béclard) : MM. Launois, Langlois, Broca (André). — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Broussais) : MM. De Lapersonne, Retterer, Bonnaire. — 3e (1re partie, 2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Bar, Marion. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Besançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Raymond, Méry, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Cours technique d'anatomie pathologique, par le Dr [illegible] quier, chef des Travaux anatomiques à la clinique des [illegible] dies nerveuses. — *Programme des Leçons.* — 1re et 2e Leç[illegible] Technique générale. Principales Méthodes de fixation et de [illegible] ration. Examen du sang. Numération des globules rouges et [illegible] La formule leucocytaire normale : ses principales variations. [illegible] leur séméiologique de l'examen du sang. — 3e et 4e, Métho[illegible] coupes après inclusion à la celloïdine et la paraffine. Le[illegible]

conjonctives vasculaires des inflammations aigües et chroniques. — 5e, Principales altérations des tissus conjonctif, cartilagineux et osseux. — 6e, Principales altérations des muscles. — 7e, Principales altérations des épithéliums. — 8e, Tuberculose. — 9e, Syphilis. — 10e, Tumeurs bénignes d'origine mésodermique (lipomes, myxomes, fibromes, bourgeons charnus, etc). — 11e, Sarcomes conjonctif et névroglique. Endothéliome. — 12e, Tumeurs malignes d'origine épithéliale. — 13e, Tumeurs bénignes d'origine épithéliale (adénomes, papillomes. Kystes dermoïdes. Tumeurs mixtes). Dégénérescences et modifications des tumeurs. — 14e, Principales lésions de l'appareil circulatoire. — 15e, Principales lésions de l'appareil respiratoire. — 16e, Principales lésions de l'appareil digestif. — 17e, Principales lésions du foie, des voies biliaires, du pancréas, des glandes salivaires. — 18e, Principales lésions de l'appareil urinaire. — 19e, Pricipales lésions de l'appareil génital mâle. — 20e, Principales lésions de l'appareil génital femelle. — 21e, Principales lésions des organes lymphoïdes, de la rate et de la moelle osseuse. — 22e, Principales lésions des glandes à secrétion interne (hypophyse, thyroïde et parathyroïde, capsules surrénales, îlots de Langerhans, du pancréas, thymus. — 23e, Technique générale du système nerveux Méthode de Nissl. Lésions des cellules nerveuses. — 24e, Dissociation. Méthode de Ramon y Cajal. Dégénérescence Wallérienne. Névrites. — 25e, Méthodes de Weigert-Pallet de Marchi. Dégénérations des faisceaux blancs. — 26e, Inflammation du tissu nerveux(encéphalites, myélites) Ramollissement cérébral, myélomalacie. — 27e, Poliomyélites, Tuberculose des centres nerveux. Compressions de la moelle. — 28e. Syphilis nerveuse. Tabès, Paralysie générale. — 29e, Syringomyélie. Sclérose en plaques. Sclérose latérale amyotrophique. — Le cours commencera le mardi 5 juin 1906 à 5 heures 1/2 de l'après midi au Laboratoire d'Anatomie pathologie de la Clinique (Salpêtrière) et se continuera tous les jours à la même heure. Les pièces anatomiques, réactifs et instruments seront fournis gratuitement. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis, samedis de midi à 3 heures. Guichet n° 3. Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Société française de secours aux blessés. — L'assemblée générale de la Société française de secours aux blessés militaires a eu lieu au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le marquis de Vogué, président de la société. M. le président de la République, les ministres de la guerre, de la marine, de l'intérieur et des colonies, le grand chancelier de la Légion d'honneur, le gouverneur militaire de Paris, le directeur du service de santé de la guerre, le préfet de la Seine et le préfet de police, s'étaient fait représenter. M. Etienne Lamy, de l'Académie française, a fait l'historique de la Convention de Genève et de la Croix-Rouge et exposé son développement chez les peuples civilisés. M. Duvergier de Hauranne a lu le rapport moral. M. Paul Biollay a rendu compte de la situation financière.

Médecin député élu conseiller général. — Le docteur Isoard, député socialiste, est élu conseiller général par 459 voix, sans concurrent, dans le canton de Saint-Etienne (B.-Alpes.)

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, par jour

NOUVELLES

Inauguration de bassins filtrants a Nanterre. — Le préfet de la Seine, auquel s'étaient joints : MM. Barbier, président du conseil général ; Defrance, directeur des affaires départementales ; Armand Bernard, directeur du cabinet de M. de Selves, a présidé, route Charles-X, à Nanterre, l'inauguration des bassins filtrants destinés à alimenter en eau potable sept communes du département. Ces communes : Suresnes, Asnières, Colombes, Bois-Colombes, Courbevoie, Nanterre et Gennevilliers, Rueil, en Seine-et-Oise, étaient jusqu'ici alimentées d'eau brute de Seine puisée au barrage de Suresnes. Désormais, l'eau passera par des filtres dont le préfet de la Seine a, dans son discours, loué l'ingénieux agencement. Le département de la Seine apporte à cette innovation une contribution financière de dix années diminuant d'un dixième chaque année. La somme initiale est de 35,000 francs. A l'occasion de cette cérémonie, le préfet de la Seine a remis les palmes académiques à MM. Chaudoir et Chabal, ingénieurs.

Service de santé militaire. — Médecins principaux de 1re classe : M. Février méd. chef de l'hôp. de Nancy, qui avait été désigné pour Oran, est maintenu à la tête de l'hôpital, de Nancy ; M. Martin, médecin chef de l'hospice mixte de Nice, est nommé dir. du serv. de santé de la div. d'Oran ; M. Reverchon, médecin chef de l'hospice mixte de Dijon, est nommé méd. chef de l'hospice mixte de Nice. Le médecin principal de 2e classe André, hospice mixte de Dijon, est nommé méd. de l'hospice mixte de Dijon.

Médecin militaire tombé d'un train. — Le médecin aide-major Grondonne, en garnison à Antibes, s'est grièvement blessé

en tombant d'un train sur la ligne du Sud de la France. M. Grondonne a été ramené à Toulon auprès de ses parents dans un état alarmant. L'accident s'est produit au moment où le docteur s'était placé sur la plate-forme du wagon pour fumer une cigarette. A un tournant brusque il fut précipité sur le ballast où il resta une demi-heure sans connaissance. Des paysans attirés par ses gémissements vinrent le secourir (*Le Temps*).

Décorations. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami, le Dr Jules Richard, directeur du Musée Océanographique de Monaco vient d'être promu officier de la Légion d'honneur. J. N.

Congrès d'Assistance de Milan. — Le quatrième congrès de l'assistance publique et privée a été inauguré le 24 mai à Milan, en présence des délégués de vingt et un gouvernements.

Tour à tour, le maire de Milan, le président du comité du congrès, le préfet au nom du gouvernement, et M. Strauss, sénateur, président de la délégation française, ont pris la parole. Le maire de Milan et M. Casimir-Perier ont été nommés présidents d'honneur.

Loi américaine sur les viandes altérées. — Le Sénat américain a adopté un projet de loi sur l'examen de la viande. Il impose des peines rigoureuses aux compagnies de chemins de fer et d'autres moyens de transport qui accepteraient de transporter la viande qui n'aurait pas subi l'examen d'inspecteurs sanitaires.

Condamnations d'étudiants alsaciens-lorrains. — Deux étudiants alsaciens-lorrains, pour avoir prix part aux manifestations du mardi gras à la Taverne alsacienne, où ils avaient chanté la *Marseillaise* ont été frappés de relégation par le Sénat universitaire ; trois autres ont eu le *consilium abeundi* (relégation avec sursis.) Le cercle des étudiants alsaciens-lorrains a été suspendu pour quatre mois ; les étudiants appartenant à la société des élèves en pharmacie ont été invités à remettre dans un délai de huit jours entre les mains du recteur de l'université leur démission de la société.

Prix Civiale. — Le concours est ouvert en 1906 entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1906, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Chronique des hôpitaux.

Concours de chirurgien des hopitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Veau et H. Proust.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Deny : conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche à 10 heures, section Rambuteau.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

Concours de l'agrégation. — Art. 1er. — Il sera ouvert à Paris, en 1906-1907, des concours pour quarante et une places d'agrégé à répartir entre les diverses facultés de médecine de France.

Art. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 17 décembre 1906 pour la section de médecine (pathologie, interne et médecine légale) ; le 11 mars 1907 pour la section de chirurgie et accouchements : le 13 mai 1907 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places. (Arrêté du 29 mai 1906.)

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 23 — BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 9 JUIN 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

—

Chirurgie du phimosis ;

Par le Pr L. LONGUET (de Rouen).

Il n'est ici question ni de la cure rituelle ou empirique du phimosis (1); ni du traitement du paraphimosis, mon expérience sur ces questions est encore insuffisante. Je veux seulement : 1° analyser la cure sanglante du phimosis telle qu'elle est journellement exécutée par amputation, 2° exposer la chirurgie correctrice du phimosis, comme je la conçois et l'applique, guidé par la biologie ; 3° comparer ces deux chirurgies si dissemblables.

I. Chirurgie posthectomique du phimosis.

Depuis Celse jusqu'à ce jour, et particulièrement durant le XIXe siècle, la chirurgie du phimosis, inspirée des pratiques rituelles, a traversé — si j'omets intentionnellement la méthode de divulsion (1) très généralement abandonnée — une évolution uniformément radicale dont voici l'esquisse physionomique tout entière :

Conception thérapeutique mutilante.

Le phimosis est une malformation congénitale ou acquise des enveloppes du gland, essentiellement caractérisée par une excroissance en collerette, un excès de développement (2), une sorte de tumeur hypertrophique des membranes préputiales, susceptibles de cancérisation (Hey, Wad, Roux, Lagneau), avec rétrécissement permanent plus ou moins accentué de son orifice limbique, d'où résulte l'impossibilité partielle ou totale de découvrir le gland, cause de nombreuses complications. En conséquence, il convient d'opposer à cette prolifération hyperplasique, gênante, disgracieuse, suspecte de malignité pour l'avenir, une intervention du genre *amputation*. Il faut exciser, enlever, retrancher, l'excès de ce fourreau, et avec lui son anneau rétréci. L'exérèse sous la forme angulaire (excision partielle) ou le mode circulaire (circoncision) est le principe fondamental de cette thérapeutique, en parfait accord ici avec les pratiques rituelles et empiriques. D'ailleurs, le prépuce est un organe inutile, sans rôle physiologique appréciable. Il est donc permis d'en faire le sacrifice quand il est malformé.

Méthodes thérapeutiques.

En son exécution, la conception radicale comporte de multiples modalités très dissemblables dès l'abord, mais facilement reliables les unes aux autres par la com-

(1) Circoncision rituelle : consulter à ce point de vue : TAR[illegible] : *Gazette des hôpitaux*, 1865 — GODARD E. : Egypte et Palestine Paris, 1867 — MARDOT (d'Oran) : A propos de la circoncision israélite, [illegible]ciation pour l'avancement de sciences*, session d'Oran, 1888 — RE[illegible]DINO : Histoire de la circoncision depuis les temps les plus re[illegible]les ; in-8° *Philadelphie*, 1891. — X. La circoncision chez les Juifs [illegible]851. *Gazette médicale de Liège*, 1894. — THORNES : Della circoncisione sotte il punto di vista profilattico e terapeutico ; de la circoncision au point de vue prophylactique et thérapeutique ; histoi[illegible] les temps les plus reculés. — FLORENCE : *Giornale Itali[illegible]ener*, p. 402: septembre 1895. — JOLY : Histoire de la circoncision ; étude critique du manuel opératoire des Musulmans et [illegible] : *Thèse de Paris* 1895. — LOUARN : Contribution à l'étude [illegible]sis, méthode israélite ; *Thèse de Bordeaux*, 1897. — POTT : [illegible] de la circoncision rituelle ; *Munch med. Wochenschrift*, p. [illegible] — MUNTZ : Des avantages de la circoncision rituelle ; [illegible]med. Wochenschrift*, p. 264, 1898. — BERNHARDT : Quatorze [illegible] après l'inoculation de la tuberculose pendant la circoncision chez un enfant : *Gaz. lek. Warszawa* XX 835-837, 1900. — THIÉNOT, [illegible]concision chez les anciens et les modernes, *Revue illustrée [illegible]que médicale*, 57-66, 1900. — LOIR : Complications (tu[illegible]) de la circoncision rituelle ; *Gazette des hôpitaux*, p. 36, 1900. — MEIGE : La circoncision enseignée par l'image ; *Archives [illegible] de médecine*. V. 601-628, 1901. — MORTILLET : La circoncision en Tunisie : *Bulletin de la société anthropologique* de Paris, [illegible] — MAYER dit MAYERSOHN : De la circoncision et spé[illegible] de la circoncision rituelle envisagée au point de vue his[illegible]que, hygiénique, préventif, prophylactique. *Thèse de Paris*, 1905.

(1) *Méthode de la divulsion* : préconisée par NÉLATON, THIBAULT, VERNEUIL, DE SAINT-GERMAIN, est estimée par tous les classiques comme insuffisante (Reclus, 2 récidives sur 2 cas), inutile, nuisible ; les éraillures qu'elle crée constituent ultérieurement des rétractions sclérosiques et des récidives aggravées. Toutefois elle compte encore quelques partisans parmi lesquels je relève : en France CARRIÈRE et SAINT-PHILIPPE (In-8° *Bordeaux*, 1900) et XIIIe *Congrès international de médecine*, session de pédiâtrie, 1900). — En Suisse AUDEOUD (de Genève ; même Congrès). — En Amérique, EERIGHT S. B: Preputial divulsion versus circumcision in the Young : Dilatation du prépuce substituée à la circoncision chez les jeunes enfants (*American Practitioner, and news*, 1er octobre 1901.)

(2) WELCKER. (G) : « Le phimosis est une anomalie préputiale par *excès de développement*, uni à une étroitesse plus ou moins prononcée de l'orifice ». Article in *Dictionnaire Jaccoud*, 1878. « Dans nombre de cas, il y a trop de peau » BRAULT. 1899.

mune manœuvre de l'ablation. A mon sens, elles se résument toutes chronologiquement et simplement sous trois méthodes stigmatisées par l'étendue du sacrifice : méthode de l'amputation cutanéo-muqueuse subtotale de Ravaton 1776 ; méthode de l'amputation cutanéo-muqueuse partielle de Lisfranc 1820 ; méthode de l'amputation muqueuse subtotale de Dieffenbach, 1837. L'instrument tranchant (bistouri, ciseaux, rasoir, sécateur, dit posthétome) constitue l'agent de diérèse par excellence. Et ceux-là n'ont point fait école, qui, pour éviter l'hémorragie, l'érysipèle, la pyohémie, préconisèrent l'ablation préputiale au moyen des caustiques (1), de l'écraseur linéaire (2), du serre-nœud (3), du thermocautère (4) ou du galvano-cautère (5). Le sphacèle par brûlure, l'emportement ou la contamination de tous les téguments de la verge, les phlegmons gangreneux post-opératoires par infection primitive ou consécutive, la lenteur de la cicatrisation, justifient la mauvaise renommée de cette posthectomie ischémique non sanglante sans instrument tranchant.

Indications et contre-indications opératoires.

A *Il faut respecter* : 1° le phimosis non compliqué des âges extrêmes de la vie (Boyer) ; ainsi ceux des nouveau-nés ou jeunes enfants, car la difformité disparaît en général vers la puberté quand le gland et le pénis prennent un rapide accroissement, dilatant ainsi fort simplement, très progressivement le limbe rétréci, aussi ceux des vieillards car la cure radicale n'est plus ici d'utilité bien appréciable.

2° On s'abstiendra également d'intervenir chez les *cachectiques* ou les malades en mauvais état général.

3° Il en sera de même en cas de milieu épidémique, de pyohémie, d'érysipèle, de pourriture d'hôpital.

B. *Il faut amputer* : 1° les phimosis compliqués *d'accidents urinaires* ; c'est-à-dire de lithiase préputiale (6) ; de rétention d'urine sous-préputiale, vésicale, rénale (1) ou d'incontinence d'urine (2) vraie ou fausse par regorgement.

2° Les phimosis compliqués d'*accidents génitaux* : hyperesthésie génitale et inversion sexuelle, pertes séminales (Lallemant) ; infécondité par rétention ou déviation du sperme (3); gêne dans l'érection et le coït, balanite, balanoposthite, fissures, gerçures, eczéma, éruption, prurigo, suppuration, adhérence, tendance à l'étranglement ou au paraphimosis (4), à l'éléphantiasis de la verge (Bouisson).

3° Les phimosis compliqués d'*accidents à distance* : hernie et hydrocèle (5) fistules périnéo-scrotales (6), accidents nerveux divers, dyspepsie (7) gastralgie palpitations hypochondrie accidents hystériformes ou épileptiformes voire même de gêne de la marche (8) ou autres troubles divers (9). En résumé, la cure radicale s'impose dans toutes les complications précitées avec un certain caractère d'urgence, dont l'occlusion complète du pertuis préputial constitue l'indication la plus immédiatement pressante quel que soit l'âge ou l'état général du sujet.

C. *On peut, on doit amputer* : 1° le phimosis non compliqué des adultes et adolescents, *quand il n'a pas guéri spontanément* à la puberté, et cela à titre hygiénique ou préventif de complications inflammatoires

(1) AMUSSAT. — Posthectomie par *caustiques* : Les caustiques, pâte de Vienne, caustique de Filhos, sont déposés dans la cuvette longue et étroite d'un porte-caustique appliqué lui-même à la base du gland.

(2) CHASSAIGNAC. — Posthectomie par *écraseur linéaire* : *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1847. Le prépuce étant tendu par l'intérieur au moyen d'une pince à pansement, transfixez le prépuce dilaté, soit par des aiguilles, soit par des crochets d'une érigne divergente et étranglez circulairement l'organe en arrière du point piqué. Opérez ensuite la section à l'écraseur sur la partie partiellement pédiculisée. Ceci fait, après la chute des tissus, vers le 2ᵉ ou 3ᵉ jour, on peut tenter la réunion par une suture à points passés.

(3) MAISONNEUVE. — Posthectomie par le *serre-nœud*.

(4) VERNEUIL. — Posthectomie par le *thermocautère* pour protéger le gland contre les brûlures, il convient d'insinuer une spatule entre le gland et le prépuce.

(5) DAWSON. — Posthectomie par le *galvano-cautère* : *France médicale*, 1873 — et BERNHEIM : A propos de la circoncision : *Clinique Française*, janvier 1892 — et LE DUC ; *Gazette médicale de Nantes*, 30 novembre 1901.

(6) *Lithiase préputiale* : complication fréquente observée par J.-L. PETIT, BRODIE, DUMERIL, etc. ; étudiée par BOURDILLAT : *Thèse* de Paris 1872. Comme cas récents, j'ajoute ceux de ZELLER : *Société de médecine de Berlin* 1890 — de VILLARD, *Journal de médecine de Bordeaux* : 28 janvier 1894 — de ALEXANDRE LOUIS (de Velessa, Macédoine), extraction de 110 pierres. *Jatriki Proodos*, 1899 — de PERAIRE : Bulletin de la *Société anatomique*, octobre 1901 — de ROCCAS, *Archives de mécecine et chirurgie*, Paris III 121-124, 1901 — de ENGLISCH : in *Wiener med. Presse*, 22 et 29 novembre, 6 décembre 1903 — de VASSAL : *Annales d'hygiène et médecine coloniale* : avril, mai, juin 1905. — Les calculs préputiaux sont en *nombre* unique ou multiples (60 Brodie, 110 Alexandre Louis) — en *poids* variables depuis quelques centigr. jusqu'à 225 gr. (Dumeril) — en *dimensions* variables depuis 99 mm. jusqu'à une longueur de plusieurs centim. (Cas rapporté par Vidal de Cassis : un des 60 calculs observés par Brodie avait 15 mm. de long sur 10 mm. de large — *de surface* arrondie ou à facettes — de *coloration* blanc sale ou gris cendré — de *connexion* libre ou incrustée dans le sac préputial, mais sans adhérence solide — de *structure* d'acide urique, ou d'urate d'ammoniaque ou de phosphaté ammoniaco-magnésien — de *siège* secondairement préputial avec descente de l'arbre urinaire, ou primitivement préputial, nés sur place, autochtones — de *manifestation clinique* silencieuse ou torpide (balano-posthite) ou bruyante (rétention d'urine brusque par oblitération intermittente du pertuis préputial.

(1) *Retention d'urine* par phimosis : calcul oblitérant le pertuis (J.-L. Petit) ; rétention d'urine complète. Les 2 premiers cas ont été signalés par LAUGIER 1831 — puis BORELLI — RELIQUET — HART — auxquels j'ajoute celui de KERMOGANT-VASSAL : rétention d'urine complète par calcul préputial : *Académie de médecine* 10 janvier 190.. Rétention et distension de tout l'arbre urinaire (cas de HART — [illegible] POUZAT (*Société de chirurgie*, 1ᵉʳ mars 1893.)

(2) *Incontinence d'urine* par phimosis : TAGNARD : *Thèse* de Montpellier 1870 — FORNE (4 cas) auxquels j'ajoute les cas de LOU[illegible] *Annales de la Policlinique* de Bordeaux, janvier 1893 — de [illegible]BERG : Incontinence d'urine et des matières fécales : *Med.* [illegible] 11 août 1894 — de JOHN W. S CULLOUGH (de Allistors, Ontario) *Med. Record* 6 vol. 46, n° 10, p. 342 (1 cas) 1894.

(3) *Infécondité par phimosis* : complication rare. On cite par contre le cas d'un vieillard, père de 7 enfants, malgré un phimosis conservé toute la vie.

(4) *Paraphimosis* : Complication très fréquente : on cite comme curiosité le cas de GUERSANT : nouveau marié qui eut un paraphimosis la nuit de ses noces ; et celui de TILLAUX, analogue au précédent ; mais l'accident survint avant la consommation du coït. Cette complication peut être grave et mortelle. Exemple KÆRTO : Phimosis congénital, gangrène de la verge par paraphimosis, anaplastie : *Berliner Klinische Wochsenschrift*, p. 547, 22 mai 1893 — et FARRE : paraphimosis ulcéré suivi de tétanos foudroyant. *Lyon médical*, [illegible] 799-802 1901.

(5) *Hernie et hydrocèle* par phimosis : DENUCÉ : *Journal de médecine de Bordeaux* : 21 octobre 1894. — PRESNEL J. F. [illegible] hernia hydrocele und phimosis : *Illinois med. Bull.* [illegible] 362-364, 1903-1904. — PERAIRE : Phimosis et hernies chez [illegible] 17ᵉ *Congrès français de chirurgie*, 17, 22 octobre. Paris 1904.

(6) *Fistule uréthro-périnéo-scrotale* par phimosis : ANIAT, *Gazette médicale* de Paris, 1898.

(7) *Accidents nerveux* du paraphimosis. FLEURY - ALTH[illegible] nombreux médecins anglais et américains cités par M[illegible] *Dictionnaire Dechambre* et *in* BERGER : *Thèse* de Paris 18[illegible] *pepsie* (1 cas cité par JOHN W. S. *Cullough*. In *Medical Record*

(8) *Troubles de la marche* par phimosis : DENUCÉ : *Journal de médecine de Bordeaux* : 1ᵉʳ avril 1894.

(9) *Troubles divers* par phimosis : Voir MUNN : complications du phimosis chez l'adulte : *Med. News*, 24 mars 1894. — R[illegible] bles causés par le phimosis : *Med. Record*, 30 octobre 1898. — [illegible]QUET : Les méfaits du phimosis : *Centre médical* : Comm[illegible] 144-147, 1901. — GRIFFITH : Du phimosis, complications. *N.[illegible] med. Journal*, 4 juin 1902.

[b]alanite, blennorragie, chancres mous, chancres indurés ou syphilitiques (Hutchinson). La muqueuse en se cutinisant au contact de l'air, après l'opération, acquerrait une immunisation relative contre l'invasion d'accidents syphilitiques ou gonorrhéiques, voire même contre la cancérisation tardive des gerçures du gland et de la verge (Hey, Roux, etc).

2° Le *phimosis blennorragique*, afin d'éviter la rétention stagnante du pus dans le cul-de-sac préputial (1).

3° Le *phimosis chancrelleux*, pour les mêmes raisons et pour éviter les lymphangites, les adénites suppurées. La circoncision serait, en l'espèce, d'une heureuse influence dérivative (Panas).

4° Le phimosis entretenu par un *chancre syphilitique* pour éviter également la stagnation du pus dans le prépuce, et couper court à la contamination générale de l'organisme par l'excision du foyer d'inoculation, conduite justifiée par quelques observations, très rares d'ailleurs, où la circoncision aurait enrayé la maladie.

5° Le *phimosis diabétique*.—Ici comme dans les éventualités qui précèdent, l'amputation préputiale peut être menée à bien grâce à un traitement antiseptique préalable assurant la réunion par première intention. En cas d'accidents phlegmoneux intenses, on s'en tiendra au débridement dorsal complété ultérieurement par l'excision secondaire.

Préambules opératoires.

A. L'*antisepsie préopératoire* en matière de posthectomie a conquis droit de cité depuis une vingtaine d'années environ, sous la forme d'insufflations d'iodoforme en poudre dans le sac préputial ou de lavages au sublimé, ou encore d'irrigations boriquées. Ces précautions auraient une importance considérable, surtout dans les phimosis enflammés. Grâce à cette désinfection, on obtiendrait, dit-on, la guérison par première intention avec un aussi bon résultat qu'en cas de phimosis non infecté. C'est à l'antisepsie que la posthectomie doit avoir vu s'étendre le champ de ses indications.

B. Quant à l'*anesthésie*, elle est admise aussi depuis plus d'une moitié de siècle. Auparavant on conseillait d'aller vite, très vite. A ce propos, on imagina la circoncision en un temps, d'un seul coup, véritable manœuvre de guillotine, dont les admirateurs sont encore nombreux à l'heure présente (2). Puis l'anesthésie générale fut préconisée, du moins chez l'enfant, d'autant qu'elle [n]e dure pas longtemps (3). Mais bientôt l'anesthésie locale rallia la majorité des suffrages, successivement sous la forme d'applications de glace (4), de pulvérisations d'éther (5), de pulvérisations de chlorure de méthyle (1), de badigeonnage, du gland à l'aide d'une solution de cocaïne déposée dans la rainure balano-préputiale (2), enfin et surtout d'injections de cocaïne ou de ses homologues réparties par piqûres et traînées de la ligne d'amputation (3).

Procédés opératoires de la 1re méthode.

Posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale : RAVATON, 1779.

Les procédés de la première méthode amputent quasi totalement le prépuce, à partir du sillon balano-préputial, sur une étendue sensiblement égale de ses deux feuillets, le cutané et le muqueux, avec section ou excision du frein quand il est trop court. Cette exérèse s'exécute soit à main levée, soit au contraire après fixation préliminaire par une pince spéciale des deux membranes internes et externes ainsi maintenues au même niveau.

Amputation à main levée.

Procédé de Ravaton: L'opération comprend 3 temps Mettez d'égalité le prépuce, relevez la verge de la main gauche, glissez à plat vers la partie supérieure, entre le prépuce et le gland, la lame mousse d'un ciseau bien tranchant, que vous redressez ensuite verticalement ; ceci fait :

Ier *Temps* : Par une *section dorsale*, d'un seul coup, fendez ces tissus jusqu'à la couronne, ainsi l'anneau préputial s'élargit subitement en présentant deux lambeaux latéraux flottants.

IIe *Temps* : D'un deuxième coup de ciseaux, vous détachez le lambeau de droite (ou celui de gauche) par une *section* hémi-circulaire oblique, préjacente et parallèle à la base du sillon balano-préputial, prolongée en bas le long du filet, qu'elle suit jusqu'à son sommet.

IIIe *Temps* : D'un troisième coup de ciseaux, vous enlevez par une même *section* hémi-circulaire oblique, symétrique à la première, le lambeau gauche et avec lui le filet suivant sa longueur. Mais l'on préfère en général, à l'exemple de Boyer (4), arrêter les deux sections latérales avant la rencontre du frein afin d'éviter toute hémorragie de ce côté, en respectant intégralement ce frein, dont la brièveté n'est qu'exceptionnellement gênante. S'il y a des adhérences préputiales, elles sont débridées chemin faisant à l'aide d'une sonde cannelée ou du manche d'un scalpal, ou mieux on les dissèque à la pince.

Comme complément, après ligature hémostatique des vaisseaux qui saignent, il est bien de suturer les lèvres incisées. Cette suture fut pour la première fois mise en pratique par Hawkins (de Londres) sous la forme de

(1) [Ci]rconcision *pour phimo is par chancre mou* : pratiquée et recommandée par RICARD, MAURIAC, GAILLETON. Celui-ci sur 50 circon[cisions] dans ces conditions enseigne que la guérison n'a pas exigé [plus de ...] jours au maximum.

(2) *Absence d'anesthésie* : Benjamin ANGER dans tous les cas.— SUAREZ DE MENDOZA, 1897, estime que son procédé de circoncision peut être exécuté sans anesthésie chez l'enfant.

(3) *[An]esthésie chloroformique* : GUERSANT l'a recommandée chez l'enfant. En l'absence de chloroformisation, l'application des serre-[fi]nes et le pansement de la plaie seraient, dit-il, à peu près impossibles. D'ailleurs, dit BOUISSON, la chloroformisation a d'autant [m]oins d'inconvénient qu'elle dure ici peu de temps. Quelques chirurgiens actuels la préfèrent encore : ainsi que M. Guiard, 1897.

(4) *Anesthésie par la glace* : DE SAINT-GERMAIN utilisait cette manière [de fa]ire chez l'enfant.

(5) *[An]esthésie par pulvérisation d'éther* : LANGLEBERT entourait la [verg]e d'une compresse et versait l'éther goutte à goutte sur la sur[fa]ce à opérer, tandis qu'un aide dirigeait sur le même point le vent d'un soufflet. Au bout de 2 à 3 minutes, lorsqu'on a usé 50 gr. d'éther environ la peau du prépuce a perdu sa sensibilité. D'autres préfèrent diriger le jet d'un pulvérisateur Richardon vers l'intérieur du sac préputial, car le contact du liquide en nature avec la muqueuse cause parfois de vives douleurs.

(1) *Anesthésie au chlorure de méthyle* : MATHIEU, article *Phimosis* de Dictionnaire *Dechambre*, fait remarquer que le chlorure de méthyle pourrait être avantageusement substitué à l'éther pour la congélation. Ses effets de refroidissement, de décoloration de la peau, et d'insensibilité sont rapides et persistent suffisamment.

(2) *Anesthésie par badigeonnage à la cocaïne* : MATHIEU rappelle qu'elle donne une anesthésie suffisante au titre de 1 p. 10.

(3) *Anesthésie par injection de cocaïne et ses analogues* : RECLUS l'a préconisée et parfaitement réglementée. La plupart des auteurs (Blanchard, etc.), la recommandent.

(4) BOYER, 1825, ne pratiquait ce mode de circoncision qu'en cas de prépuce exubérant et de pourtour dur et écailleux.

4 à 5 points séparés. Récemment, Tomasi, 1904 (1) la recommandait sous la forme d'un surjet au catgut.

Amputation après fixation préalable.

Procédé d'A. Guérin : Pour entailler les lambeaux à la Ravaton, ce chirurgien, après la fente dorsale, fixait préalablement les lambeaux latéraux à leur base, par une *pince spéciale*, maintenant la peau et la muqueuse au même niveau. Puis il coupait tout ce qui dépasse cet instrument, dont celui de *Cusco* (2) représente un modèle plus perfectionné comme aussi plus compliqué, si bien qu'avec Duboué 1869 (3), on revint aux aiguilles et fils en guise de pince fixatrice, suivant une technique d'ailleurs très complexe qui, de ce fait, ne se vulgarisa guère.

Procédés opératoires de la 2e méthode.

Hémi-posthectomie cutanéo-muqueuse.

Lisfranc, 1820.

Les procédés de cette méthode se distinguent des précédents par ce fait capital que le prépuce n'est enlevé qu'en partie dans un seul segment antérieur sur une étendue sensiblement égale de ses deux feuillets, selon une elliptique oblique en bas et en avant. Ici encore on ampute à main levée, ou au contraire après fixation paéalable de la glissante muqueuse. Et l'ablation s'exécute en un, deux, trois et même quatre temps.

Amputation à main levée.

A) En un temps : *Procédé de Richet*, 1860. — Avant d'exercer la moindre traction sur le prépuce, glissez entre lui et le dos du gland le mors d'une pince à dissection, tandis que l'autre mors est appliqué sur la peau. Soulevez ainsi les enveloppes, et d'un seul coup de ciseau, *excisez*-les en V, à base antérieure plus ou moins large, suivant les besoins, à sommet supérieur et médian. Ainsi l'on obtient, sans perte de substance con-sidérable, une ouverture bien suffisante pour laisser pas-ser le gland. Réunissez ensuite les lèvres cutanéo-mu-queuses de la section.

En 1892 voici comment j'exécutais l'excision en un temps : A l'aide de ciseaux courbes, incisez le fourreau préputial suivant une elliptique commençant, pour y fi-nir, sur les confins du filet, sans intéresser ce dernier, incision cutanéo-muqueuse, qui, de ces points extrêmes, remonte indiscontinue obliquement en haut, en arrière, en passant par son point culminant sur le milieu du prépuce. Si l'on commence à droite du frein, l'on va ainsi sans désemparer après un tour quasi complet jusqu'à la gauche de celui-ci, ou inversement. A cela, j'ajoute une suture des lèvres sectionnées par points séparés au fil de lin, temps complémentaire indispen-sable.

B) En deux temps : *Procédé de Malgaigne* : Ier Te[mps]. On fait à droite, sur le dos du prépuce, en partant du limbe rétréci, une *entaille* oblique ascendante en haut et en dedans jusqu'à la ligne médiane, en compre[nant] les 2 feuillets cutané et muqueux.

IIe Temps : *On taille* symétriquement à gauche jus-qu'à rencontre de la précédente. De cela, résulte une excision du prépuce en V, sommet postéro-supérieur, à base antéro-inférieure, plus ou moins large, sans incision dorsale première, ce qui est plus expéditif et moins douloureux. On termine par une suture ou par l'application de serre-fines. Ce procédé fut adopté à quelque détail près par Guersant, Delpech. Go[yrand?] en 1861 le modifia en pratiquant l'excision en V in[fé]rieurement, sur la face ventrale du fourreau, en y com-prenant ou non le frein ; il renouvelait ainsi la pra[tique] de Celse excision en V inférieur comprenant le fr[ein].

C) En trois temps : *Procédé de Trélat* : Ier Tem[ps]. fente *dorsale* médiane de fréquence jusqu'à la m[oitié] de sa hauteur.

IIe *Temps* : *Section* en bas et en avant, partant du sommet de la précédente et détachant le lambeau droit.

IIIe *Temps* : Même *section* symétrique, détachant le lambeau gauche. C'est en somme un Ravaton réduit de moitié dans l'étendue des segments excisés. On termine par une suture Reclus, 1892 ou par l'application de serre-fines.

Sims en 1895 a modifié l'hémi-posthectomie en trois temps ainsi qu'il suit : Ire incision *circonférencielle* elliptique du seul fourreau cutané en passant en haut au milieu de la hauteur du prépuce. IIe incision *conférencielle* elliptique du fourreau muqueux un peu en arrière de la section cutanée, afin d'enlever plus de muqueuse que de peau. IIIe section *dorsale* de la face postero-antérieure des 2 enveloppes, libérant ainsi les lambeaux latéraux. C'est en quelque sorte une amputa-tion rétrograde, c'est-à-dire pratiquée d'arrière en avant.

D) En quatre temps. *Procédé de Vidal de Cassis* 1851. Cette posthectomie quadrilatère comprend :

Ier *Temps. Section* latérale du prépuce jusqu'à mi-hauteur à droite.

IIe *Temps. Section* latérale analogue à gauche.

IIIe *Temps. Section dorsale* transversale réunissant le point terminus des précédentes, ce qui enlève le lambeau quadilatère supérieur.

IVe *Temps. Section ventrale* transversale réunissant

(1) Tomasi. — La section médiane est faite entre 2 pinces hémostatiques, plantées sur le prépuce. A propos du surjet, l'auteur remarque qu'il a l'inconvénient de franger le rebord. Mais la cicatrisation atténue cet effet. D'ailleurs, au surjet on peut substituer des points en U.

(2) Cusco. — La pince de l'auteur est à double mors latéral : les deux internes curvilignes, de dimension appropriée, variable avec l'âge circonscrivant le gland, tandis que les deux externes, pressés contre les internes, étreignent en les étalant les lambeaux latéraux.

(3) Duboué : L'incision dorsale une fois faite, passez à la base du prépuce des fils à l'aide desquels on facilite la section de cet appendice. Pour cela, armez de 3 aiguilles droites ou courbes, un fil ciré assez gros, long de 40 à 50 cm. A l'aide d'une aiguille tenant à l'un des chefs du fil, on pique le prépuce de dedans en dehors, à environ 1 à 2 mill. en dehors du point terminus de l'incision dorsale au voisinage de la couronne du gland. Avec l'aiguille venant à l'autre chef, piquez de même sur le côté droit du frein. La 3e aiguille est enfoncée dans le sillon balano-préputial à égale distance des 2 autres. Quand elle a traversé le prépuce, on coupe le fil qu'elle entraîne, d'où 2 fils au lieu d'un, formant 2 courbes qui se regardent par leur convexité. Un aide tient les extrémités de chacun de ces fils préalablement tendus pendant que l'opérateur résèque rapidement avec des ciseaux droits toute la moitié du prépuce en se guidant sur ce fil, en faisant partir la section à 2 mm. au-dessus du fil lui-même. Agissez de même à gauche. — Il est peut-être plus opportun de placer les fils des deux côtés dans un premier temps, puis de pratiquer la section des 2 côtés, dans un deuxième temps. En ce cas, on pourrait ne se servir que d'un fil long de 1 mètre, armé de 5 aiguilles. On aurait 5 piqûres au lieu de 6. Dans ce procédé la réunion peut se faire par serre-fines ou bien en coupant chaque fil en 2 moitiés, de manière à avoir 8 filets dont 2 deviennent inutiles sur les côtés de la verge, ce qui fait 6 points de suture à points passés : — Comme dernière modification, l'auteur noue lâchement 2 à 2 et par un double nœud les 2 fils qui se correspondent dans le voisinage de chaque piqûre ou qui sortent par une même piqûre. On a de la sorte 4 doubles-nœuds, l'un dorsal, le 2e près du frein, les autres latéraux à droite et à gauche.

également le point terminal des sections latérales, mais en contournant le frein. Ainsi se trouve détaché le lambeau inférieur. Terminer par serre-fines du modèle de l'auteur.

BRAULT, 1898, procède différemment à la posthectomie en 4 temps : Il exécute I° une *excision oblique* en bas du fourreau préputial exubérant. II° une taille *médiane* antéro-postérieure du dos prépuce. III° l'*excision* du seul lambeau droit. IV° L'*excision* du seul lambeau gauche, il termine par une suture.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

On douta un instant de son succès. Et même, avant de naître, il eut parfois une mauvaise presse. Les uns en firent aussitôt une manifestation égoïste de morticoles besogneux et envieux. D'autres, enfourchant la rossinante efflanquée d'un faux libéralisme, partirent en guerre pour la défense des fameux droits de l'homme, si diversement interprétés selon qu'ils gênent ou favorisent de petits intérêts ou de vieilles habitudes.

Avec une documentation plus précise, quelques journaux sérieux auraient pu éviter à leurs lecteurs les lignes inutiles et substituer à quelques articles ridicules et d'une inspiration bizarre la simple vérité. Ils auraient pu dire, par exemple, que le congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine n'avait qu'un but : protéger la naïveté des malades contre les escroqueries de plus en plus impudentes du charlatanisme moderne.

C'est que, diplômés ou non, les charlatans, à notre époque, deviennent un véritable fléau. Ils savent se couvrir du masque de la science, exploiter ses doctrines, transformer ses découvertes selon leurs besoins, les généraliser à la hâte pour en tirer un bénéfice immédiat. Avec de l'argent, ils s'assurent dans la presse une large publicité ; ils obtiennent même, en y mettant le prix, des articles de première page signés d'un vulgarisateur apprécié ou d'un pseudonyme à apparences scientifiques.

Avec ces complicités que nous voulons bien croire inconscientes, car il nous répugnerait de les juger criminelles, ils battent monnaie sur les misères humaines.

Au lendemain du Congrès de la tuberculose, un certain nombre de feuilles à grand tirage nous ont donné de tristes exemples de ces vastes exploitations. Si ce n'était qu'affaire d'argent, nous trouverions le tour bien joué et nous pardonnerions à l'ingéniosité de l'escroc en raison de la leçon qu'en pourraient retirer les pauvres dupes ; mais, à côté de l'argent volé, il y a la santé et la vie compromises. Nous savons parfaitement qu'au nombre des victimes sont des imbéciles médiocrement intéressants qui aiment à être volés, comme la femme de Sganarelle aimait à être battue ; mais aussi parmi ces victimes, combien de malades de bonne foi, de désespérés, de pauvres enfants livrés sans défense au hasard de toutes les manœuvres dangereuses et de toutes les drogues nuisibles. Ce sont ceux-là que l'Etat a le devoir de protéger, ce sont ceux-là que les médecins ont le droit de défendre ; aussi les syndicats médicaux, en instituant le Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la médecine, n'ont-ils guère fait autre chose que suivre l'exemple des fondateurs de la Société protectrice des animaux en facilitant l'application et l'extension de la loi Gramont.

Le Congrès a été remarquablement dirigé par M. le Dr Gairal. Le Prof. Brouardel, qui avait pris la part la plus active à son organisation, malgré l'état de sa santé que nous espérons voir rétablie avant peu, avait tenu à assister à la séance d'ouverture. Il avait voulu marquer ainsi tout le prix qu'il attachait à cette assemblée et à ses travaux. Nombre de personnages officiels éminents de France et de l'Etranger, que nous n'énumèrerons pas de peur de commettre trop d'oublis, étaient venus spontanément ou délégués par les Ministères de l'Intérieur, de la Justice et de l'Instruction publique. Les magistrats, les avocats, coudoyaient les médecins. M. le Préfet de Police avait tout spécialement désigné pour le représenter M. Honorat et ce n'est pas sans satisfaction que nous avons vu ce jeune et distingué fonctionnaire prendre une part très active aux discussions, assurer le Congrès de tout l'intérêt que la Préfecture de Police portait à la répression de l'exercice illégal de la médecine et faire l'éloge du Secrétaire général, M. le Dr Levassort, qui, chargé par le Syndicat des médecins de la Seine, de la pénible tâche des poursuites à intenter aux charlatans, s'en acquitte avec un dévouement, une habileté et un courage dont on ne saurait trop lui être reconnaissant.

M. le Dr Levassort a été, en effet, l'âme du Congrès. Bornons-nous à constater pour bien montrer son mérite et celui du président, M. Gairal, que tous les rapports ont été discutés en temps utile, que tous les vœux ont été soumis au vote avec leurs amendements, que, sans dédoublement de séances, sans séances supplémentaires, le programme prévu a été intégralement rempli.

Pour ceux qui ont quelque peu la pratique des congrès, qui savent que l'ordre et la régularité n'en sont guère les lois respectées, pour ceux qui, au grand Congrès de la Tuberculose, ont pu juger jusqu'où peuvent être portés l'incohérence et l'anarchie dans ces assises prétendues scientifiques, la constatation que nous venons de faire est plus qu'un éloge.

Le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine pourra à l'avenir servir d'exemple aux réunions de ce genre.

Nous ne ferons pas le compte rendu des séances, elles ont été trop bien remplies ; nous nous bornerons à quelques réflexions d'ordre général qu'elles nous ont inspirées.

Le Congrès a réuni médecins, dentistes, sage-fem-

*

mes. Nous ne parlons pas des magistrats et des avocats venus plutôt au titre de conseillers que d'adhérents. Pendant la période d'organisation, on a longtemps hésité avant d'accepter les dentistes et les sage-femmes. Nous nous souvenons avoir été quelque peu malmené, avec les partisans de la porte ouverte, par les exclusivistes à l'horizon plus borné et aux vues plus étroites. Nous croyons que nous serions difficilement parvenus à faire adopter notre manière de voir sans l'intervention de M. Brouardel qui, après avoir fait remarquer qu'un des buts principaux du Congrès était l'étude de la loi de 1892, a montré qu'il était difficile d'exclure de la discussion les dentistes et les sage-femmes que cette loi intéressait autant que les médecins. Les dentistes et les sage-femmes sont venus en nombre au Congrès. Leur attitude, même lorsqu'on a critiqué la conduite de certains membres de leur profession, a été toujours des plus correctes et des plus dignes. L'intervention fréquente de M. Bonnard au cours des discussions a montré aux médecins qu'il ne fallait pas considérer les syndicats de dentistes comme des quantités négligeables, que peut-être même, au point de vue de la solidarité et de la défense professionnelle, il y aurait quelques bonnes leçons à prendre chez eux.

Le rapport de Mme F. Bourgeois, sur la *condition actuelle de la sage-femme, ses devoirs et ses droits, et les modifications à apporter à la loi et à l'enseignement*, a été un modèle de tact, de mesure, de bon sens, unanimement apprécié. Dans la Commission permanente qui est appelée à continuer l'œuvre du Congrès, les dentistes et les sages-femmes sont représentés, et, pour notre compte, nous applaudissons de tout cœur à leur collaboration qui ne saurait que nous être utile.

Un second point que le Congrès a bien mis en lumière, c'est que le médecin ne peut actuellement agir sans se grouper sous la forme syndicale. Dans ces séances où assistaient des médecins non syndiqués, les avocats, les magistrats, les fonctionnaires, ne parlaient que de l'action des syndicats médicaux. Ils paraissaient ne pas pouvoir concevoir la moindre tentative collective sérieuse de la part des médecins sans l'organisme indispensable du Syndicat.

Quelques constatations pénibles ont été faites, constatations qui n'ont pas été des révélations pour la plupart d'entre nous. La plus importante est que le médecin est un des plus zélés propagateurs de l'exercice illégal de la médecine, soit parce qu'il crée à ses côtés des professions para-médicales, que des confrères moins fortunés ou plus jeunes assureraient volontiers, soit parce que trop souvent il néglige de s'instruire suffisamment sur l'application pratique de certaines spécialités qu'il dédaigne. Enfin plusieurs rapports ont mis en lumière l'insuffisance manifeste, au point de vue pratique, de l'enseignement officiel et l'auteur du premier rapport, M. le Dr Léon Pouliot, a eu le courage de dire qu'une des causes du succès de certains rebouteurs, était l'ignorance de quelques médecins, ignorance dont les Facultés de médecine étaient indiscutablement responsables. Et M. le Dr Pouliot a fait adopter le vœu :

« Que les étudiants en médecine soient initiés d'une manière vraiment pratique au traitement des affections traumatique des membres, les plus courantes. »

Nous limiterons là ces réflexions toutes personnelles sur le Congrès de l'Exercice illégal de la médecine : nous nous permettrons de terminer par une critique, car tout le monde sait que rien n'est parfait ici-bas. Les rapports et les communications étaient trop nombreux ; on s'est un peu trop perdu dans le détail de la casuistique ; il eût été peut-être préférable de grouper plus étroitement certaines professions où l'exercice illégal de la médecine fleurit d'une façon banale. Ces professions méritaient peut-être quelques lignes d'un rapport mais certainement pas un rapport spécial avec vœux et discussion à la suite. Heureusement que, dans une des dernières séances, l'examen critique de la loi du 30 novembre 1892 et l'étude des modifications à y apporter, objet d'un remarquable rapport de MM. Prieur frères, l'un médecin et journaliste distingué, l'autre avocat éloquent et érudit, sont venus faire la synthèse de tous les travaux et donner lieu à une discussion générale, véritable conclusion pratique du Congrès.

Ces modifications à la loi de l'exercice de la médecine bien conçues, longuement discutées, et parfois amendées, que nous publierons dès que le texte officiel nous en aura été transmis, serviront, nous l'espérons, de cadre, dans un avenir pas trop éloigné, à une loi nouvelle sur l'exercice de la médecine, qui, en protégeant le malade contre l'exploitation éhontée des charlatans, facilitera aux médecins honnêtes leur tâche de plus en plus utile et féconde.

J. Noir.

Un cas d'infection rabique transmis par un coup de griffe d'un jeune chien non malade, mais léché par une mère en puissance de cette affection.

Dans une des dernières séances de la Société de biologie, notre confrère Remlinger a communiqué deux cas personnels d'infection rabique par de simples coups de griffe. A l'appui de ce mode de contagion, qui paraît assez rare, puisque notre confrère dit n'en connaître que trois cas, je puis citer un fait personnel, intéressant tant au point de vue de l'inoculation que de la rapidité des phénomènes d'infection.

En 1887, étant médecin-chef de l'hôpital d'Haïphong (Tonkin), je fus prié par le médecin de la colonisation de voir un jeune homme de 15 à 16 ans atteint, disait-il, « de mal de gorge ». Mis en présence du malade, je fus d'abord frappé par l'éclat du regard et du facies (yeux brillants, facies d'excitation), en l'absence de tout phénomène fébrile. Quand je voulus examiner la gorge, ce malade, à l'aspect de la cuillère, eut un moment d'appréhension insolite et de spasme manifeste. J'aperçus en même temps au coin de la narine une légère cicatrice d'éraflure. Mis en éveil par tous ces signes, je demandai aux parents la provenance de cette légère lésion. On me répondit, sans y attacher d'importance, que, 3 semaines environ auparavant, en jouant avec un petit chien, le jeune homme avait été griffé au visage. Ce chien était le 2e d'une portée qu'allaitait la mère. Avec beaucoup de prudence j'insistai sur l'interrogatoire et

j'appris que la mère avait été abattue quelque temps après à cause de sa méchanceté et de son état maladif (on ne prononçait pas le mot de rage), et que les petits étaient ensuite morts. Sûr de mon diagnostic, persuadé qu'en léchant ses petits, la mère avait dû déposer sur leurs griffes des germes rabiques, je ne dissimulai pas aux parents mes inquiétudes. Elles ne tardèrent pas à être justifiées. Le soir même ou le surlendemain (mes souvenirs sur les dates depuis cette époque ne sont plus précis), des symptômes de rage bien confirmée éclatèrent chez le jeune homme, affectant surtout une forme délirante. Il succomba au bout de 2 ou 3 jours.

Ce fait vient à l'appui de la possibilité d'une contamination par de jeunes chiens non atteints de rage, mais allaités et léchés par une mère malade. Il confirme également ce qui a été écrit au sujet de la forme de la maladie et de la rapidité de l'infection (3 semaines au plus dans le cas actuel), quand l'inoculation a lieu à la face. Je crois donc utile de le joindre à ceux relatés par notre confrère à la Société de biologie.

A. DEMMLER.

Correspondant de la Société de Chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 mai 1906.

Emploi thérapeutique du rumex crispus.

MM. GILBERT et LEREBOULLET. — Le *rumex crispus* contient beaucoup de fer ; ses racines jouissent de la propriété de fixer le fer du sol, et il se transforme en fer dans la plante à l'état de combinaison lâche et s'accumule en quantité dans la racine au niveau du cambium. En l'arrosant régulièrement avec du carbonate de fer, on peut augmenter la richesse en fer de la plante. M. Saget a obtenu après culture, que la teneur en fer des feuilles et des tiges dépasse 28 milligrammes par 100 gr. de substance sèche, et pour la racine 75 à 447 milligrammes. Enfin, traité intensivement, il a pu amener cette racine à contenir 1 gr. 50 de fer pour 100 grammes. Cette racine pulvérisée a été employée par MM. Gilbert et Lereboullet, ajoutée à la ration alimentaire quotidienne (1 à 3 grammes) et a donné dans les chloro-anémies, surtout dans les tuberculoses, une amélioration de l'état général, en même temps que des modifications hématologiques.

Agglutination du gonocoque et du méningocoque de Weichselbaum par le sérum gonococcique.

MM. BRUCKNER et CRISTEANU (de Bucharest) ont vu que le sérum d'un cheval ayant reçu des injections répétées de culture de gonocoque agglutine ensuite ce microbe en une heure au taux de 1/100 ; en douze heures, à 37°, au taux de 1/750. A 1/2000, le microscope montre encore une forte agglutination. Le même sérum agglutine trois cultures, d'origine différente du méningocoque de Weichselbaum.

Ration de l'homme adulte en calories.

M. MAUREL rappelle ses travaux : 1° sur la valeur en calories de la ration moyenne d'entretien ; 2° sur les variations de dépenses de l'organisme sous l'influence des variations de température ambiante, dépendant des saisons, des climats des altitudes. Ces résultats de calorimétrie indirecte coïncident avec les résultats de calorimétrie directe de M. Lefèvre.

Il conclut : 1° dans les régions tempérées, pendant les saisons intermédiaires, la ration d'entretien demandée par l'homme adulte de 65 kg. ne dépasse pas 2.400 calories. 2° Cette dépense est, en été, inférieure d'un sixième, et en hiver, supérieure de la même quantité.

Ces résultats subissent les mêmes variations suivant le climat.

Colloïdes de la bile.

M. ISCOVESCO montre que la bile débarrassée de la mucine ne contient que des colloïdes négatifs.

Action précoce du chloroforme sur le parenchyme hépatique.

M. NOEL FIESSINGER a fait des expériences avec le chloroforme ; il a étudié le foie, après inhalations, injections intra-portales et injections sous-cutanées. Le chloroforme présente une action des plus toxiques sur le foie s'il est employé à dose suffisante. Les lésions apparaissent d'une demi-heure à une heure après injection intra-portale et ne se retrouvent pas après inhalations. Les lésions débutent dans les zones périportales et consistent en nécrose de coagulation avec dégénérescence graisseuse.

Au centre sus-hépatique, le lobule malade paraît se régénérer ; il y a abondance de karyokinèse et de cellules jaunes.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai.

La tuberculose.

M. NETTER, au nom de la commission chargée d'étudier la prophylaxie de la tuberculose propose les vœux suivants :

A. — *Statistique.* — La statistique des causes de décès n'offre des garanties d'une réelle sincérité que si les déclarations sont faites par le médecin traitant. Elles ne peuvent lui être imposées que si des mesures suffisantes sont prises pour assurer d'une façon absolue le respect du secret médical.

Etant donnés les engagements internationaux, il convient d'attendre la réunion de la prochaine conférence, en 1910, pour reviser la nomenclature et le groupement des causes de décès.

Les statistiques devront tenir compte, autant que possible, de l'élément étiologique.

B. — *Déclaration des maladies transmissibles.* — L'Académie émet le vœu que la déclaration des maladies transmissibles soit obligatoire pour le chef de famille, le logeur, le chef d'établissement, au même titre que pour le médecin traitant. Cette obligation existe dans les pays étrangers.

C. — *Lutte contre la tuberculose.* — Le médecin, appelé à donner ses soins à un tuberculeux, prendra l'initiative des mesures de prophylaxie nécessaires. Il indiquera à l'entourage du malade et au malade, s'il y a lieu, les meilleurs moyens à opposer à la contagion.

En usant du droit qui leur est conféré, par le décret du 10 février 1903, de déclarer les cas de tuberculose, le médecin traitant, les familles et les chefs de collectivité ont le moyen de provoquer la désinfection des locaux habités par un tuberculeux. Cette désinfection est particulièrement nécessaire en cas de décès ou de changement de domicile.

L'évolution de la tuberculose est si différente de celle des autres maladies transmissibles, qu'on ne saurait, pour combattre cette maladie, se contenter des mesures édictées par la loi du 15 février 1902. L'Académie estime qu'il convient d'organiser cette lutte par une loi spéciale. Cette loi devra envisager, non seulement la transmissibilité, mais aussi les autres facteurs étiologiques, notamment l'insalubrité des locaux et l'alcoolisme.

D. — *Désinfection.* — L'Académie de médecine, se référant à son vote du 20 juin 1905, appelle instamment l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de faire fonctionner, le plus tôt possible, les services de désinfection prévus par la loi du 10 février 1902.

E. — *Déclaration obligatoire de la coqueluche.* — L'Académie demande que la coqueluche soit, dès à présent, classée parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire.

M. Grancher insiste, avec son autorité ordinaire, sur l'importance de la contagion familiale. Il montre qu'il faut à tout prix pour faire de la prophylaxie utile, éclairer tout le monde dans la famille, malade ou entourage, sur le péril commun. Il demande de voter le principe consacrant cette franchise du médecin traitant envers tous. Dans la pratique, les médecins sauront s'inspirer à la fois de leur conscience et de leur dévouement ; il demande donc que le 1er paragraphe de l'article C, lutte contre la tuberculose soit ainsi modifié :

« Le médecin traitant indiquera au malade et à son entourage les mesures à prendre pour prévenir la contagion. »

Cette modification est votée.

Nécessité de la collaboration des médecins à la réforme du Code civil.

M. Lacassagne montre que les commissions pour la réforme du code civil et du mariage renferment des juristes, des littérateurs mais sont fermées aux médecins. Seule pourtant, la compétence du médecin trancherait utilement de nombreuses questions : durée de la grossesse, déclaration des naissances ou des décès, délits, quasi-délits, etc. Toutes ces question si importantes pourraient être étudiées par une commission spéciale que nommerait l'Académie.

La typhlocolite.

M. Cornil montre que des appendicites graves peuvent être invisibles à l'œil nu et ne se révéler qu'histologiquement. Entre la simple inflammation de la muqueuse et les lésions graves envahissant les lymphatiques et le péritoine on trouve comme formes aiguës, tous les intermédiaires. De même, l'appendicite chronique varie depuis de légères cicatrices jusqu'à la sclérose et à l'oblitération totale. L'appendicite tuberculeuse ou cancéreuse ne se décèle souvent que par l'examen microscopique. Sans cet examen un appendice très malade peut être, à tort, regardé comme sain.

M. Reclus croit aussi que cette absence d'examen histologique enlève leur valeur à la majorité des observations rapportées par M. Dieulafoy. En outre, il croit aux rapports étroits entre l'entérite et l'appendicite. L'inflammation de l'intestin force très facilement la valvule de Gerlach pour envahir l'appendice, cette fistule interne si prédisposée mécaniquement à toutes les infections. Et même, il n'est pas rare de voir l'ablation de l'appendice améliorer, très manifestement, l'entérite.

M. Richelot admet qu'il y a eu quelques exagérations opératoires. Mais il croit qu'une réaction dans le sens de l'abstention à outrance serait encore plus dangereuse. Il insiste sur le rôle de la stagnation des matières dans l'appendice. En réalité il y a, entre l'intestin et l'appendice, un échange de mauvais procédés. D'une part, bien des affections intestinales ont leur point de départ dans l'appendice ; d'autre part, l'appendicite est toujours d'origine intestinale. La guérison ou l'amélioration d'une entéro-colite, à la suite de l'acte opératoire est fréquente et M. Richelot cite en particulier le cas d'un enfant de huit ans, atteint d'entérite glaireuse manifeste, compliquée d'appendicite. Cet enfant, chétif, ne se développant pas, a été radicalement guéri et transformé par l'opération supprimant le principal foyer infectieux.

Elections.

MM. Mosso (de Turin), par 55 voix sur 60 votants, et Ehlers (de Copenhague), par 43 voix sur 59 votants, sont élus membres correspondants étrangers (1re division).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 1er juin.

Ophtalmoplégie transitoire chez un artérioscléreux.

M. H. Claude rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, qui, sans tares antérieures, présenta brusquement en pleine santé une diplopie, des troubles de l'équilibration sans parésie des membres. Les réflexes rotuliens étaient abolis, le réflexe achilléen persistait. L'examen oculaire décela une diminution des réflexes pupillaires, de la diplopie, une parésie des mouvements des globes oculaires avec légère divergence des globes en dehors. On ne trouva aucune lésion nerveuse périphérique, ni tabes, mais de l'athérome très prononcé avec forte pression artérielle (27 ctm. Potain). Pas de néphrite, pas de diabète. L'ophtalmoplégie n'était donc ni d'origine périodique, ni d'origine asthénique, mais dépendait de l'athérome pédonculo-protubérantiel, qui entraina une ischémie des 3e, 4e, 6e paires. Les accidents rétrocédèrent, et cela démontre encore qu'il ne s'agissait que d'un simple trouble fonctionnel.

Fièvre typhoïde prolongée.

M. Claisse a observé ce cas, qui a duré 200 jours, avec 4 rechutes. La symptomatologie fut banale, très peu de symptômes nerveux, aucune douleur nulle part. Pendant la deuxième rechute, il y eut une grave hémorrhagie intestinale. L'escharre sacrée du début persista jusqu'à la guérison de la fièvre typhoïde. La séroréaction fut toujours positive avec l'Éberth, négative avec les paratyphiques.

M. Le Gendre ajoute que les fièvres typhoïdes prolongées atteignent rarement une pareille durée et que leur pronostic est toujours bénin Dans un cas qu'il a observé avec M. Widal, la mort survint au 4e mois par débilité.

M. Faisans croit ces formes prolongées plus fréquentes dans ces dernières années et a remarqué deux types cliniques différents : 1° fièvres typhoïdes prolongées avec poussées successives avant l'apyrexie complète ; 2° fièvres typhoïdes prolongées, où la température oscille pendant toute la durée autour de 35° et 40°.

M. Widal insiste sur le pronostic bénin de ces formes, malgré plusieurs rechutes, la guérison étant habituelle.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Séance du 30 mai 1906, présidence de M. Bonnier.

Discussion des vœux présentés par M. L. Martin *sur l'hospitalisation des contagieux.*

M. L. Martin donne connaissance à la Société des vœux qu'il propose sur l'hospitalisation des contagieux, en donnant les raisons qui les lui ont fait adopter. Après des observations de MM. Chantemesse, Letulle et Lemoine, les vœux proposés sont légèrement amendés et formulés à peu près en ces termes :

1° Dans les hôpitaux à construire, les services médicaux devront avoir des chambres d'isolement capables de contenir au moins le quart des malades, ces chambres d'isolement devant servir pour les maladies contagieuses que la loi oblige de déclarer ;

2° Dans les hôpitaux déjà construits, installer 2 ou 3 pavillons avec chambres séparées ;

3° Les maladies contagieuses que la loi n'oblige pas à déclarer doivent être hospitalisées dans des établissements munis de pavillons interchangeables.

Après avoir demandé que les chambres d'isolement soient, si possible, d'un seul lit, et, au grand maximum, de 12 lits, la Société adopte les trois vœux précédents.

Discussion sur l'épuration biologique des eaux d'égout et des eaux résiduaires.

M. Calmette lit un long travail tout hérissé de chiffres, en réponse aux critiques faites par M. Vincey contre l'épuration biologique, où il s'efforce de démontrer la supériorité de ce dernier procédé sur celui de l'épandage. Si, dit M. Calmette, l'épuration bactériologique des eaux de la Madeleine n'est pas aussi bonne que celle des eaux d'égout par l'épandage, cela tient sans doute à ce que les eaux de la Madeleine sont chargées de produits industriels (teintures, sels minéraux, graisses, etc.) qui n'existent qu'à de faibles proportions dans les eaux d'égout. En appliquant à ces dernières le traitement de la Madeleine, on arriverait sans doute à de bien meilleurs résultats. M. Vincey avait dit que la surface pour l'épandage était 8 fois supérieure à celle nécessaire pour le procédé bactériologique ; mais cette surface l'est 23 fois, au lieu de 8. De sorte qu'au point de vue économique, l'avantage est certai-

nement au procédé de la Madeleine. Les mauvaises odeurs de l'épandage sont connues ; et, de plus, il n'est pas certain que les légumes récoltés par ce procédé de fumure ne contiennent pas des microbes pathogènes, qui peuvent devenir nocifs si ces légumes sont mangés crus. Ce qui est certain, en revanche, d'après des expériences concluantes, c'est que les vaches nourries dans les prairies traitées par l'épandage, produisent un lait bien inférieur en qualité à celui produit par les vaches nourries dans les prairies ordinaires : le premier est moins riche en beurre ; il s'aigrit avec une grande rapidité, et certains animaux friands de lait ne veulent pas en boire.

M. Vincey réplique que les eaux d'égout épurées par l'épandage peuvent, sans aucun danger pour les riverains, être rejetées à la rivière ; ce qui n'est pas le cas, de l'aveu même de M. Calmette, pour les eaux traitées par le procédé de la Madeleine.

Il objecte que les eaux de la Madeleine n'ont pas la même composition que celle des eaux d'égout, et que cette différence de composition rend leur épuration plus difficile. C'est possible mais jusqu'ici aucune expérience n'a été faite sur les eaux d'égout par le procédé Calmette : la plus grande réserve pour le résultat futur est donc encore imposée.

M. Calmette triomphe pour son procédé, parce qu'il nécessite une surface beaucoup plus faible que l'épandage. Cela est vrai partiellement. Cependant il a besoin, pour ses boues résiduaires, de surface d'égouttage de « 1 m. d'épaisseur » ; on peut douter que l'égouttage se fasse bien sous de pareilles épaisseurs, et il faudrait sans doute augmenter beaucoup cette surface pour diminuer cette énorme épaisseur. D'ailleurs, une fois égouttées, qu'est-ce qu'il fera de ces boues ? Il faudra s'en débarrasser d'une manière quelconque, en les enfouissant, par exemple. On voit que le triomphe de M. Calmette doit devenir modeste sur ce point, surtout si l'on se rappelle que les 40.000 m. c. d'eaux d'égout par hectare et par an imposés par la loi, pourraient être dépassés considérablement sans nuire à l'épuration finale. M. Vincey continue à croire, jusqu'à plus ample informé, que l'épuration agricole est moins dispendieuse que l'épuration biologique.

M. Bechmann demande qu'à cause de l'heure avancée et de l'importance du sujet, la suite de la discussion soit reportée à la prochaine séance. La Société approuve cette motion.

A. Pujol.

Décorations académiques. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs de Bourgon, Gardette, Jacob Grunberg, Huguenin, G.-E. Petit, de Paris ; Prunac, de Montpellier.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Abrand, Acheray, Coldefy, Coudert, Defrance, Joulia, Lemaitre, Maurel, Raoul-Deslongchamps, E.-C. Regnault, Schapiro, de Paris ; Bertholet, de Toulon ; Boyer, de Sanary ; Comet, de Gimat ; Duroisel, de Sèvres ; Fabre, de Virieu ; Sempé, de Tarbes ; Clavelin, médecin militaire ; Lassabatie, médecin de la marine.

Concours de l'agrégation. — En 1906-1907, les concours pour 41 places d'agrégé des facultés de médecine auront lieu à Paris. Voici leur répartition :

Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 3 ; Toulouse, 1. — *Chirurgie* : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1. — *Accouchements* : Paris, 2 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 1. — *Anatomie* : Paris, 1 ; Nancy, 1. — *Physiologie* : Paris, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1. — *Histoire naturelle* : Bordeaux, 1 ; Montpellier, 1. — *Physique* : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Nancy, 1. — *Chimie* : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1. — *Pharmacie* : Bordeaux, 1. — Ces concours commenceront le 17 décembre 1906 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ; le 11 mars 1907 pour la section de chirurgie et accouchements ; le 13 mai 1907 pour les sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sections physiques. Les candidats s'inscriront pour une des places mises au concours et pourront s'inscrire également pour plusieurs places.

BIBLIOGRAPHIE

Résection de quatre mètres d'intestin grêle ;

Par M. V. Pauchet (1).

Dans la séance du 8 nov. 1905 de la Société médicale d'Amiens, M. le Dr Pauchet a montré « un petit homme » qui a subi à l'Hôtel-Dieu, il y a 2 mois, la suppression de 4 mètres d'iléon et la partie correspondante du mésentère. Il était porteur d'une hernie inguinale volumineuse et irréductible. Cette tumeur le gênait et l'empêchait de travailler.

Après examen, j'espérai trouver de l'épiploon, car la moitié de la masse scrotale était mate à la percussion. Il n'en fut rien. La hernie ne contenait que l'iléon et un mésentère gras épais, plissé et dont les feuillets étaient fusionnés. Je ne pus réduire ni en partie ni en totalité la masse intestinale, et fus obligé de couper au ras de l'anneau inguinal tout le contenu iléon-mésentérique. Le mésentère pouvait peser de 500 à 600 grammes.



Fig. 25. — Dessin, d'après photographie d'une anse colossalement dilatée d'un côlon sphacélé par suite de volvulus. Cette pièce est la portion d'intestin qui a dû être réséquée (V. Pauchet).

Les élèves du service de l'Hôtel-Dieu mesurèrent séance tenante l'intestin enlevé. *Il mesurait exactement 4 mètres !* (*Fig.* 0). Je ne crois pas que jamais une pareille longueur a été enlevée du ventre d'un homme. Je fis une anastomose latérale à l'aide d'un bouton, celui-ci fut éliminé au bout de 15 jours.

Cet homme quitta l'hôpital au bout d'un mois environ ; revenu chez lui il mangea et but comme jadis ; ce régime fut désastreux. Il était atteint d'une diarrhée incoercible ; aussitôt pris les aliments étaient expulsés par l'anus incomplètement digérés.

Je le mis au régime sec et lui recommandai l'usage des pâtes, purées etc..., le résultat fut immédiat ; depuis ce temps il présente une ou deux selles par jour et supporte fort bien

(1) *Gaz. méd. de Picardie*, 1905, p. 486.

la nourriture. Il est possible que le régime végétarien lui allonge l'intestin et le ramène à ses dimensions primitives.

M. le Dr Pauchet a bien voulu mettre à notre disposition le cliché du dessin qui illustre sa note, nous l'en remercions. Son cas très intéressant nous en a rappelé un autre, dont nous avons parlé naguère (*Progr. méd.*, 1901, nº 45, p. 380), celui de sainte Lydwine, de Schiedam. Huysmans, dans son livre intitulé : *Sainte-Lydwine de Schiedam* (1380-1433) dit : « Godfied (un médecin), qui avait jadis pronostiqué l'origine divine de ces maux (dont est faite, avant, une longue énumération), ne pouvait que constater l'impuissance de son art à les guérir ; croyant cependant qu'il parviendrait peut-être à soulager la patiente, *il lui retira du ventre les entrailles qu'il déposa dans un bassin, il les tria et remit, après les avoir nettoyées, celles qui n'étaient pas hors d'usage en place* ». De même que le « petit homme » du Dr Pauchet, sainte Lydwine guérit.

Manuel du praticien : Clinique et thérapeutique spéciales. *Chirurgie et Orthopédie*, par Mouchet ; *Maladies des voies urinaires*, par Cathelin ; *Gynécologie*, par Iselin ; *Obstétrique*, par Devraigne : *Electrothérapie et radiothérapie*, par Delherm. (Henry Paulin et Cie édit. 1906. 1 fort vol. broché 16 fr. 50, cartonné 18 fr. 50.)

Au moment où les praticiens se plaignent, et non sans raison, du manque de direction pratique donné aux études médicales par ceux qui ont la charge de l'Enseignement officiel, il n'est pas sans intérêt de voir un groupe de jeunes médecins distingués faire un effort sérieux pour combler les lacunes des cours de la Faculté. Malgré l'opinion émise par un agrégé que les praticiens, même à la campagne, n'ont pas besoin de connaître les spécialités, car ils peuvent toujours et partout faire intervenir à temps le spécialiste indispensable, les auteurs du *Manuel du Praticien* ont jugé préférable de donner, dans leur ouvrage, aux praticiens, les connaissances les plus claires et les plus utiles sur les spécialités qu'ils doivent pratiquement connaître dans la mesure du possible. Ils savent bien que le médecin de campagne, qui n'est jamais sûr d'être honoré lui-même, ne peut avoir recours à de coûteuses consultations ou interventions, pour soigner les malheureux que le chômage, conséquence de la maladie, suffit à plonger dans la misère. Certains n'ont pas cure des conséquences sociales d'une maladie, le bon praticien ne doit pas les négliger, il doit réunir en lui les connaissances les plus indispensables des diverses spécialités et ces connaissances, les auteurs du *Manuel du Praticien* les ont exposées et condensées. C'est là un mérite que la lecture de leur livre rend indiscutable, et que le succès qu'il obtiendra auprès des praticiens fera encore mieux ressortir.

M. Albert Mouchet a exposé les *Notions de la Chirurgie orthopédique*. Il commence par l'étude des déformations du cou, des torticolis, puis continue par celles du thorax, de la colonne vertébrale, donnant la place prépondérante au traitement, décrivant minutieusement l'application des appareils, tels que le corset de Sayre, indiquant les divers procédés de correction des scolioses ; il ne néglige aucune déformation des membres et aucun des moyens thérapeutiques que l'orthopédie met à la disposition du chirurgien pour les corriger. Le texte, du reste, est complété par 77 figures, la plupart originales.

M. F. Cathelin a traité les *Maladies des voies urinaires*, ou plutôt, comme il le prétend lui-même, *l'urologie dans la pratique journalière*. Ce sont, du reste, les leçons que l'auteur a faites l'an dernier, en cours complémentaire, à l'hôpital Necker, comme chef de clinique du Pr Guyon. Il indique d'abord, avec figures à l'appui, les diverses méthodes de palpation du rein, des uretères, de la vessie. Il insiste sur le cathétérisme avec les divers instruments, chez les rétrécis, les prostatiques. Il s'étend sur l'anesthésie, l'antisepsie et la stérilisation dans les voies urinaires, qui jouent un si grand rôle dans toute intervention. Puis, il passe en revue les diverses techniques : techniques des dilatations et explorations (introduction des béniqués, (4 figures) ; introduction des sondes en cas d'accidents ; technique des lavages et des instillations ; technique de la sonde à demeure. Il expose avec détails la technique de l'injection épidurale dans l'incontinence essentielle d'urine, méthode qui lui est personnelle et qui consiste à injecter dans la région épidurale du sérum légèrement cocaïné. Un mot sur l'uréthroscopie et quelques indications sur la cystoscopie et la division endovésicale des urines des deux reins, opérations que le praticien ne pourra le plus souvent pratiquer lui-même, mais qu'il ne peut ignorer. Un chapitre entier est consacré à la technique des petites opérations d'urgence (ponction vésicale, uréthrotomies, cystostomie et néphrostomie d'urgence, etc., etc). Un mot sur l'examen des urines et la coloration du gonocoque, un autre sur les grands syndromes urologiques (pyurie, hématurie, rétention, incontinence, anurie, douleur), quelques lignes consacrées aux affections du périnée, aux complications périuréthrales, un chapitre sur les indications opératoires, une précieuse petite thérapeutique appliquée avec formules et tableaux synoptiques, et voilà l'urologie pratique entièrement et nettement exposée en quelque cent pages avec 63 figures.

La *Gynécologie* est l'œuvre du Dr Iselin ; elle ne le cède en rien à l'urologie : même soin d'exposer la technique des explorations et des examens cliniques, même souci de ne pas dépasser, au point de vue thérapeutique, les limites des traitements que les praticiens peuvent appliquer à eux seuls.

M. L. Devraigne, qui a traité l'*Obstétrique* en 176 pages, a trouvé le moyen d'être, dans ce résumé, absolument complet. Aucune intervention n'est négligée, ni les embryotomies, ni les opérations césariennes. C'est qu'en obstétrique le praticien se trouve en droit de pratiquer les opérations les plus graves qui sont presque toujours urgentes et dont la vie de deux êtres dépend. Cette obstétrique n'est pas seulement un clair exposé du manuel opératoire de l'accoucheur, M. Devraigne accompagne l'enfant nouveau-né jusqu'à son sevrage, et 107 belles figures font encore mieux comprendre les explications qu'il donne sur chaque point. Systématiquement, l'auteur a négligé ce qui est théorique, il aurait été entraîné trop loin et serait sorti du programme du *Manuel du Praticien*.

Les dernières spécialités traitées sont l'*Electrothérapie et la Radiothérapie*.

M. L. Delherm s'est bien rendu compte qu'il ne pouvait faire en 77 pages l'éducation du spécialiste, il s'est proposé 1° de fournir aux médecins qui désirent faire quelques applications électriques la technique détaillée des procédés simples ; 2° de leur donner sur des questions plus complexes, des notions générales sur l'électrothérapie et la radiothérapie ; leur expliquer les raisons de leur emploi, les renseigner sur les indications et les contre-indications, en un mot leur permettre de conseiller leurs malades en connaissance de cause. Il a parfaitement réussi à remplir cette tâche difficile.

Ce volume de *Clinique et thérapeutique spéciales* doit être sous peu complété par un autre volume où M. F. Terrien exposera l'*Ophtalmologie* ; M. Roy, l'*Odontologie*, M. Wicart, l'*Oto-rhino-laryngologie* ; ce volume, s'il est aussi clairement et soigneusement écrit que celui qui vient de paraître, augmentera, nous n'en doutons pas, le succès du *Manuel du Praticien* auprès de tous les médecins qui ont le souci de soigner véritablement les malades qui leur confient leur santé.

J. Noir.

Histoire et Médecine : *Médecine Anecdotique* : par le Dr Minime (Rousset, édit. 1906). ***La médecine chez les Grecs avant Hippocrate*** ; par le Dr Mollet (Maloine, édit. 1906).

L'histoire enrichira toujours notre littérature. Ce sont les grands historiens romantiques qui ont réuni les sciences historiques aux lettres, qui auparavant n'avaient avec elles que des rapports accidentels. L'histoire a besoin du concours de toute l'érudition humaine : archéologie, philosophie, sciences, médecine, etc. Aujourd'hui, un mouvement très net tend à réunir la médecine, c'est-à-dire une partie de la science proprement dite, à l'histoire. Nous avons déjà montré quels services mutuels se rendent depuis quelque temps ces deux sciences. Ce mouvement a été imprimé par MM. Cabanès, Witkowski, etc.; nombreux sont leurs émules, comme le prouve

les deux ouvrages publiés dernièrement par MM. les Drs Minime et Mollet.

Le docteur Minime est bien connu des médecins érudits, surtout depuis la publication du *Parnasse hippocratique*. *La Médecine anecdotique* qu'il publie aujourd'hui constitue un des recueils les plus curieux. A côté d'histoires médicales plus ou moins gauloises se trouvent des reproductions de pièces anciennes, dont il n'existe que de rares exemplaires dans nos bibliothèques publiques.

Citons au hasard quelques titres de chapitres : La vie de la prostituée à Venise au XVIe siècle. — La déclaration des abus et tromperies que font les apothicaires. — Un poème du XVIe siècle sur la génération.

Ces parties du livre sont d'un caractère plus sérieux que les anecdotes qui les entourent. En bon disciple de Rabelais, le docteur Minime aime à rire et à faire rire : Histoire nouvelle et facétieuse de la femme d'un tailleur qui est accouchée d'un monstre horloge dans les prisons de Roanne après qu'elle a eu sonné cinq fois vingt-cinq heures. — Le feu au derrière, avis aux chirurgiens qui emploient le thermocautère dans le voisinage de l'anus.

Enfin quelques pièces peu connues intitulées : Le canon obstétrical : Le frater reconnaissant ; Les affaires ; L'arc d'amour, etc.

Si l'on ajoute que ces trois volumes contiennent plus de 100 estampes, reproductions et fac-simile, on voit que le chercheur trouvera dans la *Médecine anecdotique* une ample provision de matériaux et que cet ouvrage rendra de grands services aux bibliophiles et à tous ceux qui aiment à collectionner des documents pour servir à l'histoire des temps passés et présents.

Le second ouvrage est *la Médecine chez les Grecs avant Hippocrate* par le Dr Mollet. Les dieux s'en vont, c'est l'impression qui se dégage de la lecture du livre du Dr Mollet. Grâce à ses investigations le prestige des héros antiques est singulièrement amoindri et cela à cause de leur vie humaine. Il est intéressant de suivre tous ces demi-dieux dans leurs mésaventures terrestres. Grâce à des aperçus pleins d'originalité sur les dieux olympiens, une analyse serrée des symptômes morbides présentés par les héros et les demi-dieux des âges fabuleux, l'épilepsie d'Hercule, les fureurs d'Oreste, bien des voiles dont la mythologie se trouve obscurcie se trouvent déchirés.

Puis ce sont des appréciations fort justes sur la méthode thérapeutique générale des médecins primitifs, des devins et des magiciennes et sur leur extraordinaires recettes pharmaceutiques dont les Grecs de l'âge héroïque furent si abondamment pourvus.

Avec le Dr Mollet, nous assistons au traitement et à la guérison des malades et des blessés dans les temples d'Esculape sous le couvert de la religion. L'exercice de la médecine privée, l'institution des médecins publics l'enseignement médical dans les écoles, la législation hygiénique de Lycurgue, les causes du développement de la pédérastie et de l'homosexualité, la médecine dans les gymnases, la pratique des accouchements et des avortements, sont autant de sujets d'études qu'on trouvera dans ce volume.

Enfin, un exposé et une critique des théories médicales soutenues par les philosophes et les médecins grecs antérieurs à Hippocrate complètent cet ouvrage d'une documentation très nourrie, que termine une bibliographie étendue.

En un mot, deux livres intéressants qui forment une nouvelle preuve de ce que nous avions avancé, que l'histoire médicale contribuera pour une large part à l'enrichissement de notre littérature générale.

Marcel B.

Technique de la stérilisation à l'usage des pharmaciens ; par le Dr E. Gérard, professeur de pharmacie et de pharmacologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — 1 volume in-18 jésus, cartonné avec 57 figures dans le texte. Vigot, frères, éditeurs, place de l'Ecole-de-médecine, Paris.

Cet ouvrage, spécialement écrit pour les pharmaciens, leur sera d'une très grande utilité. Ils y trouveront tous les renseignements nécessaires pour la préparation et la stérilisation des divers médicaments (solutions salines et autres liquides injectables) et des véhicules aqueux ou huileux les plus communément employés. La stérilisation des objets de pansements et des fils à ligatures est décrite avec soin.

M. Gérard, s'adressant spécialement au pharmacien, s'est attaché à choisir les méthodes de stérilisation les plus simples et les plus pratiques et celles qui ne nécessitent aucun appareil spécial : le classique autoclave est suffisant dans tous les cas. Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré aux méthodes de stérilisation du lait destiné à la nourriture des nouveau-nés. Ce livre sera d'une utilité incontestable et recevra des praticiens l'accueil qu'il mérite si bien.

Yvon.

L'avortement de la syphilis par le traitement intensif ; par le Dr Duhot, de Bruxelles. (XVe Congrès de médecine.)

L'auteur présente la relation d'une série de 134 cas de syphilis au début, observés depuis douze ans, chez lesquels il a pratiqué le traitement abortif, sans qu'aucune manifestation de syphilis secondaire ne se soit déclarée. D. précise le sens qu'il accorde au terme d'abortif. C'est un traitement médical préventif qui, par une mercurialisation rapide et énergique du début, empêche la généralisation du spirochète de sorte qu'absolument aucune manifestation secondaire ne puisse être observée dans 95 0/0 des cas, malgré les moyens d'investigation les plus approfondis.

Les conditions du traitement abortif de la syphilis sont les suivantes :

1° Commencer le traitement avant le 12e jour qui suit l'éclosion du chancre ; 2° employer comme méthode les injections insolubles, le calomel et, plus pratiquement, l'huile grise à doses intensives ; 3° donner à la première cure le maximum d'intensité compatible avec la résistance intégrale de l'organisme avec un minimum de quatre mois ; 4° poursuivre les cures suivantes par des séries plus faibles suivant le traitement chronique intermittent de la syphilis.

Le principal écueil du traitement précoce réside dans l'erreur de diagnostic qu'un syphiligraphe exercé pourra facilement éviter par l'éducation de l'œil, la délicatesse et l'habitude du toucher et par la recherche du spirochète. L'auteur, tout en reconnaissant les qualités des autres méthodes, celle des pilules mise à part, croit que, pour la réalisation pratique de son traitement, il convient de s'adresser uniquement à la méthode des injections insolubles. Le calomel le plus héroïque est trop souvent douloureux. L'agent de choix, c'est l'huile grise à doses intensives. La dose à employer par injection et sans aucune crainte est de 0,14 ctgr de Hg, soit une seringue entière de Barthélémy d'huile grise à 40 0/0 pour un adulte. Pour la cure initiale, il faut atteindre le chiffre de 15 à 20 injections. Les 3 premières piqûres seront faites tous les 3 jours, les 5 suivantes tous les 6 jours et pour le reste de la série tous les 8 jours. Pendant les deux premières années l'auteur fait des cures de 10 à 12 piqûres hebdomadaires espacées par des repos de deux mois. La 3e et la 4e années, les cures sont de 8 à 10 piqûres hebdomadaires espacées par des repos de deux mois. Mais D. croit qu'un traitement de trois ans est suffisant et espère pouvoir le réduire à deux années seulement. L'accoutumance au mercure vis-à-vis du spirochète n'existe pas. Des repos sont nécessaires exclusivement pour éviter de fatiguer les émonctoires.

La crainte d'une intoxication sérieuse ne doit pas exister, car la pratique de D., qui porte sur un chiffre dépassant largement 10.000 injections de 0,14 ctgr de Hg, l'exclut complètement.

L'auteur discute ensuite longuement les avantages qu'il y a à ne pas laisser se développer la roséole, à ne lui accorder aucune valeur comme symptôme de l'évolution ultérieure de la syphilis. Il appuie ses opinions sur la pratique de la ponction qui après le traitement abortif, a toujours ramené un liquide céphalo-rachidien exempt de lymphocytose pathologique chaque fois qu'elle a été pratiquée. D. cite plusieurs exemples dans lesquels le cyto-diagnostic a permis de déceler des atteintes méningées en évolution active, alors qu'aucun symptôme clinique ne permettait de les soupçonner. La ponction lombaire faite à temps nous avertira d'une

paralysie générale menaçante et nous permettra peut-être de l'enrayer. Sur la statistique de 134 cas de traitement abortif donnée par D., 42 cas sont actuellement en période tertiaire et aucun symptôme de tertiarisme n'a été constaté. Il est trop tôt pour préjuger d'une façon trop absolue des résultats que donnera le traitement abortif au point de vue du tertiarisme. Mais il est logiquement permis, dit l'auteur, d'espérer qu'une méthode qui supprime la période secondaire dans 95 % des cas sera toute puissante pour réduire au minimum le tertiarisme. D. espère que son traitement permet d'abréger notablement la durée et la cure et que deux années de traitement suffiront.

L'auteur examine ensuite la question pratique de l'application de la méthode. Il constate qu'à sa clinique 85 % des malades l'acceptent très facilement et que 5 % à peine de la clientèle de ville ne la supporte pas. Les accidents locaux sont réduits au minimum avec une technique convenable, puisque sur plus de 10.000 injections, l'auteur ne compte que quatre abcès aseptiques avec le calomel et trois avec l'huile grise. Le secret d'éviter les intoxications, c'est de bien examiner les émonctoires du malade et de procéder à une analyse d'urine avant chaque injection au point de vue de l'albuminurie. Il faut aussi respecter scrupuleusement toutes les contre-indications données par l'auteur. La méthode abortive instaurée au cours d'une syphilis déjà floride parviendra encore dans certains cas à juguler définitivement le mal.

Cette méthode ne protège pas seulement l'individu contre les accidents de sa syphilis, mais, en évitant les manifestations contagieuses, elle protège la société mieux que toute autre méthode contre l'extension du fléau, et ce traitement réalise aussi la meilleure et la plus pratique des prophylaxies.

L'administration du Patrimoine des pauvres ; par G. Cros-Mayrevieille (Paris, Masson, 1906.)

Sous ce titre, M. G. Cros-Mayrevieille publie une étude très documentée sur le Patrimoine des pauvres.

L'auteur débute en nous retraçant l'organisation de la charité dès les premiers temps du christianisme, l'institution des diacres, l'administration des évêques, l'intervention des différents conciles, etc., etc.

La partie critique ne le cède en rien à la documentation historique ; c'est ainsi qu'il reprochera à l'organisation hospitalière du moyen-âge d'avoir multiplié à l'extrême les établissements, et entraîné dès lors à des dépenses considérables, et qu'il nous trace un tableau très pittoresque et très fouillé de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Puis, les édits se succèdent, celui de 1546, 1561, 1566, 1577, 1579, 1586, 1593, que nous ne pouvons dégager faute de place.

Le XVIIe siècle débute avec la déclaration du 24 octobre 1612, qui chargeait le grand aumônier de procéder à la réforme des maisons charitables ; l'auteur, familier avec les dossiers de nos archives nationales, ne laisse échapper aucun fait qu'il ne l'interprète et ne le juge ; aussi est-il très difficile d'analyser cette contribution décisive, il la faudrait pouvoir reproduire entièrement.

Elle se continue par l'histoire de l'assistance publique pendant la Révolution, l'Assemblée constituante et les comités de mendicité, la Convention, le Directoire, les lois du 7 frimaire an V, du 16 messidor an VII, le Consulat et l'Empire, enfin les divers régimes qui se succédèrent en France depuis cette époque.

Ce travail considérable se termine par l'exposé de la législation actuelle et de la jurisprudence la plus récente. On ne saurait trop en recommander la lecture.

Défense d'éternuer. — Jusqu'alors on s'était contenté de défendre de cracher à terre, qu'allons-nous devenir, on se mêle déjà, en Allemagne, de défendre d'éternuer ?

Le correspondant du *Standard* à Berlin raconte qu'on vient d'intenter un procès à un homme pour avoir éternué dans la rue à Mulhausen, en Saxe. Après de longs débats, l'inculpé fut acquitté ; mais la police en appela devant la cour d'Erfurth.

La victime de ces poursuites en est réduite à demander un examen médical pour prouver qu'un polype des fosses nasales est la cause de son éternuement involontaire.

VARIA

Les conséquences de l'insalubrité d'un local administratif.

Le Conseil d'Etat vient de rendre un jugement qui amènerait promptement des améliorations hygiéniques dans tous les locaux administratifs et les bureaux commerciaux ou autres si cette jurisprudence s'établissait d'une façon définitive. Voici, d'après le *Temps*, les circonstances qui ont amené le Conseil d'Etat à rendre son arrêt :

Le sieur de G..., commis des postes et télégraphes à Bastia, était, paraît-il, d'une bonne constitution quand il arriva dans cette ville. Mais au bout de peu d'années apparurent chez lui des symptômes de tuberculose, et il mourut en 1903 des suites d'une bronchite tuberculeuse. Sa veuve a réclamé une pension qui lui fut refusée par le motif que le sieur de G... ne réunissait pas les conditions d'âge exigées par la loi pour obtenir une retraite.

Elle s'est pourvue devant le Conseil d'État en alléguant que son mari avait été placé dans un bureau insalubre où il s'était trouvé en contact avec un tuberculeux et où deux employés qui y avaient travaillé avant lui étaient également morts de la tuberculose. Mme veuve de G... a donc fait valoir que la loi du 9 juin 1853 donne droit à une pension aux veuves de ceux qui meurent d'accidents graves résultant notoirement de l'exercice de leurs fonctions, et qu'il y a lieu d'assimiler à l'accident grave la maladie provenant de faits précis et déterminés qui se produisent en dehors des conditions normales du service. Or, le Conseil d'Etat vient de lui donner raison.

L'arrêt constate que le sieur de G... a contracté la maladie dont il est décédé par suite de l'obligation qui lui a été imposée de résider jour et nuit dans un local dont l'insalubrité est reconnue par l'autorité municipale et par ses supérieurs hiérarchiques. Dès lors, les causes qui ont déterminé sa mort ont le caractère d'un accident de service dans le sens de la loi du 9 juin 1853. La décision du ministre des postes et des télégraphes a donc été annulée et la pension a été accordée à la veuve.

Fumeries d'opium.

Des fumeries d'opium se sont établies depuis quelque temps dans nos ports de guerre, particulièrement à Toulon, au grand détriment de la santé publique. Le 10 mai dernier, M. Clémenceau informait le préfet du Var que M. Thomson, ministre de la marine, préoccupé des progrès que fait l'usage de l'opium, l'invitait à étudier les mesures propres à combattre cet usage nuisible. A la suite d'une conférence qui eut lieu entre le préfet du Var, le procureur de la République et le commissaire central, il fut décidé que des visites domiciliaires seraient effectuées.

Des perquisitions ont donc été faites dans plusieurs fumeries d'opium et chez des commerçants. Des quantités importantes d'opium ont été saisies ; les détenteurs seront poursuivis devant le tribunal correctionnel en vertu de la loi du 19 juillet 1845 et de l'ordonnance du 29 octobre 1846 sur les substances vénéneuses, qui punissent de cent à trois mille francs d'amende et de six jours à deux mois de prison ceux qui vendent des poisons sans y être autorisés. (*Le Temps*.)

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France.

Le 8e voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1906. Il comprendra les stations de la Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouqueron, La Motte, Uriage. Le V. E. M. de 1906 — comme les sept précédents — est placé sous la direction scientifique du Docteur Landouzy, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon. Les médecins étrangers bénéficient de cette ré-

duction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 fr. pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboires.

LES CONGRÈS

Congrès d'hygiène sociale.

(Nancy 22-24 juin 1906.)

L'Alliance d'Hygiène sociale organise à Nancy, du 22 au 23 juin 1906, son troisième Congrès régional. Le prix de la cotisation au Congrès est de 10 francs. Il peut être abaissé à 5 fr. pour les délégués des Sociétés de Secours mutuels ou d'enseignement qui auront fait apostiller leur adhésion par le président ou le secrétaire général de leur Société. La souscription à 10 fr. donne droit au compte rendu du Congrès, qui sera ultérieurement distribué. Une liste des principaux hôtels, avec l'indication de leurs prix, sera fournie aux membres du Congrès. Les Compagnies de chemins de fer délivreront des billets de demi-place valables du 18 au 29 juin. A cet effet, prière de remplir très exactement le bulletin ci-joint, et de le retourner, avec le montant de la souscription, avant le 8 juin (l'établissement des billets exige un certain délai). Toutes les communications relatives au Congrès, souscriptions, demandes de renseignements, etc., devront être adressées à M. Renauld, banquier, trésorier du Comité lorrain, rue Saint-Dizier, 21, à Nancy.

Programme : *Vendredi 22 juin.* Matin, à 8 1/2.— Réunion des congressistes à la Salle Poirel, Galerie Nord. Visites aux œuvres d'assistance du Bureau de bienfaisance de la ville de Nancy. Visite au Sanatorium de Lay-Saint-Christophe.—Après midi, à 2 heures. — Première séance du Congrès. — I. *De l'action des Bureaux de bienfaisance en Hygiène sociale.* Rapporteurs : M. Lallement, vice-président du Bureau de bienfaisance de la ville de Nancy ; M. Ricordeau, avocat, administrateur des Hospices civils à Nantes. — II. *Assainissement des Villes et des Campagnes.* Rapports : M. le Dr Macé, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Nancy, et M. le Dr Imbeaux, ingénieur des Ponts-et-Chaussées, directeur du service municipal de Nancy : De l'ensemble des mesures techniques propres à assurer et à maintenir la salubrité des agglomérations urbaines ; M. Bourcart, professeur à la Faculté de droit de Nancy : Des mesures législatives relatives à l'expropriation en matière d'hygiène et de salubrité ; M. le Dr Aimé, directeur du service départemental de l'Assistance médicale et de la vaccine : Hygiène des campagnes. — Soir, à 8 h. 1/2. — Conférence (Salle Poirel). M. le Médecin-inspecteur Benech, directeur du service de santé du 20e corps d'armée : Rôle social de la Médecine et de l'Hygiène d'armée ; M. Barbey, secrétaire général de la Fédération antialcoolique : la pétition contre l'absinthe.

Samedi 23 juin. —Matin, à 8 h. 1/2. 2e séance du Congrès. III. — *Hygiène de la jeunesse et sa préservation contre les maladies infectieuses.* Rapports : M. le Dr Haushalter, professeur à la Faculté de médecine de Nancy : Préservation de l'adolescence contre les maladies infectieuses ; M. le Dr Spillmann, professeur à la Faculté de médecine ? Préservation de l'adolescence contre les maladies vénériennes : MM. le Dr Simon, professeur à la Faculté de médecine, et Louis Spillmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Préservation de l'adolescence contre la tuberculose : M. le Dr Schmitt, professeur à la Faculté de médecine : Préservation de l'adolescence contre l'alcoolisme. — Après-midi, à 2 heures.— 3e séance du Congrès. III. Hygiène de la jeunesse et sa préservation contre les maladies infectieuses (suite). — Rapports (suite) : M. le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine : De l'utilité d'étudier certaines questions relatives à l'hygiène morale ; MM. le Dr Mathieu (de Paris), président de la Ligue pour l'Hygiène scolaire, et le Dr Mosny, médecin des Hôpitaux : Hygiène physique à l'école primaire ; M. le Dr Paul Parizot, sous-directeur du Service municipal d'hygiène de la ville de Nancy : Mesures à adopter pour la réglementation de l'hygiène scolaire. — A 5 h. 1/2. Réception par M. le Maire de la ville de Nancy. — Soir, à 8 h. 1/2. Conférence (Salle Poirel). M. E. Cheysson, membre de l'Institut, président de la Fédération antialcoolique : L'Hygiène dans l'habitation.

Dimanche 24 juin. Matin, à 9 heures. — Assemblée générale du Comité lorrain. — MM. Boyé, avocat, secrétaire général, et Dr Gœpfert, secrétaire général adjoint du Comité lorrain : Rapport sur les œuvres d'hygiène sociale à Nancy. Bompard, secrétaire général de l'Alliance d'Hygiène sociale : Rapport sur les travaux du Congrès.

Après-midi, à 2 heures et demie, Salle Poirel. — Séance de clôture, avec le concours de la Fédération des Mutualistes, sous la présidence de M. Casimir-Périer, ancien Président de la République, Président de l'Alliance d'Hygiène sociale. Discours de M. Mézières, de l'Académie française, sénateur de Meurthe-et-Moselle, Président d'honneur du Comité lorrain de l'Alliance d'Hygiène sociale. Discours de M. L. Mabilleau, Président de la la Fédération nationale de la Mutualité française. Discours de M. Casimir-Périer, Président de l'Alliance d'hygiène sociale. — Soir, à 7 heures. Banquet organisé sous la Présidence de M. Casimir-Périer, par l'Alliance d'Hygiène sociale et la Fédération des Sociétés de secours mutuels de l'Est.

Lundi 25 juin. Visites aux Musées, Monuments historiques, Instituts scientifiques, Etablissements d'industrie d'art, et autres Etablissements industriels qui pourront intéresser les congressistes.

Congrès d'Assainissement.

On nous annonce la prochaine ouverture du 2e congrès d'Assainissement. Voici l'exposé des raisons qui ont déterminé son organisation et le résumé de son programme :

Que ce soit au home familial, au bureau, à l'atelier ou même aux lieux de réunion ou de plaisir, les hommes passent la majeure partie de leur vie dans l'intérieur des habitations. On comprend alors combien considérable doit être l'influence qu'exercent sur la santé la construction même de ces locaux et leur état d'entretien. Sans être méconnue par les hygiénistes, cette influence n'avait, jusqu'ici, été étudiée que secondairement dans les congrès d'hygiène pure, où les questions se rattachant à l'assainissement et à la salubrité des habitations se disséminaient dans diverses sections.

Cependant leur importance devenait de plus en plus évidente. C'est alors, au commencement de 1904, sur l'initiative de la Société Française d'hygiène, que fut décidée la convocation d'un Congrès international spécialement affecté à l'étude des questions ayant trait à l'assainissement et à la salubrité des habitations. Le but du Congrès de Paris, inauguré le 3 novembre 1904, était ainsi défini :

Etudier les conditions hygiéniques dans lesquelles sont construits et installés les locaux destinés à l'habitation, rechercher les améliorations susceptibles d'être introduites dans la construction, l'aménagement et l'entretien de ces locaux, et déterminer les moyens pratiques d'obtenir l'application des principes d'hygiène par les municipalités, les propriétaires, les architectes et ingénieurs, les entrepreneurs, ainsi que par les occupants mêmes de ces locaux.

D'autre part, une des conclusions tirées du Congrès de la tuberculose fut la démonstration de l'importance primordiale de l'habitation sur l'étiologie de cette maladie. C'est dire combien le Congrès de 1904 était venu à son heure, quels heureux effets il a déjà eus. C'est dire aussi à quel point seront intéressantes les discussions du deuxième Congrès.

A la dernière séance du Congrès de Paris, on nomma une Commission permanente internationale. Cette Commission avait songé d'abord à réunir le second Congrès à Liége ; mais elle dut renoncer à ce projet, et ses yeux se portèrent alors sur la ville de Genève.

Le deuxième Congrès international pour l'assainissement et la salubrité de l'habitation se réunira donc à Genève. La séance inaugurale du Congrès aura lieu le mardi 4 septembre ; les travaux se poursuivront jusqu'au samedi 8 ; le Comité espère pouvoir organiser un voyage d'instruction en Suisse dans les jours qui suivront. Le but que proposent les organisateurs est de continuer les travaux inaugurés par le précédent Congrès.

Voici le nom des personnages qui sont à la tête de ce Congrès : *Bureau du Congrès* : président d'honneur : M. Marc Ruchet, conseiller fédéral, anc. président de la confédération suisse ; président : M. le Dr Vincent, conseiller d'état du canton de Genève, conseiller national. *Commission permanente* : président : M. Paul Strauss, sénateur ; secrétaire général : M. F. Marié-Davy, ingénieur-agronome. *Comité d'organisation* : président : M. Guillaume Fatio, président de la société pour l'amélioration du logement ; secrétaire général (auquel la correspondance doit être adressée) M. Albert Wuarin, avocat, 1, rue des Moulins, Genève.

Le Congrès comprendra : 1° des membres adhérents, versant une cotisation de 20 francs qui participeront aux travaux du Congrès, auront droit à toutes les publications du Congrès, assisteront à toutes les fêtes et réceptions. Prendront part aux excursions et jouiront des réductions et avantages concédés aux congressistes, auront droit à des réductions sur un certain nombre de lignes de chemins de fer.

2° Des membres associés, versant une cotisation de 10 francs qui jouiront de tous les autres avantages réservés aux adhérents, mais n'auront pas droit aux publications.

Nul doute qu'avec un tel programme, des organisateurs aussi autorisés, le succès du IIe congrès de l'assainissement ne soit assuré. Tous nos vœux l'accompagnent dans ses travaux. — Marcel B.

Congrès international pour l'assistance des aliénés.

(Milan, septembre 1906.)

La question de l'assistance des aliénés, qui naguère n'intéressait qu'un nombre fort restreint de médecins, a acquis depuis quelque temps l'importance d'un vrai problème social, et le nombre des personnes qui s'en préoccupent — médecins administrateurs des provinces et d'institutions charitables, hommes d'Etat, etc. — augmente toujours. Ce mouvement qui s'étend si rapidement, est le premier fruit de l'idée, qui s'enracine toujours plus dans la science sociale, savoir qu'il est nécessaire de transformer l'ancienne et simple hospitalisation des aliénés en une forme d'assistance plus évoluée, plus pratique et plus utile.

Cette évolution a trouvé sa plus parfaite manifestation dans l'œuvre de ces personnes généreuses qui du « *Congrès international pour l'assistance et pour la bienfaisance privée* » de 1900 de Paris, ont su tirer le « *Congrès spécial pour l'assistance familiale des aliénés* » de 1901 de Paris, et la *Société d'études pour l'assistance familiale* » de M. A. Marie, de Villejuif, le plus infatigable défenseur de l'œuvre qui, l'année d'après, triompha complètement à Anvers.

Le Congrès qui aura lieu à Milan au mois de septembre 1906 n'aura certainement pas l'importance historique de celui d'Anvers où l'on affirma le principe qui marquera la date de l'histoire moderne de l'assistance des aliénés ; cependant il sera, lui aussi, grandement profitable à cause de tous les éléments d'étude et de travail qui y seront présentés pour être résolus par l'action commune au profit des malades, de la Société et de la science.

Les questions qui seront obligatoires pour MM. les délégués de chaque pays représenté au Congrès, sont les deux suivantes : *1. Des progrès de l'assistance des aliénés et spécialement de l'assistance familiale dans les différents pays depuis 1902* (date du Congrès d'Anvers) *jusqu'à nos jours. — 2. De l'organisation des compartiments d'observation, de surveillance et d'isolement dans les asiles et dans les colonies. Moyens qui ont donné les meilleurs résultats.*

Les autres thèmes sont : *3. De l'assistance des aliénés convalescents et des instituts de patronage.— 4. De l'assistance de certaines catégories d'aliénés* (*phrénasthéniques, épileptiques, alcoolisés, fous moraux*) *spécialement sous le rapport de leur assistance hétéro-familiale. — 5. Des ambulances et des dispensaires psychiatriques et névropathologiques. — 6. Des sanatoriums populaires pour les névropathiques. — 7. Des résultats économiques et sociaux des progrès de l'assistance des aliénés, et spécialement de l'assistance familiale. — 8. De la fonction de l'Etat par rapport à l'assistance des aliénés.*

En outre, M. le Dr Frank, le savant directeur de l'asile de Münsterlingen, en Turgovie (Suisse), posera — sous les auspices du Congrès — les fondements d'un *Bureau international* pour étudier scientifiquement les causes efficientes de la folie et les moyens les plus convenables pour sa prophylaxie. Voilà un but très haut qui constituera une des plus belles gloires du Congrès de Milan.

Enfin le Comité organisateur proposera l'étude d'une *Statistique internationale* des aliénés, qui devra aboutir à un *Bureau central*, qui sera créé par le Congrès lui-même.

Ce Congrès aura lieu à Milan du 26 au 30 septembre 1906 à l'occasion de l'*Exposition internationale*. Les travaux d'organisation ont déjà convenablement progressé, ainsi qu'il en résulte de la liste des Comités de propagande italiens et étrangers déjà formés ; et nous espérons que tous les aliénistes et toutes les personnes qui, dédiant leur activité au soulagement des aliénés, apprécient la noblesse de leur propre mission et l'impulsion des besoins nouveaux, feront de leur mieux à ce que le Congrès puisse atteindre le plus grand nombre des buts pratiques qu'il se propose. A. Tamburini.

(S. Maurizio-Reggio, Emilia.)

FORMULES

XLIV. Contre la dysménorrhée des jeunes filles.

Extrait de chanvre indien	} ãã un centigr.
— de belladone	
— de jusquiame	

pour 1 pilule.

Embrocations sur l'abdomen et les lombes avec :

Chloroforme	} ãã 3 gr.
Menthol	
Salicylate d'éthyle	
Essence de girofle	
Ether sulfurique	15 gr.
Huile de muscade	3 gr.
Huile de jusquiame	10 gr.
Alcool	80 gr.

XLV. — Contre la pesanteur gastralgique et les vomissements nerveux.

Extrait de belladone	0 gr. 05
Elixir parégorique	10 gr.
Sirop de menthe	20 gr.
Eau chloroformée	} ãã 60 gr.
Eau distillée de tilleul	

par cuill. à soupe, ou :

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Sirop de morphine	20 gr.
Eau de fleurs d'oranger	10 gr.
Eau chloroformée	} ãã 60 gr.
Eau distillée	

ou :

Extrait alcalin de chanvre indien	0 gr. 05
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Eau chloroformée	} ãã 60 gr.
Eau de tilleul	
Sirop de codéine	20 gr.

(Gourin, cité par Soupault).

ou encore :

Exalgine	0 gr. 50
Chlorhydrate d'héroïne	0 gr. 02
Liqueur de Hoffmann	3 gr.
Alcoolat de mélisse	5 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	20 gr.
Eau chloroformée	40 gr.
Eau distillée de tilleul	85 gr.

Lauréats de l'Académie des sciences morales et politiques. — MM. les Drs J. Philippe et G. Paul-Boncour ont partagé le *prix Halphen* pour leur livre intitulé : *Les anomalies mentales chez les écoliers ; étude médico-pédagogique.*

Nos sincères félicitations à nos deux amis distingués, et en particulier à notre dévoué collaborateur G. Paul-Boncour. N.D.L.R.

Actes et thèses de la Faculte de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 13 juin.* — *M. Désormeaux* : Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis (MM. Pinard, Segond, Rieffel, Macaigne). — *M. Chevalier* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de certaines collections purulentes intra-pulmonaires (MM. Segond, Pinard, Rieffel, Macaigne). — *M. Tertois* : Enseignement populaire de l'hygiène par la grande presse (MM. Landouzy, Roger, Teissier, Labbé (Marcel). — *M. Maumené* : Une œuvre parisienne d'Assistance de l'Enfance : Le dispensaire de la caisse des Ecoles du VIIe arrondissement, 1, rue Oudinot. Statistique de dix-huit années (1888-1905 (M. Landouzy, Roger, Teissier, Labbé (Marcel). — *M. Couenon* : L'Enanthème de la rougeole (MM. Roger, Landouzy, Teissier. Labbé (Marcel).

Jeudi, 14 juin. — *M. Gobert* : Des néoplasies expérimentales produites par l'inoculation du micrococcus neoformans (MM. Cornil, Le Dentu, Besançon, Morestin). — *M. Français* : Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque (MM. Le Dentu, Cornil, Besançon. Morestin). — *M. Feytaud* : Les anévrysmes de l'aorte d'origine rhumatismale (MM. Dieulafoy, Hutinel, Robin, Vaquez). — *M. Hudelot* : Accidents généraux de l'eczéma, en particulier chez le nourisson (MM. Hutinel, Dieulafoy, Robin, Vaquez.— *M. Viteman* : Régime déchloruré dans l'épilepsie (MM. Robin, Dieulafoy, Hutinel, Vaquez.)

Examens. — *Lundi, 11 juin.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Duval (Pierre). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Reclus, Tuffier, Mauclaire. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Segond, Legueu, Proust. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Déjerine, Teissier, Balthazard.

Mardi, 12 juin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, De Lapersonne, Rieffel. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Poirier, Morestin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Berger, Hartmann, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité : MM. Pozzi, Thiéry, Auvray. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Renon, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Mercredi, 13 juin. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Delens, Cunéo. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Gautier, Blanchard, Legry. — 2e (Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Broca (André), Branca. — 3e (2e partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Brissaud, Gaucher, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Laënnec) : MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Laënnec) : MM. Reclus, Mauclaire, Duval (Pierre). — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Lepage, Wallich, Potocki.

Jeudi, 14 juin. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. De Lapersonne, Thierry, Auvray. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Guiart, Maillard. — 1er (1re série, Oral, Salle Pasteur) : MM. Pozzi, Retterer, Rieffel. — 1er (2e série, Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Launois, Marion.— 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Joffroy, Thiroloix, Méry.

Vendredi, 15 juin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Reclus, Mauclaire, Gosset. — 5e (Obst., 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 16 juin. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques, d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Desgrez, Guiart. — 1er (Oral, Salle Corvisart) : MM. De Lapersonne, Thiéry, Launois. — 3e (1re partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Le Dentu, Retterer, Bonnaire. — 3e (1re partie, 2e série Oral, Salle Charcot) : MM. Poirier, Bar, Morestin : — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Méry, Rénon. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Gougel, Jeanselme. — 5e Obstétrique, (1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Concours du clinicat. — Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 18 juin 1906 : *Médecine* : Trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints. — *Chirurgie* : Un chef de clinique titulaire. — *Obstétrique* : Deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints. — *Maladies mentales* : Un chef de clinique titulaire. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : Un chef de clinique et un chef de clinique adjoint. — *Médecine infantile* : Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint. — S'inscrire avant le 10 juin 1906. Tous les docteurs en médecine français, sans limite d'âge, sont admis à concourir.

Concours de l'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de : MM. Mocquot, Picot, Sauvé, Barbier et Guimbellot.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 20 au samedi 26 mai 1906, les naissances ont été au nombre de 979, se décomposant ainsi : légitimes 723, illégitimes 256.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 904, savoir : 468 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 11. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 7. — Diphtérie et Croup : 6. — Grippe : 5. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 210. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 60. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 55. — Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 7. — Pneumonie : 33. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 82. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 10. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1.— Hernies, obstruction intestinale : 14. — Cirrhose du foie : 16. — Néphrite et mal de Bright : 24. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 6. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congenitale et vices de conformation : 26. — Débilité sénile : 44. — Morts violentes : 31.— Suicides : 15. — Autres maladies : 122. — Maladies inconnues ou mal définies : 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : légitimes 70, illégitimes 21.

Nouveau doyen de la Faculté de Toulouse. — M. le Pr Caubet est nommé doyen pour une période de trois ans.

Ecole de plein exercice d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 22 octobre 1906, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Alger.

Ecole de plein exercice de Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 12 novembre 1906, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Ecole de plein exercice de Nantes. — Deux concours s'ouvriront le 8 octobre 1906, l'un pour l'emploi de chef des travaux de bactériologie et l'autre pour l'emploi de chef des travaux de chimie.

Ecole préparatoire d'Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1906, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole préparatoire d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 22 novembre 1906, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine d'Angers.

Ecole préparatoire de Clermont. — Un concours s'ouvrira, le 12 novembre 1906, devant la faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Clermont.

Ecole préparatoire de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 12 novembre 1906, devant la faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Limoges.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret en date du 30 mai 1906, rendu sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, M. le Dr Trouessart (Edmond-Louis) est nommé professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Oustalet, décédé.

Henri Ibsen le célèbre dramaturge qui est mort le 23 mai, était né à Skien le 20 mars 1828. Il se destina d'abord à l'exercice de la médecine et, à l'âge de seize ans, il entrait chez un pharmacien qu'il quitta bientôt pour se consacrer à la littérature.

Mort d'un médecin.— *Auch.* — M. Emmanuel Belliard, âgé de vingt-cinq ans, qui avait récemment subi avec succès son dernier examen de doctorat en médecine fils du maire de Terraube, près Lectoure, a fait une grave chute de bicyclette sur la route de Fleurance. Après s'être rendu dans une métairie voisine pour la-

ver ses blessures, il voulut rentrer seul à son domicile, mais il fut trouvé plus tard évanoui au bord d'un fossé. Transporté chez ses parents, le jeune homme mourut sans pouvoir reprendre la parole (*Aurore* 24 mai).

Chronique des hôpitaux.

Le 31 mai 1906, M. Mesureur a adressé aux directeurs des hôpitaux la circulaire suivante au sujet des *vacances* : « MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, m'ont demandé à être renseignés, au moment où ils sont appelés à faire choix des remplacements de vacances, sur l'époque probable à laquelle MM. les chefs de services sont dans l'intention de s'absenter. Ces derniers comprendront, j'en suis certain, combien cette demande est légitime, et ils voudront bien faciliter la tâche de l'Administration en vous donnant dès maintenant à ce sujet des indications. Je vous prie, en conséquence, de les pressentir à ce sujet, et de m'envoyer, avant le 20 juin, dernier délai, l'état fixant les dates de départ et de rentrée de MM. les chefs de service.

Concours de médecine des hopitaux. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Milian, André Jousset et G. Guillain.

Concours de chirurgien des hopitaux. — Le jury du nouveau concours, qui s'ouvrira le 11 juin, est formé de MM. Delens, Ricard, Segond, Delbet, Lannelongue, Berger et Klippel.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — *Cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale* sous la direction de M. Pierre Sébileau, avec l'assistance de MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs. — *Opérations sur l'œil et les annexes de l'œil*, par M. V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. Ce cours commencera le lundi 4 juin. — Il aura lieu à 1 h. 1/2. I. Technique opératoire et asepsie opératoire. — Lundi 4 juin. — II. Opérations sur les paupières. — Mercredi 6 juin. — III. Opérations sur l'appareil lacrymal. — Vendredi 8 juin. — IV. Opérations sur la conjonctive et la sclérotique. — Lundi 11 juin. — V. Opérations sur la cornée. — Mercredi 13 juin. — VI. Opérations sur l'iris. — Vendredi 15 juin. — VII, VIII. Opérations sur le cristallin et extraction des corps étrangers magnétiques. — Lundi 18, Mercredi 20 juin. — IX. Opérations sur les muscles oculaires. — Vendredi 22 juin. — X. Opérations sur l'orbite. — Lundi 25 juin. — Les élèves répéteront les opérations sous la direction des Prosecteurs, des aides d'anatomie et de plusieurs moniteurs. Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser est de 80 francs. Le cours est gratuit pour les Internes des hôpitaux. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 heures à 4 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Deny : conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche à 10 heures, section Rambuteau.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). Rue Benserade, 7, à Gentilly. — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles, et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN,
8, place de l'Odéon.

Mirovitch. — Influence nocive de l'automobilisme et du cyclisme sur la vision et les moyens d'y remédier. In-8° de 12 pages.

Robin (A.). — Leçon d'ouverture. In-8° de 32 pages.

Librairie MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain.

Rodet (Paul). — Nomenclature anatomique en quatre langues (Latin, Français, Anglais, Espéranto). 1 vol. In-8° de 76 pages. Prix .... 1 fr. 50

Librairie H. PAULIN
21, rue Hautefeuille.

Clinique et thérapeutique spéciales. — Manuel du praticien tome II. — *Chirurgie et orthopédie*, par Mouchet, ancien chef de clinique, assistant de chirurgie aux Enfants-Malades ; *Maladies des voies urinaires*, par Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker ; — *Gynécologie*, par Iselin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker ; — *Obstétrique*, par Devraigne, ancien interne des hôpitaux ; — *Electrothérapie et radiothérapie*, par Delherm, ancien interne des hôpitaux.

Chervin. — Les troubles de la parole. In-8° de 16 pages. Association française pour l'avancement des sciences.

Monsseaux (A.). — La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. In-8° de 28 pages. *Archives générales de Médecine.*

Schlemmer. — Rapport à la sous-commission de l'industrie hydrominérale et climatique sur la recherche des moyens propres à favoriser le développement de cette industrie en France. In-8° de 44 pages. J. Gainche, à Paris.

Verdalle (H.). — Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète. In-8° de 20 pages. Davy, à Paris.

Loquin (Louis). — Contribution à l'étude clinique du salicyarsinate de mercure (énésol) 1 vol. in-8° de 96 pages, Schneider à Lyon.

Nicolas (J.). — Asthme et grossesse. In-8° de 12 pages, Mont-Louis à Clermont-Ferrand.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 24 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 16 JUIN 1906

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

CLINIQUE TARNIER : **M. le Pr P. BUDIN.**

De l'Embryotomie sur l'enfant vivant (1).

Messieurs,

Nous avons eu, il y a quelques jours, l'occasion de pratiquer dans cette Clinique une opération qui, pour être actuellement rare, n'en présente pas moins un très haut intérêt. Laissez-moi vous rappeler tout d'abord les principaux points de l'observation qui m'a été remise par le chef de clinique, M. Paul Guéniot.

Femme de 23 ans, secondipare.

Première grossesse : dernières règles le 4 août 1902. Accouchement spontané le 3 mai 1903. Elle était entrée en travail le 2 mai à 5 heures du matin ; les membranes se rompirent à 6 heures du soir. Elle accoucha le 3 mai à 2 heures de l'après-midi, il y avait eu administration d'ergot de seigle par une sage-femme. L'enfant, de poids normal, serait mort, dit-elle, cinq minutes après sa naissance.

Quatre jours plus tard, elle aurait éte atteinte de phlébite et de sciatique, et, vers le 3 juin 1903, elle entrait à l'hôpital Andral où elle restait 3 semaines environ.

Seconde grossesse : les dernières règles se sont terminées le 12 mars 1905 ; la gestation fut normale.

Les douleurs commencèrent le 7 janvier à 7 heures du matin. La malade perdit les eaux à midi. Le travail se prolongeant, elle se présenta l'après-midi dans un hôpital, mais là, eut des difficultés pour se laisser examiner et, mécontente, en partit presque aussitôt.

Un médecin appelé chez elle tenta, vers 7 heures 1/2 du soir, une ou plusieurs applications de forceps qui furent infructueuses.

On adressa alors cette femme à la Clinique Tarnier, où elle entra à 10 heures du soir, dans un tel état d'exaspération nerveuse qu'on dut, pour pouvoir l'examiner, lui donner du chloroforme, car elle s'opposait absolument à toute exploration sans anesthésie.

L'utérus est dur, contracté, le segment inférieur est aminci, allongé, l'anneau de Bandl remonte à un travers de main et demi au dessus de la symphyse. Le dos du fœtus semble à gauche. Le sommet se présente, non engagé, mais fortement appuyé comme un coin sur le détroit supérieur ; la position est oblique, en O. I. G. A. Le col est dilaté presque complètement, il paraît un peu revenu sur lui-même, on sent un léger rebord cervical. La vulve est tuméfiée, œdémateuse : pour sonder la femme tout à l'heure, avant d'appliquer le forceps, on aura beaucoup de peine à trouver le méat urinaire.

Le vagin présente, sur sa paroi latérale gauche, une déchirure, un véritable trou, dans lequel le petit doigt s'engage et se perd dans le tissu cellulaire péri-vaginal. Il y a un rétrécissement modéré du promonto-sous pubien qui mesure 11 centimètres environ, mais le bassin est généralement rétréci. Les bruits du cœur fœtal sont un peu soufflants, peut-être un peu lents, mais assez intenses. Tel est le résultat de l'examen du moniteur de garde, puis de M. Paul Guéniot.

Après s'être concerté par le téléphone avec M. Demelin, M. Guéniot tente, à 11 heures 1/2, une application de forceps : application au détroit supérieur sur le sommet en O. I. G. A. mais avec une fontanelle postérieure située très en avant, dans une position en somme peu éloignée de la position directe, occipito-pubienne. L'application est faite suivant la technique classique. Les tractions ne produisent pas la moindre descente de la tête.

M. le Dr Demelin est prévenu. Il arrive à une heure et quart du matin, examine longuement la femme et constate qu'il s'agit d'un bassin de Nægelé. Du côté droit, la ligne innominée est redressée, le bassin absolument aplati, l'aileron sacré n'existe pas, et l'on tombe en arrière sur une encoche étroite entre l'os iliaque et le promontoire. A gauche, on trouve, au contraire, l'articulation sacro-iliaque normale. La symphyse pubienne est déjetée du côté gauche. L'exploration externe montre que l'épine iliaque postéro-supérieure droite touche presque la ligne des apophyses épineuses. La fesse droite est sensiblement plus étroite que la gauche et ne mesure que 12 centimètres du côté externe du grand trochanter au sillon interfessier, tandis que la fesse gauche en mesure 18.

L'état de la femme est sérieux, sa température est de 38°, les bruits du cœur fœtal persistent, sans s'être sensiblement modifiés depuis l'arrivée à la Clinique. Telle est la situation après une nouvelle application de forceps au détroit supérieur, sur le sommet placé maintenant en position directe O.P., tentée par M. Demelin. Estimant que l'opération césarienne suivie d'hystérectomie ou la pelvitomie sont très graves dans la situation où se trouve cette femme, et pensant d'ailleurs que l'enfant est trop compromis, M. Demelin demande par téléphone l'opinion de M. Budin.

Quand M. Demelin m'eut exposé les faits, sans cependant formuler son opinion, je lui dis : « Alors il s'agit d'un cas de conscience ? Faut-il oui ou non faire l'embryotomie, bien que l'enfant soit encore vivant ?

(1) Leçon faite à la clinique Tarnier le 16 janvier 1906, recueillie par le Dr Cyrille JEANNIN, ancien chef de clinique, et revue par le professeur.

— Oui, il s'agit d'un cas de conscience.

Je n'hésite pas, je conseille l'embryotomie, l'enfant et la mère sont en danger, il faut tout faire pour sauver cette dernière.

— C'est exactement ce que je pense, me répondit M. Demelin. Et il fit la basiotripsie, qui ne présenta aucune difficulté. »

L'enfant, sans la substance cérébrale, pesait 3.150 grammes.

Les suites de couches furent aussi bonnes qu'il était possible de le souhaiter, après les examens et les interventions multiples que cette femme avait subis en ville et à l'hôpital.

Le 8 janvier, à la visite du matin, la température axillaire est de 38°2 ; le soir elle ne fut plus que de 37°2. Le 9 janvier on note 37°2 le matin et 37°6 le soir. Le 10, 37°4 le matin, 36°8 le soir. A partir de ce moment, la température ne s'éleva pas au-dessus de 37°. L'œdème vulvaire diminua peu à peu, puis disparut (1).

Voici donc un cas où nous avons conseillé l'embryotomie sur l'enfant vivant. Une pareille pratique a été l'objet de chaudes discussions.

Elle s'est tout d'abord trouvée en contradiction avec la manière de voir de l'Eglise.

En octobre 1878, je me promenais avec le Prof. Eug. Hubert (de Louvain), et nous discutions certains points de conduite obstétricale qui pouvaient être embarrassants. Il me raconta dans quelle pénible situation il s'était trouvé quelque temps auparavant. Une femme, dont le bassin était fort rétréci par le rachitisme, avait été amenée à l'hôpital : comme elle ne pouvait accoucher et que l'enfant était vivant, il lui proposa l'opération césarienne ; elle la refusa. Eug. Hubert, fervent catholique, ne voulut point pratiquer l'embryotomie, et pendant deux jours il assista plein d'angoisses au drame qui se déroulait devant lui : la malade ne voulant point accepter l'opération césarienne qui, sûrement alors, lui faisait courir de grands risques, lui, ne se croyant pas le droit de sacrifier un enfant vivant. Quand la mère entra en agonie, on entendait encore les bruits du cœur du fœtus : tous deux succombèrent presque simultanément.

Très troublé, très remué par ce fait, Eug. Hubert alla consulter un évêque jouissant d'une grande réputation pour lui faire part de son émotion et de ses scrupules pour l'avenir. L'évêque se rallia à l'opinion que la femme, qui allait mourir par la faute de son enfant, pouvait être considérée comme en état de légitime défense ; elle ne voulait pas courir les risques d'une opération césarienne, on avait le droit de la protéger et de sacrifier l'enfant par l'embryotomie.

Eug. Hubert, dans l'édition de 1885 de son Cours d'accouchement, paraît prêt à se rattacher à cette opinion ; voici ce qu'il a écrit à propos des faits de ce genre :

« Mon père a soutenu que la femme ne se trouvait pas dans un cas de légitime défense et que, par conséquent, le meurtre de l'enfant n'est pas susceptible d'une justification complète. Il croyait défendre l'enseignement de l'Eglise. Mais si, à cette époque, les théologiens étaient unanimes à condamner le fœticide, il n'en est plus de même aujourd'hui : Avanzini, Viscosi, d'Annibale, Pennachi et d'autres théologiens encore, depuis une quinzaine d'années, essaient de démontrer la licéité du fœticide, et Rome, en ce moment même, nous assure-t-on, est saisie de la question. »

En effet, la Sacrée Congrégation du Saint-Office fut consultée sur ce point : « Peut-on enseigner, en sûre[té] de doctrine, dans les écoles catholiques, qu'il est perm[is] de pratiquer la craniotomie, lorsque, faute de cette opér[a]tion la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'a[u] contraire cette opération en faisant périr l'enfant sauv[e]rait la mère ? » Elle répondit qu'une pareille condui[te] ne pouvait être enseignée en sûreté de doctrine.

En 1888, la même Congrégation du Saint-Office éten[]dait cette réponse négative à toute opération qui aurai[t] pour effet direct la mort du fœtus.

Cette manière de voir a été, il y a quelques années, défendue par MM. Moureau et Lavrand (1) dans leurs « Leçons pratiques de déontologie médicale ».

M. le Dr Thoyer-Rozat, actuellement professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, a fait alors la critique détaillée des opinions soutenues par ces auteurs. Il s'en est suivi entre eux trois une courte polémique dont on lira avec intérêt le détail dans la *Presse médicale* de 1902. Qu'il me suffise de dire qu'un certain nombre d'accoucheurs catholiques ont écrit à M. Thoyer-Rozat pour l'assurer qu'ils partageaient sa manière de voir.

Mais laissons absolument de côté les opinions religieuses qui peuvent varier suivant les pays, et n'envisageons les choses qu'au point de vue médical, au point de vue humain.

La question semblait pour les médecins à peu près définitivement tranchée lorsque, il y a quelques années, le Prof. Pinard, avec toute l'autorité de son enseignement, lança contre l'embryotomie sur l'enfant vivant un anathème resté célèbre. Et pourtant nous continuons à pratiquer cette intervention.

Il est tout d'abord des cas où l'enfant, bien que vivant, est tellement compromis qu'une opération sanglante, césarienne, symphyséotomie ou pubiotomie n'arrivera probablement pas à le sauver.

S'il existe de l'infection amniotique, il faudrait souvent faire suivre la césarienne de l'ablation de l'utérus, mais alors la femme devient définitivement stérile.

Or, il nous semble qu'on peut assimiler une parturiente à une malade atteinte d'une affection dont elle meurt fatalement si on ne fait rien, mais dont elle guérira par une intervention. Dans ce dernier cas, l'opération est indiscutable ; pour la femme enceinte, il y a tout intérêt à ne pas la priver de son utérus. Lors d'une grossesse ultérieure, il nous sera bien souvent possible d'obtenir un enfant vivant, grâce par exemple à l'accouchement prématuré artificiel.

Que pensent en réalité les accoucheurs français et étrangers de l'embryotomie sur l'enfant vivant ? Estiment-ils avec le Prof. Pinard que l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ? Ou sont-ils d'avis de la conserver en pratique ?

Si nous nous reportons à la discussion qui eut lieu à la Société obstétricale de France en 1899, sur le parallèle entre les diverses opérations pratiquées dans les viciations pelviennes, nous voyons que le professeur Charles, de Liége, s'est montré nettement partisan du fœticide thérapeutique quand il se trouve dans la nécessité d'y recourir. « Oui, dit-il, je ferai l'embryotomie et je le dis ici parce que, à un moment donné, un décret d'excommunication a été lancé contre l'accoucheur qui, aujourd'hui, oserait pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Ce décret, je l'ai relevé, mais

(1) La malade sortit ultérieurement le 21 janvier, elle se trouvait en excellent état.

(1) Chanoine Moureau et Docteur Lavrand. — *Le Médecin Ca[tholique]*. 1 vol., chez Lethielleux, Paris, 1901.

j'ai attendu en vain la bulle, rien n'est arrivé. Je relève de nouveau ce décret à cette tribune, chiffres en mains. On a dit que l'accoucheur qui pratiquait l'embryotomie n'oserait pas se présenter ; eh bien ! me voilà?

« Peut-on faire la perforation sur l'enfant vivant ?

« Je m'élève contre l'opinion de quelques-uns, qu'il faut, pour agir, attendre la mort de l'enfant : c'est l'enseignement de certaines Facultés. Je repousse cette façon de procéder, car alors tous meurent, et la mère et l'enfant. C'est une pratique que je ne comprends pas....

Quant à moi, je le déclare catégoriquement, je n'attends pas la mort du fœtus, et je ne pense qu'à sauver la femme le mieux et le plus vite possible. Du reste, les accoucheurs dont je viens de blâmer la conduite font le plus souvent le simulacre d'ausculter ; ils disent bientôt qu'ils n'entendent plus rien et ils opèrent. Ce procédé jésuitique me déplaît : mais en somme, les praticiens en question agissent comme nous, ce dont je les félicite. »

Dans la discussion qui suivit le rapport de Charles, le professeur Fochier, de Lyon, s'exprima ainsi : « Aussi, suis-je revenu à mes anciennes idées que la vie de l'enfant n'a pas la même valeur que celle de la mère. J'estime qu'on n'a pas le droit d'opérer la femme sans la prévenir de la gravité de l'intervention et sans obtenir son consentement préalable : on ne doit pas opérer si on craint pour la vie de l'enfant ou s'il y a infection, même légère. Je redeviens de plus en plus embryotomiste, ne voulant pas qu'on fasse à autrui ce que je ne voudrais pas qu'on me fît à moi-même. »

Le Prof. Herrgott (de Nancy) approuva pleinement la doctrine de Charles : « Je partage tout à fait, dit-il, l'avis de M. Charles : quand on croit qu'un accouchement ne peut être terminé que par une opération (opération césarienne ou symphyséotomie) qui est refusée par la femme, ou par l'embryotomie, il ne faut pas attendre, pour mettre sa conscience à l'abri, que l'enfant ait succombé. Agir ainsi, c'est perdre le seul but que l'accoucheur peut encore atteindre, celui de sauver la femme qui pourrait, par une attente prolongée, succomber et devenir ainsi la victime d'un véritable scrupule homicide. »

En 1902, la question du fœticide thérapeutique fit de nouveau, devant cette même Société obstétricale de France, l'objet d'une importante discussion. Je tiens à vous citer les paroles par lesquelles Fochier finissait sa communication :

De ce que dans ces opérations (césarienne et embryotomie), la mortalité maternelle était réduite à 10 0/0 et que la mortalité fœtale était pratiquement supprimée (je fais la part très belle aux proscripteurs du fœticide), on a conclu qu'on ne devait plus sacrifier les enfants à naître. Et nous avons entendu à Paris une voix des plus autorisées, des plus éloquentes, que j'écoute toujours avec une affectueuse sympathie, celle de M. Pinard, proclamer des principes aussi absolus que ceux des congrégations romaines. J'ai bien lu, bien réfléchi, et je n'hésite pas à déclarer que, sur ce point, ma conscience est en désacord avec la sienne.

Et ici, quelque haïssable que soit le moi, j'en suis réduit à établir ma personnalité, à faire une confession publique, à me soumettre avec sincérité au jugement du public médical. Tant qu'une opération conservatrice de la vie de l'enfant menacera la mère d'un certain nombre de chances de mort, je ne me crois pas autorisé à imposer cette opération à la mère sans l'avertir et lui laisser le droit de choisir. Je me crois non seulement le droit, mais le devoir de tuer un enfant, lorsqu'une femme adulte, consciente, me demande de la défendre contre un être inconscient, dont l'existence est aussi aléatoire que celle d'un nouveau-né. Du moment où la fécondation est accomplie, l'existence de l'embryon est digne de considération, mais nous ne pouvons moins faire qu'établir des degrés dans cette considération, et un avortement nous répugnera toujours moins que l'embryotomie d'un fœtus viable. Mais est-ce que nous ne devons pas aussi poursuivre plus loin ces distinctions, est-ce qu'il nous est permis de comparer l'existence d'un fœtus viable à celle d'une femme adulte ? Est-ce que nous pouvons calculer la valeur d'une femme adulte en prenant pour unité la valeur d'un fœtus à terme ? Poser ainsi le problème, c'est montrer qu'il n'y aucune comparaison possible. La femme adulte est mon semblable, elle a la même horreur de la mort que moi, les mêmes droits à la vie ; je suis seul à même de la défendre contre l'ennemi qui la menace, qui est une possibilité d'existence et non pas une existence consciente. Elle est confiée ou se confie à mes soins ; je dois la défendre, je dois tuer, si elle ne consent pas à courir quelques chances de mort pour avoir un enfant vivant. Je dois tuer et je tue sans remords, sinon sans répugnance et sans regrets.

« Depuis deux ans, je suis d'une sensibilité affective peut-être morbide, mais cette sensibilité se porte aussi bien sur l'enfant que sur la mère. Je ne quitte presque pas l'auscultation du cœur de l'enfant pendant la période d'expulsion et mon forceps est toujours prêt. Lorsque j'ai à faire une embryotomie, il m'est impossible de laisser ausculter le cœur du fœtus par un assistant. Je crois donc devoir être classé parmi les sensitifs ; eh bien ! je puis affirmer que je n'éprouve aucune indécision à la pensée de ce que ma conscience m'impose. J'ai fait mon devoir, je le ferai encore. »

M. Porak, s'associant d'ailleurs à la manière de voir de Fochier, remarque judicieusement combien en pratique, un pareil cas se rencontre rarement. C'est ainsi qu'à la Maternité il n'a eu à faire qu'une seule basiotripsie sur l'enfant vivant, sur plus de 15.000 accouchements !

Le Prof. Herrgott insiste sur la nécessité où se trouve parfois l'accoucheur de se conformer à la volonté de la parturiente ! « Pour éviter l'embryotomie et avoir un enfant vivant, nous pouvons pratiquer une opération, la symphyséotomie ou l'opération césarienne. Cette opération, avons-nous le droit de l'imposer à la femme ? Je ne le crois pas.

« Je sais que telle n'est pas la manière de voir de mon éminent ami le prof. Pinard, mais l'intensité de mon affection ne me permet pas cependant, à mon grand regret, de modifier cette manière de voir, cette conviction, qui m'est imposée par ma conscience.

« Je ne crois pas que le médecin ait le droit de faire à une femme une opération qui mette sa vie en danger et qu'elle refuse.

« Si nous n'avons pas ce droit, par contre, nous avons le devoir de tout tenter pour faire accepter une intervention qui nous permette de sauver la mère et l'enfant. »

« Nous devons donc perfectionner notre technique opératoire, notre antisepsie, les conditions d'intervention, de façon que les opérations proposées soient de

moins en moins dangereuses, de moins en moins meurtrières.

« Ce sont les heureux résultats obtenus après ces opérations librement acceptées qui plaideront mieux que nous ne saurions le faire pour l'adoption de l'intervention proposée. »

Je pourrais multiplier ces citations et vous montrer combien de cliniciens habiles et consciencieux admettent que l'on doit, dans des circonstances absolument rares, il est vrai, pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

C'est là l'enseignement qui a déjà été donné par beaucoup d'entre nos collègues, par MM. P. Bar (1), Maygrier, Bonnaire (2) etc.

Le Dr Paul Bar, dans ses Leçons cliniques de la Maternité de Saint-Antoine, a dit : « Pour moi (p. 140), je fais l'embryotomie sur l'enfant vivant s'il m'est démontré qu'il ne peut être extrait par une application de forceps ou après une version et qu'il souffre, si la mère est dans des conditions défectueuses pour subir la section césarienne ou la symphyséotomie. »

A l'étranger, Pestalozza, Léopold, Hofmeier, etc., professent la même doctrine.

Au point de vue médico-légal, la question est actuellement tranchée : tout d'abord nous devons vous rappeler que vous n'avez pas le droit de pratiquer chez une femme une opération sans son consentement. Cette thèse, exposée par M. Maxwell lors de la rentrée de 1901 de la Cour de Bordeaux, a fait, en 1902, l'objet d'une longue discussion devant la Société de Médecine légale de France. Les différents membres de cette Société, médecins et jurisconsultes, ont considéré comme licite la pratique de l'embryotomie sur l'enfant vivant lorsqu'elle nous est imposée par la volonté de la femme ; c'est la conclusion du rapport très documenté de M. Maygrier : « Le médecin ne peut procéder à une opération quelconque contre la volonté formelle d'un malade ayant toute sa connaissance....

« Le refus d'accepter son intervention dans les conditions par lui proposées le délie de toute obligation et de toute responsabilité quant aux conséquences de son abstention. L'humanité seule pourra lui faire un devoir d'intervenir. »

« Il me suffira d'un exemple, dit encore M. Maygrier, pour montrer que le sacrifice de l'enfant est parfois légitime et nécessaire. Voici une parturiente à bassin vicié qui est épuisée par un long travail ; le médecin appelé tardivement constate que la poche des eaux est rompue, que l'utérus est plus ou moins rétracté. L'enfant est vivant, mais il donne des signes de souffrance, il perd du méconium, les bruits du cœur sont modifiés, le forceps et la version sont impraticables. Seule, la section de la symphyse ou l'ouverture du ventre donneraient au fœtus une chance très minime de survivre. Doit-on, dans ces conditions, entreprendre une opération qui, sans résultat certain pour la mère, est d'autant plus grave que son état général fâcheux la prédispose déjà à l'infection ? »

(1) Paul Bar. — Dans le cas de viciation pelvienne, le médecin peut-il aujourd'hui, sans engager sa responsabilité morale, pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant ? — Leçon du 23 janvier 1902, publiée in *Presse médicale*, 15 février 1902.

(2) Bonnaire. — Cours à la Faculté de médecine de Paris, 1903.

(3) Le fœticide thérapeutique devant la Société de Médecine légale de France. — Rapport sur le fœticide, au nom d'une commission composée de MM. A. Constant, Demange, Jacomy, Lutaud, Picqué, Rocher, Vibert et Maygrier, rapporteur.

Pour M. Maygrier et pour la commission dont il était le rapporteur, la réponse n'est pas douteuse.

Il faut bien reconnaître, d'ailleurs, que le médecin n'aura que très exceptionnellement à résoudre ce problème délicat. Peut-être même pourra-t-on, en présence des statistiques opératoires qui s'améliorent, étendre les limites dans lesquelles nous pratiquons actuellement la section césarienne ? C'est du moins l'opinion soutenue par M. Boquel (1) professeur à Angers. De fait, l'année dernière, dans cette Clinique, le Dr Demelin a eu l'occasion, pendant les vacances, de pratiquer la césarienne avec un résultat excellent chez une femme atteinte de congestion pulmonaire.

En s'obstinant à vouloir obtenir quand même un enfant vivant on peut aller au devant de terribles désastres. Je pourrais vous en citer plusieurs exemples, je me contenterai d'un seul cas, il est typique.

Une femme de 33 ans, enceinte pour la septième fois, entre dans une Maternité. Les six premiers accouchements ont eu lieu spontanément à terme et ont donné naissance à six enfants bien portants. Pour le septième, elle a subi en ville huit applications infructueuses de forceps. L'enfant étant encore vivant lors de son entrée à l'hôpital, on ne voulut point faire l'embryotomie et on pratiqua la symphyséotomie : l'opérée succomba au bout de 43 heures, et l'enfant, qui avait d'ailleurs une fracture du pariétal droit, mourut lui-même le lendemain de sa naissance.

Dans le cas que je vous ai cité au début de cette leçon, nous aurions pu pratiquer l'opération césarienne, mais il aurait fallu probablement la faire suivre d'hystérectomie : en admettant que la malade guérît, elle devenait à jamais stérile. En sacrifiant l'enfant, nous avons sauvegardé l'avenir; elle pourra redevenir enceinte et avoir des enfants vivants. J'ai, en 1893, publié l'observation d'une femme qui présentait un bassin de Nægelé absolument comparable à celui-ci. Et ma communication se terminait ainsi: « En résumé, dans trois accouchements, alors que le diagnostic n'avait pas été fait, les opérateurs ont dû recourir à l'embryotomie céphalique. Dans quatre accouchements, qui ont eu lieu après l'établissement du diagnostic, j'ai obtenu quatre enfants vivants, une fois avec le forceps, deux fois avec la version et une fois avec l'accouchement prématuré, dans ce dernier cas les contractions utérines ont suffi pour déterminer l'expulsion du fœtus. »

Par une singulière coïncidence, vous avez, du reste, au nº 51, dans le lit immédiatement voisin de celui occupé par notre opérée, un exemple de ce que peut donner l'accouchement prématuré artificiel. C'est celui d'une femme de quarante ans, qui nous a été adressée et particulièrement recommandée par un médecin très distingué, le Dr A. Leblond. Les deux premiers accouchements se sont, chez elle, terminés spontanément, les enfants étaient vivants. Pour le troisième, on fit une basiotripsie ; pour le quatrième, on se préparait à pratiquer la symphyséotomie lorsque l'enfant naquit vivant. Lors du cinquième, le fœtus se présenta par le siège et vint mort ; enfin pour le sixième on fit la basiotripsie. L'examen nous permit de constater que le rétrécissement du bassin appartenait à une variété exceptionnelle ; le diamètre transverse du détroit supérieur n'avait pas ses dimensions normales. Nous avons provoqué l'accouchement prématuré, et le 27 décembre dernier, la femme a mis au monde, venant par le siège

(1) Boquel. — Société obstétricale de France, 1904.

un enfant vivant du poids de 2.750 grammes. Elle le nourrit et nous a quittés, bien joyeuse, le 11 janvier ; elle n'avait pour ainsi dire couru aucun risque.

Le n° 52 se souviendra de sa voisine de la Clinique et elle nous a formellement promis de venir nous retrouver dès qu'elle se trouverait de nouveau enceinte.

Ces deux femmes ont donc eu, chacune, une histoire très instructive ; pour la première particulièrement, sur laquelle j'ai longuement insisté, il s'agissait d'un cas qui pouvait paraître embarrassant. Et encore nous nous trouvions ici dans une Clinique avec toute l'aide suffisante. Combien les conditions seront moins favorables dans votre pratique civile ! En présence des risques beaucoup plus considérables que présentent en pareil cas les opérations sanglantes, vous serez beaucoup plus enclins à pratiquer l'embryotomie, même sur l'enfant vivant. En agissant ainsi, vous vous conformerez à la doctrine professée par la grande majorité des accoucheurs de notre époque.

Du reste, si vous avez quelqu'hésitation, interrogez votre conscience. Demandez-vous quelle résolution vous prendriez s'il s'agissait de votre femme, de votre sœur ou de votre fille, et la réponse ne sera pas douteuse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

L'Enseignement professionnel des infirmières au Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la Médecine.

Chargé de faire un rapport au récent Congrès sur l'exercice illégal de la médecine par les infirmiers, nous avons tout d'abord constaté que notre tâche n'avait rien d'original, car le jour où l'infirmier et l'infirmière font de l'exercice habituel de la médecine, ils s'excluent eux-mêmes de leur profession. Nous ne voyons guère, en effet, de quel moyen particulier on pourrait user à leur égard puisque spontanément, volontairement, ils ont abandonné leur métier pour tomber dans le charlatanisme vulgaire. Il n'y avait donc pas là sujet à un rapport spécial Néanmoins, nous souvenant que la thérapeutique actuelle évolué vers la prophylaxie, nous avons pensé qu'il serait utile de rechercher les causes qui peuvent inciter le personnel auxiliaire des médecins à se substituer à ces derniers et les inciter à faire de l'exercice illégal. Ces causes sont multiples. Parmi elles est la vanité de quelques personnes prétentieuses et plus souvent tout simplement leur sottise, mais il est encore d'autres causes qui proviennent du rôle trop étendu donné dans certains services hospitaliers au personnel secondaire. Il arrive, par la force des choses, quelquefois par le manque de surveillance du chef de service ou de ses assistants, que ce personnel remplit une tâche, qui devrait être dévolue à l'étudiant.

Souvent, dans nos hôpitaux, les infirmiers appliquent les appareils de fractures, font les pansements compliqués ; il est dès lors difficile de bien leur faire comprendre qu'ils n'ont pas légalement le droit de faire, en quittant l'hôpital, ce que le médecin leur permettait dans la salle de malades. Ici comme dans bien des cas, c'est encore le médecin qui est le pourvoyeur de l'exercice illégal dont il se plaint.

Dans notre rapport, une cause par son actualité devait dominer toutes les autres, dans notre préoccupation, c'était l'enseignement professionnel ; aussi avons-nous voulu attirer plus particulièrement sur elle l'attention du Congrès.

Pour ne pas inciter les infirmières à se croire des demi-médecins, plus dangereux qu'utiles aux malades, il faut, par une surveillance soigneuse, borner l'enseignement qu'on leur donne aux connaissances indispensables à des auxiliaires du médecin. M. Bourneville qui, le premier en France, s'occupa sérieusement de l'éducation du personnel hospitalier, vit dès le début cet écueil et ne cessa de répéter que son but, en créant des écoles d'infirmières, était de fournir aux médecins de bons auxiliaires, *mais seulement des auxiliaires*. Au Conseil supérieur de l'Assistance publique (séance du 17 mai 1899), il répétait : « L'infirmière a un rôle très utile, mais exactement limité, elle est l'aide du médecin dont elle doit suivre les prescriptions avec une *obéissance passive*. Il faut qu'elle soit à même d'apprécier suffisamment l'état du malade pour rendre compte au médecin de ce qui s'est passé en son absence ; elle doit seconder le médecin, mais elle ne doit jamais se substituer à lui et le *meilleur moyen de l'en empêcher est de limiter son instruction aux choses de son état* ».

Au conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, M. le Dr Brun émettait les mêmes idées devant une commission : « Il veut, note le procès-verbal de la séance du 7 juin 1902, signaler à l'administration un écueil qu'il importe d'éviter : il faut se garder de faire de nos infirmières des demi-savants, plus dangereux qu'utiles qui croiraient pouvoir suppléer le médecin ou modifier ses prescriptions. » Nous avons, au cours de notre rapport et de l'exposé que nous en avons fait au Congrès de l'exercice illégal, montré tout l'intérêt qu'il y avait à maintenir le personnel infirmier dans son rôle d'auxiliaire et nous avons signalé les inconvénients qui résulteraient de toute exagération dans leur importance.

Le regretté Directeur de l'Assistance, M. Mourier, avait commis cette faute, dans un discours de distribution de prix à l'Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière, où paraphrasant la maxime hindoue : « Le médecin, le malade, le remède et l'infirmier sont les quatre pieds de la médecine sur lesquels repose la guérison » il ne craignait pas de dire : « Il semble bien que l'infirmière qui a pleine conscience de son rôle et sait en remplir tous les devoirs est le *principal facteur* de la guérison » (1).

Il est évident que M. Mourier, dans son discours, s'était laissé entraîner plus loin que ne le voulait sa pensée, par le désir légitime de stimuler l'amour-propre de son personnel. Mais pareilles paroles tombées d'aussi haut ne pouvaient que produire un effet fâcheux sur l'esprit naïf de certains vaniteux.

(1) Distrib. des prix du 29 juillet 1902.

★

Le procès que nous avons plaidé pourrait paraître gagné au moins dans le monde médical, il n'en est rien. Même parmi nos confrères, il en est qui ne conçoivent pas comme nous l'éducation du personnel hospitalier. Nous avons fait la critique au Congrès, comme déjà dans le *Progrès médical*, de l'enseignement donné aux hôpitaux de Lyon, tel que l'indique un manuel publié par un des professeurs de l'école professionnelle des infirmières des hospices civils de Lyon et reproduisant les leçons professées en 1899-1900. Nous avons par maintes citations démontré que nous n'avancions rien sans preuves en critiquant ce manuel qui paraît destiné à des étudiants en médecine et nullement à des infirmières.

Si nous avons choisi, pour le critiquer, l'enseignement donné à Lyon, ce n'est pas guidé par une animosité particulière contre l'école professionnelle des hospices de cette ville, mais simplement parce que, dans un rapport au conseil supérieur de l'assistance publique, M. le Dr Faivre a donné l'enseignement lyonnais comme le type à adopter en général, considérant celui de Paris comme défectueux.

On a prétendu que les exagérations de ce genre auraient toujours lieu tant que des médecins seraient chargés de donner au personnel hospitalier l'enseignement technique qui lui est nécessaire. Nous avons tenu à protester au congrès contre ce sophisme. Seul, le médecin est capable d'apprécier ce que doivent apprendre ses auxiliaires. D'ailleurs, les manuels d'infirmières qui n'ont pas été rédigés par des médecins abondent et la plupart sont loin d'être à l'abri de toute critique de ce genre. Nous ne retiendrons qu'un de ces livres dû à la plume d'une Anglaise, et que M. le Dr Letulle considère comme un modèle du genre. Dans cet ouvrage, dit-il dans la préface, l'anatomie, la physiologie, la pathologie n'occupent pas la place d'honneur. La pathologie n'y occupe pas en effet, la place d'honneur puisqu'elle est reléguée à la fin, mais elle y tient encore, à notre gré, une place trop considérable surtout lorsqu'elle est suivie du traitement. En voici des exemples :

Après l'exposé des symptômes de la *péricardite*, nous lisons dans ce manuel :

« *Traitement*. — Repos complet au lit. Aucune sorte d'effort. La garde doit se faire aider pour changer doucement le malade de place ; elle ne doit pas lui permettre de parler ou de s'exciter. Autant que possible le malade ne doit pas avoir de préoccupations. Le régime doit être liquide et se composer principalement de lait. Si la péricardite est une suite de rhumatisme, on ne donne pas de bouillon. Pour soulager la douleur, on met des sangsues, des cataplasmes, ou des sinapismes. Parfois une compresse glacée enlève mieux la douleur que ne le fait un cataplasme chaud. Dans la péricardite rhumatismale, on donne du salicylate de soude, de la digitale, de l'eau-de-vie et de l'ammoniaque. »

Nous ne discuterons pas la valeur de toute cette thérapeutique, même quand l'auteur, un peu plus loin, affirme que, dans les *maladies de l'aorte* « les médicaments employés sont du fer et de la strychnine » et que dans la *dégénérescence graisseuse du cœur* « on donne des toniques, de la quinine, du fer, de la stry[chni]nine. »

Mais nous eussions préféré que la « Nurse » anglais[e] qui a écrit cet ouvrage se fut dispensée d'indiquer c[es] traitements. Certains passages encore prouvent que l[es] livres de ce genre ont intérêt à être écrits par des méd[e]cins. Citons encore, par exemple, le tableau suivant q[ui] indique la date des éruptions dans quelques maladie[s] :

« L'éruption de la	varicelle	paraît le	1er	jour de la malad[ie]
—	scarlatine	—	2e	—
—	petite vérole	—	3e	—
—	rougeole	—	4e	—
—	typhoïde	—	5e	—
—	entérite	—	6e	—

Un médecin n'aurait certes pas écrit ce tableau.

Tout cela prouve que l'enseignement des infirmie[rs] et des infirmières a besoin d'être *médicalemen[t]* donné, si on ne veut les porter à se croire eux-mêm[es] capables de traiter des malades et de juger les actes [et] les ordonnances des médecins. Aussi avons-nous cr[u] devoir déposer les vœux suivants, qui ont été adoptés [à] l'unanimité par le Congrès :

« Le Congrès, considérant que, s'il est nécessaire d[e] donner aux infirmiers, infirmières et gardes-malade[s] une instruction professionnelle pour assurer la bon[ne] exécution des prescriptions du médecin, et donner a[u] chirurgien l'assistance éclairée qui lui est indispensable, il est dangereux que ces auxiliaires sortent de leur rôl[e] et cherchent à se substituer au médecin.

Emet les vœux suivants :

1° Que toute tentative d'initiative de la part des in[-]firmiers, infirmières, gardes-malades, soit réprouv[ée] par les médecins qui les emploient et par les administ[ra]tions publiques ou privées dont ils peuvent dépendr[e] ;

2° Que les programmes des écoles d'infirmiers et in[-]firmières, les Manuels destinés à leur éducation se lim[i]tent strictement aux connaissances indispensables au[x] choses de leur profession, sans entrer dans des déve[-]loppements exagérés sur les sciences médicales, [pou]vant leur donner une idée fausse de leur rôle et les en[-]traîner à se substituer au médecin ;

3° Que l'enseignement professionnel des infirmie[rs] et infirmières reste toujours exclusivement confié [à] des médecins, seuls capables de juger ce qu'il leur [est] utile d'apprendre ;

4° Que les médecins chargés de cet enseignem[ent] n'oublient jamais, au cours de leurs leçons, d'insis[ter] sur les dangers possibles d'une initiative de l'infi[rmier] ou de l'infirmière, et sur la grave responsabilité enco[u]rue en cas d'accident par la personne qui serait ains[i] sortie, inconsidérément, de son rôle. »

J. Noir.

Congrès pour la Répression de l'Exercice il[légal de la] Médecine. — M. Brouardel, profondément touché du [...] de reconnaissance et discrète sympathie qui a guidé les Mem[bres] du Congrès dans le choix d'un souvenir à leur Président, [...] adresse ses remerciements sincères et les assure de [...] dévouement à la cause médicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances du 28 mai et du 5 juin 1906.

Rapports des états émotifs et des états d'infection.

M. Vaschide adresse une note d'après laquelle il démontre qu'après certaines émotions il se produit des modifications dans la proportion des diverses sortes de leucocytes. C'est ainsi que l'auteur a pu constater, dans les états émotifs dépressifs, tristes, douloureux, une augmentation des polynucléaires allant jusqu'à 70,4 % et même, dans un cas, jusqu'à 79,5 % : ces modifications sont indépendantes des phénomènes de vaso-constriction ou de vaso-dilatation.

Rôle pathogénique des adénopathies bronchiques.

M. G. Arthaud déduit de ses observations cliniques que les adénopathies bronchiques sont constantes dans la pleurésie interlobaire post-grippale, dans la maladie de Basedow et dans la coqueluche, et paraissent jouer un rôle important dans la pathogénie de ces affections.

Sur la fréquence et le rôle étiologique probable de l'uncinaria [illegible] americana dans le béri-béri.

M. F. Noc d'après les constatations qu'il a pu faire à l'hôpital indigène de Choquan, près de Saïgon, est conduit à penser que l'Uncinaria americana de Stiles joue un rôle capital dans l'étiologie du béri-béri.

En effet, sur 77 Chinois ou Annamites atteints de cette affection, l'auteur a rencontré 74 fois dans les déjections une grande quantité d'œufs du nématode, et a retrouvé 17 fois le même parasite sur 82 sujets de race annamite qui, sans être atteints de béri-béri, vivaient dans un milieu où cette affection sévit à l'état endémique ou étaient en contact avec des malades.

Par contre, l'auteur ne l'a jamais constaté dans les selles de 31 Européens souffrant de troubles intestinaux divers (diarrhée, dysenterie).

L'uncinariose americaine, à en juger par la description de [illegible] Stiles lui-même, est caractérisée par un ensemble symptomatique : œdème de la face et des membres inférieurs, hydropisie, troubles nerveux, qui est précisément celui du béri-[illegible].

D'autre part, à l'autopsie des sujets ayant succombé à cette dernière affection, on constate toujours des lésions de gastroduodénite : or, chaque fois qu'il existe un piqueté hémorrhagique aux alentours du pylore, une recherche minutieuse permet de retrouver l'Uncinaria americana.

[illegible] larves de ce parasite vivant dans le sol et pénétrant le plus souvent dans l'organisme humain par la peau, on s'explique que l'affection épargne les Européens et frappe surtout les Orientaux qui marchent pieds nus.

Enfin le traitement par le thymol, en amenant l'expulsion [illegible] parasites, améliore avec une rapidité surprenante les manifestations du béri-béri.

M. A. Vivien adresse une note traitant de deux cas de guérison de l'albuminurie chez des femmes enceintes par le phosphate de fer et d'un cas de guérison de diabète par le phosphate de soude.

Destruction des trypanosomes dans la rate.

[illegible] A. [illegible] et G. Vallet ont pu constater sur une soixantaine d'animaux chiens et rats infectés par « *Trypano-[illegible]* » que la rate est douée d'un pouvoir « trypanoly[illegible] » considérable.

C'est ainsi que chez un animal dont le sang renferme un [illegible] nombre de parasites, on ne trouve dans les frottis [illegible] rate que des éléments ronds ou elliptiques correspondant [illegible] des trypanosomes, ainsi que quelques-uns de ces [illegible] encore reconnaissables, mais très déformés. Les phagocytes ne paraissent prendre aucune part à ce processus de destruction : il s'agirait donc d'une trypanolyse extra-cellulaire. Les auteurs ont constaté, en outre, que le pouvoir trypa[illegible] de la rate se manifeste même *in vitro*, comme on peut s'en assurer en mélangeant à du suc splénique un peu [illegible] infecté : au bout de vingt heures les trypanosomes sont réduits à leur noyau, alors que sur les préparations témoins ils ne sont nullement déformés et même se montrent encore quelque peu mobiles.

Dans les ganglions lymphatiques, et peut-être aussi dans le tissu lymphoïde de l'intestin, s'opère également une destruction semblable ; celle-ci est, au contraire, nulle ou du moins insignifiante dans le foie.

Contribution à l'étude cytologique des bactéries.

M. A. Guillermond de ses observations sur la structure fine du Bacillus radicosus conclut qu'il ne paraît pas exister chez les bactéries un véritable noyau, et que les formations qui ont été décrites comme telles par divers auteurs ou bien ne sont pas de nature nucléaire, ou bien concernent des microrganismes n'appartenant pas au groupe des bactéries.

L'hypothèse la plus vraisemblable est celle de M. Schaudinn admettant que les bactéries renferment une chromatine plus ou moins mélangée au cytoplasma, différenciée parfois à l'état de chromidies et se précipitant lors de la sporulation pour former la spore, laquelle serait constituée en majeure partie de chromatine.

Sur l'excrétion des purines et de l'acide urique endogènes.

M. P. Fauvel rend compte des recherches qu'il a effectuées chez deux individus sains soumis à différents régimes.

Il a pu constater que la quantité de purines et d'acide urique endogènes est constante pour une même personne recevant un régime alimentaire exempt de purines, que ce régime soit du reste lacté, lacto-végétal ou strictement végétal, et que cette quantité varie fort peu d'un individu à l'autre : elle est en moyenne de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigr. pour les purines et de 0 gr. 28 à 0 gr. 35 centigr. pour l'acide urique.

Ces chiffres sont indépendants de la quantité d'albumine ingérée et d'urée excrétée. Si dans la pratique il paraît en être autrement, cela tient à ce que la plupart des aliments riches en azote sont également riches en purine. Mme Physalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juin 1906

Corps thyroïde et faim.

MM. L. Lévy et H. de Rothschild ont observé sur 100 malades soumis à la médication thyroïdienne, dans 21 cas, l'augmentation de la faim et de la sensation de faim.

C'est au début de la médication que la faim augmente, et elle est proportionnelle à l'ingestion de la substance active ; diminue pendant les intervalles de l'opothérapie. Après interruption prolongée du traitement on voit d'ordinaire la sensation de faim reprendre son type habituel.

En même temps que s'accroît la faim, l'appétit naît ou renaît et ses caprices se règlent.

En rapprochant la faim qui accompagne le traitement thyroïdien des crises de boulimie, du goître exophthalmique, du myxœdème, de l'hyperthyroïdite bénigne, des phases diverses thyroïdiennes de la grossesse, on peut conclure que le corps thyroïde est physiologiquement régulateur de la faim et qu'il existe une anorexie hypothyroïdienne nécessitant un traitement approprié. Le corps thyroïde, en règlant la faim, devient régulateur des diastases à nutrition comme il l'est des diastases de défense. Il est aussi régulateur des centres bulbaires.

Pathogénie de la néphrite interstitielle chez les artérioscléreux.

MM. Josué et Alexandrescu ont étudié les rapports entre l'artériosclérose et la néphrite interstitielle en se servant des moyens techniques modernes permettant de préciser les lésions vasculaires. Les grosses et les moyennes artères présentent les lésions suivantes : hyperplasie de la couche musculaire, dédoublement de la lame élastique interne avec tissu conjonctif en dégénérescence hyaline et cellules musculaires entre les lamelles, dégénérescence des cellules musculaires, graisse entre les cellules élastiques.

Les artérioles afférentes et efférentes du glomérule sont parfois normales, parfois elles sont dégénérées. Les coupes congelées deviennent des amas de graisse en dessous des cellules

musculaires ; la graisse envahit les cellules musculaires ou la lumière des vaisseaux qu'elle oblitère.

Les glomérules sont souvent atteints de dégénérescence hyaline. Les parois des capillaires glomérulaires sont en dégénérescence graisseuse, les lésions vasculaires sont celles de l'artério-sclérose, ne sont pas inflammatoires mais sont hyperplasiques et dégénératives.

Les moyennes et grosses artères étaient toujours altérées, à des degrés divers, mais dans tous les reins examinés.

Il n'y a aucun rapport entre l'intensité des lésions des moyennes artères et celle des artérioles et des capillaires. Les lésions artérioscléreuses sont irrégulièrement disséminées dans les diverses parties du système vasculaire.

En comparant de nombreuses coupes on peut noter que : il n'y a pas sclérose du rein quand les grosses et moyennes artères sont seules lésées. Au contraire les reins sont contractés et sclérosés si les fines ramifications artérielles et les capillaires des glomérules sont lésés, même quand les grosses et les moyennes sont relativement peu altérées.

Le glomérule imperméable au sang et dégénéré est fonctionnellement supprimé ainsi que le tube urinifère qui lui fait suite. Celui-ci s'atrophie, dégénère, l'épithélium cubique disparaît et le tube est remplacé par du tissu scléreux. Le glomérule dégénéré se confond avec le tissu fibreux. Ainsi s'expliquent la disparition du nombre des tubes et des glomérules ainsi que le retrait des régions sclérosées sur les parties voisines. La néphrite interstitielle est donc la conséquence de l'artériosclérose ; elle survient quand les artérioles et les capillaires du système glomérulaire sont atteints, ce qui amène la suppression fonctionnelle du glomérule avec l'atrophie consécutive des tubes. Ceux-ci sont remplacés par du tissu de sclérose avec lesquels les glomérules finissent par se confondre.

Vibrion septique. Allobiimmunisation.

M. Georges ROSENTHAL a étudié le vibrion septique comme il l'avait fait pour le bacille d'Achalme. Devenu aérobie, le bacille garde son chimisme et sa fonction pathogène qui décroît rapidement, 1er stade. Le chimisme disparaît en culture aérobie et peut réapparaître en culture anaérobie, 2e stade. Enfin en 3e étape, on ne peut lui faire reprendre ses fonctions du type primitif. Les animaux inoculés au vibrion aérobie peuvent parfois mieux résister à l'inoculation postérieure du vibrion septique vrai ; c'est là l'*allobivaccination*.

Ictère chronique simple post-typhique.

MM. GILBERT et LEREBOULLET racontent l'observation d'une malade chez laquelle, à la suite d'une fièvre typhoïde, est apparu un ictère qui persiste après deux ans, ictère léger, mais net, sans hypertrophie du foie ni de la rate, sans décoloration des matières. Rapprochés d'ictères chroniques à forme spléno-mégalogène survenus en convalescence de fièvre typhoïde, on voit qu'étiologiquement, le bacille typhique provoque l'angiocholite causale ou bien que l'infection secondaire survient. On peut donc ici observer toutes les formes de l'angiocholécystite, l'aiguë (suppurée ou catarrhale) ou la chronique.

E. P.

Séance du 9 juin.

Variations quotidiennes du taux urinaire chez les hépatiques.

MM. GILBERT et LIPPMANN. — Chez les hépatiques, la courbe quotidienne d'élimination urinaire donne un symptôme particulier. La quantité de boisson maintenue rigoureusement fixe, les variations d'élimination sont très étendues, de 750 cc. à 3 litres 500.

L'anisurie est chez un même malade d'intensité et de rythme variables. Les oscillations sont tantôt fréquentes. l'oligurie d'un jour est suivie le lendemain de polyurie ; ces phases alternées peuvent présenter une certaine régularité ; trois jours d'oligurie suivis de trois jours de polyurie.

On retrouve l'anisurie dans les cirrhoses veineuses atrophiques biliaires. veineuses hypertrophiques, ictères chroniques. Ce phénomène est sans doute sous la dépendance du trouble mécanique apporté à la circulation portale par les altérations du parenchyme hépatique.

Acide phosphorique. Son influence sur les échanges nutritifs.

M. DESPREZ et Mlle Bl. GUENDE ont fait, sur quatre séries de cobayes, des expériences sur l'action de l'acide phosphorique et des phosphates mono et trisodiques sur l'albumine. La destruction de l'albumine augmente avec l'acidité de la molécule phosphorée. La déminéralisation de l'organisme n'est pas modifiée par le phosphore Les sels sodiques, au contraire, la restreignent de façon marquée. L'urine éliminée est de minime volume sous l'action des phosphates.

Virulence du liquide de la pleurésie séreuse.

MM. A. JOUSSET et CARTIER ont étudié bactériologiquement, chimiquement et histologiquement le liquide pleurétique tuberculeux.

1° Les liquides, au cours de ponctions successives, restent constants pendant de longs mois.

2° Le nombre des bacilles tuberculeux contenus dans l'épanchement et la virulence du liquide sont indépendants l'un de l'autre. Les bacilles granuleux donnent des pleurésies virulentes, tandis que les formes homogènes sont d'ordinaires avirulentes.

3° Les éléments cellulaires nombreux (plus de 800 globules rouges et 300 globules blancs) indiquent une faible activité du liquide vis-à-vis du cobaye.

4° Le dosage de la fibrine, dosée du 4e au 5e jour après prélèvement, indique que la virulence est inversement proportionnelle au poids du caillot ; faible pour les liquides contenant moins de 0 gr. 50 de fibrine sèche par litre, forte s'il y a moins de fibrine.

Ces lois, qui ne sont pas absolues, s'appliquent aux pleurésies tuberculeuses, primitives et secondaires.

Eosinophilie dans la filariose sous-cutanée.

M. A. BILLET a observé un nègre dont le sang contenait onze polynucléaires éosinophiles pour cent leucocytes. Par conséquent, la filariose cutanée de Médine paraît entraîner l'éosinophilie au même titre que les autres hémofilarioses et la filariose de l'œil.

E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1906.

Plaies pénétrantes de la poitrine.

Une communication faite dans la dernière séance, par M. LOISON, suscite une discussion sur les plaies pénétrantes de la poitrine, à laquelle prennent part : MM. Tuffier, Delorme, Guinard, Delbet et Michaux. Il ressort de cette discussion que, sauf dans les cas d'hémorrhagies graves, il faut s'abstenir. Malheureusement il est difficile de diagnostiquer si l'hémorragie est grave ou non et M. Guinard cite le cas d'un maître d'armes qui avait reçu un coup de fleuret dans la poitrine présentait tous les signes d'une hémorrhagie interne grave. Il s'est abstenu de toute intervention et l'hémorragie s'est arrêtée à la suite de la simple immobilisation.

Lorsqu'on décide l'intervention, on a grand avantage à tailler un volet thoracique à charnière, volet qui donne beaucoup de jour et que l'on remet en place. une fois l'opéra[illegible] finie.

Perforations utérines.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. [illegible]pointe, concernant une femme qui, après un retard de règles de deux mois, présenta des signes de péritonite généralis[illegible] point de départ utérin. Laparotomie suivie d'une hystére[illegible]mie sus-vaginale et d'un large drainage abdomino-vagin[illegible]. Sur l'utérus enlevé on constata une perforation de la face postérieure : aucune trace d'embryon. M. Picqué attire [illegible]tention sur l'importance qu'il y a distinguer les perfora[illegible] post-abortum produites par l'instrument qui a servi à l'avortement et celles qui surviennent secondairement par spha[illegible]cèle de la paroi de l'utérus.

Jéjunostomie.

M. GUINARD fait un rapport sur deux jéjunostomies [illegible] grec pratiquées par M. Souligoux sur des malades atteints, l'un de cancer du cardia, l'autre d'un cancer du pylore. La jéjunostomie se trouve indiquée dans le cas où la gas[illegible]

stomie est impraticable ; quant au procédé en Y grec, M. Guinard pense que, chez les malades, chez lesquels l'opération ne laisse pas de grandes espérances, il vaut mieux recourir à la jéjunostomie avec torsion, mais sans l'Y. qui complique l'intervention.

Abcès cérébral.

M. Delbet présente un malade qui, quelques jours après avoir reçu une balle de revolver dans la tête, présenta des signes de méningite avec céphalée intense. Une ponction lombaire diminue la céphalée et le malade, qui semble guéri quitte l'hôpital. Quelque temps après, il rentre de nouveau à l'hôpital se plaignant de nouveau d'une céphalée intense dans le décubitus dorsal.

La radiographie montre que la balle s'est brisée en deux fragments, siégeant, l'un sur le ptérygoïdien, l'autre dans le crâne. Il trépane, enlève le fragment crânien de la balle, incise la dure-mère, qui était intacte, et donne issue à du pus franc. Drainage. Guérison parfaite. Catz.

Séance du 6 juin 1906.

Jejunostomie.

M. Quénu indique un procédé de jéjunostomie permettant d'obtenir une bouche continente. Il ferme le bout inférieur du jejunum puis à une courte distance du bout jéjunal fermé il ouvre le duodénum par une incision *très petite* et fixe les lèvres de la plaie à la peau.

Plaies du poumon par coup de feu.

M. Routier pense que l'abstention est préférable à l'intervention même dans les cas de plaie avec hémorrhagie grave. Et il cite à l'appui de sa thèse le cas d'un blessé, qui à la suite d'un coup de revolver, eut une plaie du poumon grave, avec hémothorax, pneumothorax et emphysème sous-cutané. L'état général était si mauvais que le malade eût certainement succombé à une opération, or le repos, une ponction aspiratrice qui donna issue à de l'air et à plus d'un litre de sang amenèrent la disparition des troubles et le malade est actuellement en voie de guérison.

Luxation du semi-lunaire.

M. Delbet fait un rapport sur cette observation de M. Dujarrier. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 juin.

Lutte contre l'absinthe.

La Société sur la proposition de M. Jacquet affirme à l'unanimité que l'absinthe est une des causes les plus graves de la déchéance nationale, et invite les pouvoirs publics à en interdire la fabrication et la vente.

A l'unanimité, la société a voté la somme de 200 francs pour le monument de M. Nothnagel, le fameux professeur de l'Université de Vienne.

Voie rectale pour l'administration de l'iodure de potassium en cas d'intolérance gastrique.

M. Queyrat a eu recours aux lavements iodurés chez un malade atteint de syphilis tertiaire, dont l'estomac ne supportait pas l'iodure et dont les accidents avaient résisté au mercure. Ce lavement journalier de 50 gr. d'eau de guimauve contint l'iodure à dose progressive de 2, 4, 6, et 8 gr.

Lymphocytose dans un cas de zona du plexus sacré.

M. Queyrat a observé un zona du plexus sacré, avec vésicules sur le fourreau de la verge et sur la face postérieure de la cuisse. La ponction lombaire démontra une lymphocytose, ce qui serait en contradiction avec la théorie, qui veut que la lymphocytose est due à la propagation inflammatoire du ganglion rachidien au cul-de-sac méningé. Le ganglion sacré se trouve trop éloigné du cul de sac méningé pour admettre cette théorie.

M. Sicard a démontré, avec Cestan, que les culs-de-sac arachnoïdo-piemériens avoisinent le pôle interne de tous les ganglions, sacrés aussi bien que les autres. Les culs-de-sac de la région sacrée sont simplement plus profonds.

Méningite tuberculeuse sans lymphocytose. Présence d'une notable quantité d'albumine dans le liquide céphalorachidien.

MM. Rénon et Tixier ont observé chez un garçon un syndrome méningé net avec sept ponctions lombaires négatives au point de vue cytologique. La présence de 2 % d'albumine témoignait en faveur d'une méningite. L'inoculation de deux cobayes démontra la nature tuberculeuse de cette méningite aiguë. Ces cas de dissociation entre la réaction cellulaire négative et la réaction chimique positive sont exceptionnels. Les auteurs concluent :

1° L'absence de réaction cytologique, exceptionnelle mais indiscutable ne suffit pas pour éliminer le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse.

2° La présence d'albumine a une grande valeur sémiologique pour confirmer l'existence d'une altération méningée.

3° Le seul signe de certitude pour la nature tuberculeuse est la mise en évidence du bacille de Koch.

M. Achard a observé une méningite cérébrospinale, où le liquide céphalorachidien fourmillait de microbes sans qu'il y ait des leucocytes. L'envahissement microbien de la moelle s'était probablement fait *in extremis*, lorsque la réaction leucocytaire n'a plus pu se faire.

M. Sicard a observé un mal de Pott où deux ponctions, ont donné un résultat cytologique négatif et où il y avait de l'albumine en grande proportion.

M. Vidal considère ces cas comme exceptionnels et n'en a jamais observé.

Influence des hydropisies sur l'élimination urinaire.

M. Achard. — Les hydropisies peuvent influencer l'épreuve de l'élimination provoquée dans deux circonstances distinctes. La substance employée injectée dans l'épanchement s'y dilue et s'absorbe moins vite. Injectée dans les parties saines, elle diffuse du sang dans la sérosité et y est retenue avant d'arriver au rein. Ce reflux dans les épanchements ralentit l'élimination et la substance est pour ainsi dire immobilisée dans ce bras mort de la circulation. Le bleu ainsi retenu est en quantité minime et les résultats de l'épreuve du bleu ne sont modifiés sensiblement que dans les cas de grandes masses de liquide épanché. Il en serait autrement si on employait une substance passant plus abondamment dans la sérosité et si on dosait l'élimination heure par heure. De plus, il ne faut pas oublier que l'hydropisie est le résultat de l'état défectueux de la perméabilité rénale, de même que la rétention de la substance. Ceci montre que lorsqu'on pratique l'épreuve de l'élimination provoquée, on explore non un organe (le rein) mais une fonction : l'élimination par l'urine des corps que l'organisme doit rejeter. Mais cette fonction dépend de plusieurs autres fonctions et il faut tenir compte des conditions dans lesquels on opère et raisonner les résultats en conséquence. Tous les procédés de laboratoire sont d'ailleurs sujets à ce principe.

M. Variot présente les photographies de six enfants d'une famille, dont cinq sont rachitiques. Le rachitisme est dû à une alimentation prématurée par la panade. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1906. — Présidence de M. Desnos, président

La séance est ouverte à 4 h. 50.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté à l'unanimité.

M. Godlewski, au sujet du procès-verbal, fait observer qu'on a oublié de mentionner les observations qu'il a faites, c'est-à-dire qu'on rencontrait des laryngites tuberculeuses, sans tuberculose pulmonaire: il cite en particulier un cas qu'il a soigné avec M. Potain, où le malade ne présenta de lésions pulmonaires qu'à la période ultime de son existence après une laryngite tuberculeuse qui avait évolué très lentement.

Cette question de l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire a été le sujet de plusieurs discussions à la Société de médecine, et je constate que nous ne sommes pas prêts de nous entendre. D'un côté, sont les anciens, je ne dis pas les vieux, qui sont toujours partisans de l'emploi de l'iodure de potassium ; de l'autre les nouveaux, les jeunes, émerveillés des résultats des injections hydrargyriques.

Qu'il me soit permis de donner une explication de ce désaccord : les anciens ont employé pendant de nombreuses années l'iodure de potassium et en ont retiré les résultats les plus satisfaisants. Ils le connaissent bien. Les jeunes connaissent mieux l'emploi des injections hydrargyriques dont ils se sont également bien trouvés. La conclusion pratique me paraît être de combiner les deux méthodes, de prendre à chacune ce qu'elle a de favorable, les anciens et les jeunes s'empruntant réciproquement le fruit de leur expérience respective. Quant à moi, j'ai obtenu, dans ma longue carrière, des résultats si satisfaisants de l'iodure de potassium que je ne l'abandonnerai jamais.

M. Christian, qui s'est, lui aussi, merveilleusement trouvé de l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire déclare que dans un cas de ramollissement que l'on avait pris pour une gomme cérébrale, l'iodure de potassium avait eu des effets funestes. A ce sujet qu'il me soit permis de vous faire part de la constatation que j'ai faite et qui prouve à elle seule l'indication de l'emploi de l'iodure de potassium. Dans tous les cas de syphilis, ce médicament est parfaitement toléré et ne produit jamais d'iodisme. Ce dernier ne se manifeste que chez les malades qui ne sont pas syphilitiques. Je n'ai jamais rencontré de syphilitique ne supportant pas l'iodure de potassium et à des doses très élevées.

En tous cas, les accidents d'iodisme n'ont pas la gravité des conséquences de l'emploi intempestif des injections hydrargyriques, signalées même par leurs partisans. Pour mon propre compte, j'ai constaté un cas de nécrose très étendue des maxillaires, à la suite d'injections d'huile grise. Aussi ne saurait-on être trop circonspect ; il est indispensable, avant de prescrire ces injections, de se renseigner sur le fonctionnement du rein et l'état des gencives.

M. Dubar demande une rectification, il faut lire *cornage* du malade au lieu de *courage*.

A propos du procès-verbal, M. Dubar demande que M. Mortier veuille bien donner à la Société les résultats du traitement chez le malade dont il a été question.

M. Mortier répond que ce malade va mieux au point de vue général, mais qu'il n'en est pas de même localement, et qu'il y a deux jours, on a dû lui faire une intercrico-thyroïdienne. Il estime néanmoins que cette amélioration n'est pas due seulement au repos au lit, mais bien au traitement mercuriel.

M. Dubar croit que l'emploi du biiodure de mercure, de préférence à l'huile grise, aurait peut-être évité la trachéotomie.

M. Monel estime que c'est le mercure qui a permis de retarder l'opération pendant quinze jours. Néanmoins, le calomel eût agi plus efficacement encore.

M. Mortier. — On est intervenu parce que le cornage n'avait pas diminué, malgré l'amélioration de l'état général. — Répondant à M. Dubar, je ferai remarquer que la 1re injection d'huile grise remonte à 15 jours, et que, par conséquent, elle a été complètement absorbée maintenant ; les doses de mercure mises en circulation dans l'organisme sont les mêmes que celles qu'y auraient introduites les injections biiodurées.

M. Dubar n'en persiste pas moins à craindre que le mercure n'ait pas agi sous forme d'huile grise, dont l'action est excessivement lente, alors que le biiodure passe tout entier en quelques heures.

M. Christian est frappé du peu d'amélioration obtenu en quinze jours chez ce malade, puisqu'il a fallu arriver à l'opération. Revenant sur l'emploi de l'iodure de potassium, M. Christian rappelle qu'il a vu autrefois des guérisons obtenues par ce médicament et regrette qu'il soit si peu employé maintenant. Les bons résultats du biiodure de mercure ne tiendraient-ils pas à la présence de l'iode associée au mercure.

M. Suarez de Mendoza est très partisan du biiodure, surtout lorsqu'il est nécessaire d'agir vite. Il s'en est très bien trouvé surtout dans des cas d'iritis syphilitiques traînantes, et de syphilis cérébrales graves, qui se sont améliorés très rapidement.

M. Monel répond à M. Christian que dans le biiodure, comme dans les iodures, ce sont les bases qui agissent : potassium, sodium, mercure.

Il regrette que M. Mortier n'ait pas employé, au lieu de l'huile grise, très lente et peu active, le calomel, beaucoup plus efficace, ou même un sel soluble plus rapide comme action.

M. Lematte insiste sur ce qu'il faut rechercher avec soin dans les urines le passage du mercure, surtout lorsqu'on fait usage d'un sel insoluble, dont on ne sait pas quand et comment il agira. On assiste parfois, avec le calomel, à de véritables décharges mercurielles, qui peuvent être très dangereuses pour le malade. Pourquoi ne pas employer, dans les cas urgents, les injections intraveineuses de cyanure de mercure, par exemple ?

M. Christian, contrairement à l'opinion de M. Monel, croit que l'iode a une action dans les sels iodurés. Il a vu l'iodure de potassium donné à haute dose, agir plus rapidement que ne l'a fait le mercure dans le cas de M. Mortier.

M. Buret se déclare déconcerté en entendant M. Monel dire que, dans les iodures en général, c'est la base seule qui agit; l'iode a une action tres active, certaine. Employé contre les accidents tertiaires de la syphilis, l'iodure agit surtout en amenant la fonte des gommes ; c'est un nécrobiotique, et non un antisyphilitique. Il admet bien que l'action de l'iodure de potassium soit un peu différente de celle de l'iodure de sodium ou des iodures organiques ; mais jusqu'à présent, il avait toujours cru que le rôle principal était joué par l'iode, la meilleure base étant celle que l'organisme accepte sans trop protester.

M. Monel s'appuie pour l'action des iodures, sur l'autorité du professeur Pouchet. A M. Lematte, il répond que, cliniquement, l'emploi des divers sels mercuriels n'est pas indifférent, et que, selon les cas, il faut employer calomel, huile grise ou sel soluble —mais il y a parfois aussi une question d'école : c'est ainsi que les oculistes sont à peu près seuls à employer l'injection intraveineuse de sels solubles. Il existe un cas de contre-indication absolu à l'emploi des sels insolubles, c'est quand on rencontre du sucre ou de l'albumine dans les urines.

M. Dubar, en résumé, pense que lorsque le temps presse il faut s'adresser d'abord à un sel agissant très vite, point n'est besoin qu'il soit très actif : c'est le cas du biiodure. Chez le malade de M. Picqué, il aurait fait du biiodure d'abord, et du calomel ensuite. Au point de vue de l'activité du calomel, M. Dubar cite un cas de syphilis de la luette, qui était presque complètement détachée, et où le calomel, employé sur les conseils de M. Monel, fit merveille.

M. Godlewski a obtenu d'excellents résultats dans la syphilis tertiaire par l'emploi de l'iodure de potassium. A ce sujet, il a remarqué que les syphilitiques présentaient une tolérance particulière pour l'iodure, et pouvaient supporter des doses dangereuses pour des non syphilitiques.

M. Antonelli. — Puisque M. Monel a fait allusion à la thérapeutique mercurielle des oculistes, permettez-moi de compléter sur quelques points ce qu'il a dit

En premier lieu, les *injections sous-conjonctivales*. Elles sont plus anciennes que les travaux de Bouchard préconisant l'application locale des remèdes. En injectant le sublimé sous la conjonctive oculaire, les oculistes visaient surtout à l'antisepsie locale dans les affections du seg-

ment antérieur du globe, notamment l'ulcère cornéen à hypopion. Il y a, sur l'argument, une très riche littérature : mais, en ce qui concerne les lésions syphilitiques des membranes profondes (choroïdites, rétinites), très peu de nos confrères, je crois, sont restés fidèles aux injections sous-conjonctivales de sublimé, ou de tout autre sel mercuriel. Ces injections sont douloureuses, provoquent une réaction plus ou moins violente et les résultats curatifs en sont problématiques.

Quant aux *injections intra-veineuses*, elles sont restées presque exclusivement la pratique d'Abadie et de ses élèves. Elles ne sont pas sans inconvénient (technique délicate, place limitée), ni sans danger ; et il n'est pas absolument prouvé que l'absorption du médicament par la voie veineuse soit plus rapide, et son action plus efficace, que lorsque nous l'injectons dans la séreuse sous cutanée ou dans les interstices des masses musculaires.

Il y a longtemps que les oculistes ont eu recours à l'*injection de calomel à la tempe*, préconisée dans tout processus inflammatoire grave de l'œil pour établir, à proximité de l'organe malade, une puissante dérivation, souvent un abcès, qu'aujourd'hui nous dirions *abcès de fixation*. Ce moyen, un peu brutal, est tombé en désuétude. C'est, du reste, un oculiste, — je crois — le nom m'échappe, qui communiqua une des premières observations, sinon la première, prouvant les dangers des injections de calomel. Un malade ayant reçu une de ces injections à la fesse pour guérir des manifestations graves de syphilis oculaire, tomba, quelques jours après, en descendant un escalier, de tout son poids sur la fesse opérée : le lendemain il se déclara une stomatite violente, bientôt compliquée d'œdème de la glotte qui amena une issue fatale !

Les oculistes se rallient la plupart, aujourd'hui, à la pratique des injections de sels solubles, surtout, je pense pour obtenir une *action graduelle*, *régulière*, *facile à surveiller*. Je rappellerai, pour finir, qu'ils ont recours au traitement mercuriel dans nombre d'affections des membranes profondes (choroïdites, choriorétinites, névro-rétinites) d'étiologie douteuse, obscure, même lorsque la syphilis ne saurait nullement être soupçonnée. Les résultats très favorables que nous obtenons dans ces cas pourraient s'expliquer par une sorte d'antisepsie constitutionnelle que les injections de sels hydrargyriques solubles tendent à réaliser, par une modification humorale s'établissant dans tous les tissus grâce à la voie sanguine.

M. Tissier demande quel est le résultat éloigné des trachéotomies. A son avis, presque tous les trachéotomisés finissent tuberculeux. Il demande la mise à l'ordre du jour de cette question pour une des prochaines séances.

M. Mortier, au sujet de l'action du calomel et du biiodure, rapporte qu'avec M. Vian ils ont eu à leur clinique deux cas où le biiodure eut une action excessivement lente. Dans un cas, il s'agissait d'une gomme de la langue, qui, malgré deux séries de vingt injections d'eau biiodurée, ne présentait aucune amélioration, mais que firent disparaitre des injections de calomel. Dans le second cas, une orchite syphilitique ne fut améliorée qu'à la troisième série d'injections.

(La suite de la discussion est remise à une prochaine séance.)

Correspondance imprimée. — Journaux habituels. *Annales* de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, 1902 et 1903.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Bizard s'excusant de ne pouvoir venir lire son travail de candidature ; 2° Lettre de M. Blondin, remerciant la Société de l'avoir admis comme membre titulaire ; 3° lettre de M. Arrou, trésorier de la Société de Chirurgie expliquant que les frais d'éclairage électrique ayant considérablement augmenté, il a été obligé de demander à chaque Société sous-locataire une part contributive.

M. le Trésorier donne communication d'une lettre de M. Moreau de Tours, maintenant sa démission et envoyant le semestre dû. La démission de M. Moreau de Tours est acceptée.

M. le Président souhaite, au nom de la Société, la bienvenue au Dr Blondin, qui assiste aux séances pour la première fois.

M. Buret donne lecture de son rapport sur la candidature du Dr Charles de Blois (de Trois-Rivières).

Rapport sur les titres et travaux de M. le Docteur Charles de Blois, de Trois-Rivières (Canada), candidat à la qualité de membre correspondant étranger :

Par le Dr **BURET**

Au nom d'une Commission composée de MM. Beni-Barde, Laquerrière et Buret, rapporteur, je viens vous donner quelques renseignenents concernant la situation scientifique et morale de notre candidat canadien, le docteur Charles de Blois, de Trois-Rivières.

Notre confrère s'est fait une situation dans son pays où il soigne surtout par les agents physiques, c'est-à-dire par les douches et l'électricité. Médecin en chef de l'Institut hydrothérapique et électrothérapique de Trois-Rivières, il a donné en 1902, dans une brochure, un exposé synthétique des notions généralement admises sur l'utilité des agents physiques. La *Revue médicale du Canada*, et le Dr Le Sage, prof. agrégé à l'Université Laval, dans l'*Union médicale du Canada*, en font une analyse très élogieuse.

Au Congrès médical de Québec, il a communiqué une étude fort intéressante sur le traitement de la neurasthénie. Je citerai également une brochure de 1905 sur le *Traitement électrique de la sciatique*. La méthode qu'il préconise a pour base les courants de Morton, combinés avec les bains statiques et les étincelles. M. Charles de Blois a soigné près de cent cas de sciatiques de tous genres par cette méthode depuis 1897. L'accès a disparu dans 80 % des cas ; parmi les autres, beaucoup ont été améliorés ; quelques rares sujets n'ont éprouvé aucun soulagement. L'action se manifeste en 2 ou 3 séances, souvent en 10 ou 12 ; la guérison complète demande rarement plus d'un à 2 mois. Il sera bon d'avoir ce procédé en réserve, à côté de celui de notre collègue Berne : pour une affection aussi tenace que la sciatique, il n'y aura jamais trop de bons traitements.

Au dernier Congrès de Montréal, notre confrère a présenté un travail intitulé : « Les courants sciatiques induits de Morton : 1° dans le lumbago et le rhumatisme ; 2° dans les arthrites ; 3° dans les névralgies ; 4° dans la constipation chronique et les troubles digestifs.

J'ajouterai que le Dr Charles de Blois est médecin de l'hopital St-Joseph, membre de la Société internationale de médecine physique, de l'« American Electro-thérapeutic Association ». Ceci est suffisant pour nous prouver que nous avons affaire à un homme de science estimé dans son pays. Quand j'aurai ajouté que notre confrère a été choisi comme secrétaire général du Congrès actuel de Trois-Rivières, congrès de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, j'aurai par cela même garanti sa valeur morale, ses confrères, qui l'ont nommé, étant les meilleurs juges en la matière. Je vous proposerai donc de lui ouvrir toutes grandes les portes de notre Compagnie.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées ; le vote définitif aura lieu dans la prochaine séance.

M. Lematte donne lecture d'un travail intitulé : **De l'emploi du bouillon lactique B maltosé en thérapeutique.** (*Sera publié*).

Le Secrétaire annuel,

Vian.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Etude clinique de l'Insuffisance ovarienne.

SON TRAITEMENT RATIONNEL PAR L'EXTRAIT DE CORPS JAUNE.

De nombreuses observations cliniques et expérimentales ont démontré que l'ovaire avait une sécrétion interne. Du jour où les interventions chirurgicales se sont multipliées, grâce à l'antisepsie, les femmes ovariotomisées à la suite de lésions annexielles sont devenues légion et les troubles consécutifs à la castration, observés très communément dès lors, sont apparus semblables à ceux de la ménopause physiologique ; dans l'un et l'autre cas les modifications de l'organisme ont été rapportées à la disparition de la sécrétion interne de l'ovaire.

Rappelons en quelques lignes la structure de l'ovaire.

STRUCTURE DE L'OVAIRE.

Une coupe d'ovaire montre que cet organe est constitué par deux zones — une zone périphérique ou corticale ; une zone centrale ou médullaire. La couche corticale est tapissée par un épithélium germinatif et renferme les follicules de Graaf à tous les stades de leur développement. Chacun de ces follicules contient un œuf ou ovule destiné à être pondu à chaque période menstruelle.

Le premier œuf est expulsé au moment de l'établissement de la puberté, c'est-à-dire au moment de l'instauration menstruelle. Un follicule de Graaf s'accroît alors rapidement, se rapproche de la périphérie de l'ovaire, se distend par accumulation de liquide à son intérieur, puis se rompt brusquement et rejette au dehors l'œuf mûr qu'il renferme. On donne à ce phénomène les noms d' « ovulation » ou « déhiscence folliculaire ». A partir de ce moment un nouvel œuf sera mûr expulsé toutes les quatre semaines chez la femme, sauf pendant l'état de grossesse.

Immédiatement après la ponte, le follicule rompu présente des transformations profondes. Les cellules folliculeuses non expulsées avec l'ovule augmentent de volume et se transforment en cellules glandulaires ou lutéiniques (Sobotta, van der Stricht ,etc...). Ces cellules finissent par remplir puis par distendre la cavité folliculaire et constituent une masse glandulaire arrondie désignée sous le nom de *corps jaune*. Celui-ci doit son nom au pigment spécial, de coloration ocracée, qui infiltre ses éléments constitutifs et que l'on désigne sous le nom de lutéine.

Le corps jaune qui se constitue aux dépens d'un follicule dont l'œuf n'est pas fécondé atteint son développement maximum huit à dix jours après la ponte. C'est à ce moment qu'apparait le flux menstruel (Fraenkel). Puis il regresse et disparaît rapidement. Le corps jaune qui se développe quand l'œuf est fécondé atteint un volume considérable et continue à s'hypertrophier jusqu'au quatrième mois de la grossesse ; il s'atrophie ensuite peu à peu. Si, au contraire, l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune s'atrophie très rapidement.

Tous les mois un follicule arrive à maturation et le cycle recommence jusqu'à la ménopause.

Longtemps on a cru que la sécrétion interne était due à toute la glande. Cependant de Graaf, Malpighi, Buffon, auraient déjà mis au compte des corps jaunes, une partie de l'activité spéciale de l'ovaire. Podvyssotzky en 1895 est frappé de la ressemblance des cellules lutéiniques avec certains éléments de la couche corticale des capsules surrénales. En 1897, Beard attribue au corps jaune un rôle encore hypothétique ; à leur tour, Prenant (1898), Lebreton (1899), Skrobansky (1901), reprennent la même idée. Enfin trois élèves de Born, Magnus, Cohn et Frænkel orientent leurs recherches vers une sécrétion interne du corps jaune.

CONCLUSIONS AUXQUELLES ARRIVE FRÆNKEL.

1° L'ablation des ovaires, faite quelque temps après la fécondation de l'œuf, arrête la grossesse; donc la grossesse dépend de l'ovaire dont la fonction est de rendre possible la fixation et le développement de l'œuf. Cette fonction est exercée uniquement par le corps jaune dont la destruction aboutit à des effets identiques.

2° L'ablation de l'ovaire, en dehors de la fécondation, amène l'atrophie de l'utérus : donc l'ovaire préside à la nutrition de cet organe. C'est encore le corps jaune qui exerce cette fonction, car la destruction des corps jaunes au thermocautère est suivie des mêmes effets que l'extirpation de toute la glande, jusqu'à ce qu'un nouveau corps jaune apparaisse. Il y a parallélisme étroit entre l'état de nutrition de l'utérus et la phase de l'évolution du corps jaune.

Chez la femme, on a pu observer que la destruction de cet organe (au cours des laparotomies) empêchait la menstruation suivante de se produire : or, la menstruation est bien le signe le plus sûr du bon fonctionnement de l'utérus.

Ces considérations se corroborent du fait que le corps jaune a une structure absolument semblable à celle des autres glandes à sécrétion interne (Lebreton).

Nous pouvons donc conclure avec Frænkel que le corps jaune représente la glande à sécrétion interne de l'ovaire : *Il donne à l'utérus, d'une manière cyclique, une impulsion nutritive grâce à laquelle il s'oppose au retour de celui-ci à l'état infantile et prépare la muqueuse à recevoir l'œuf fécondé.* Si l'œuf est fécondé, le corps jaune persiste plus longtemps et conserve toujours la même fonction qui consiste dans une plus grande nutrition de l'utérus dont la muqueuse enveloppe l'œuf et lui permet de se développer. Si la fécondation ne se produit pas, le corps jaune amène l'hyperhémie de l'utérus, hyperhémie qui va jusqu'à produire la menstruation : il régresse ensuite. *Le corps jaune est donc une petite glande ovarique qui se régénère périodiquement et qui préside à la nutrition de l'utérus depuis la puberté jusqu'à la ménopause.....* ».

Les recherches de Spillmann, Etienne et Demange ont fait attribuer à la sécrétion interne un rôle anti-toxique dont les faits cliniques rapportés par Lebreton, ont fourni la démonstration. Cette même sécrétion tient sous sa dépendance certains caractères de la sexualité féminine et possède, analogue en cela à celle du testicule et de la thyroïde, un rôle des plus importants dans le métabolisme des organes.

Cette notion désormais acquise et qui fait du corps jaune l'organe de la sécrétion interne de l'ovaire, comporte une déduction thérapeutique médicale.

DÉDUCTION THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Jusqu'ici les troubles de l'insuffisance ovarienne ont été traités par l'ovarine, mais avec des succès très inégaux. Jayle dit à ce sujet : « L'opothérapie ovarienne peut être suivie d'un échec complet dans certains cas où elle semblait cependant indiquée, sans qu'il soit possible de donner une bonne explication de cette inefficacité. » Cette explication ne nous échappe plus aujourd'hui. L'opothérapie ovarienne agit par les principes empruntés aux corps jaunes des ovaires qui ont servi aux préparations ; *si l'ovarine n'agit pas d'une façon constante, c'est qu'elle ne contient pas toujours ces principes ou qu'elle en contient trop peu.* Le corps jaune n'a qu'une existence éphémère ; il apparaît tous les mois chez la femme, à des intervalles correspondants chez les animaux, puis il régresse et disparaît : la plus grande partie du temps, l'ovarine n'en renferme que très peu ou pas du tout ; jamais elle n'en contient beaucoup, le corps jaune étant relativement petit si on le compare à la masse de l'ovaire. De sorte qu'il est infiniment préférable de *substituer aux préparations d'ovaires les préparations de corps jaune, dont l'effet sera nécessairement très actif, le plus actif.*.

L'ocréine est un extrait de corps jaune pur : c'est une sorte d'ovarine supérieure, une ovarine débarrassée de la partie inutile de l'ovaire. Nous allons en préciser l'emploi dans tous les cas relevant de l'insuffisance ovarienne, mais auparavant nous voudrions passer rapidement en revue les signes cardinaux de cette insuffisance.

SIGNES DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE OU TROUBLES DÉTERMINÉS PAR L'HYPO-FONCTION OU L'ABSENCE DES CORPS JAUNES.

Ces troubles sont locaux ou généraux. Les premiers sont l'aménorrhée, la dysménorrhée et les métrorrhagies, nous

reviendrons plus loin. Les troubles généraux sont surtout des troubles vaso-moteurs et nerveux : ce sont d'abord des bouffées de chaleur montant au visage ou envahissant même toute la surface des téguments et suivies ou non de véritables crises de sueur ; des modifications du caractère qui devient irritable, des crises de nerfs, de la neurasthénie, des idées noires, un affaiblissement de la mémoire ; des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles ; de fréquentes migraines ; de la dyspnée ; des palpitations ; certaines sensations de défaillance pouvant aller jusqu'à la syncope. L'insomnie est habituelle, ou le sommeil traversé de cauchemars ; on observe une grande asthénie musculaire, des troubles digestifs et une tendance marquée à l'obésité.

Mais ces symptômes empruntent à l'époque de la vie où ils se manifestent et aux circonstances qui les provoquent une physionomie spéciale.

A. Au moment de la puberté.

Un premier follicule arrive à maturation et se rompt ; un premier corps jaune apparaît et, comme conséquence, la menstruation s'établit. Mais, par ce mot de puberté, nous n'entendons pas seulement l'éruption des premières règles, « mais aussi les multiples phénomènes qui le précèdent, l'accompagnent et la suivent et qui marquent la transformation de l'enfant en femme ». (Dalché : « La puberté chez la femme », 1906.)

Ainsi comprise, la puberté englobe toute une période de 5 à 6 ans pendant laquelle la jeune fille est exposée à de nombreux désordres, si bien que cette période mériterait autant et plus que la ménopause la dénomination d'âge critique (Dalché).

« L'établissement des règles, dit Apert, est en corrélation intime avec le développement morphologique des organes correspondants et avec celui de l'organisme dans son entier... » Le développement intellectuel suit en partie le développement organique.... » D'après Marro, « l'accroissement rapide de la taille et du poids qui a lieu à cette époque du développement pubère vient créer une sorte de faiblesse fonctionnelle momentanée dans les organes ; aussi la force de résistance des facultés physiques et morales sa trouve-t-elle temporairement compromise..... »

L'éruption des premières règles se fait rarement de façon inopinée (Dalché) ; elle est ordinairement précédée de leucorrhée périodique, de diarrhée supplémentaire, de douleurs lombaires; et tandis que le corps se transforme et que la menstruation s'amorce, surviennent des bouffées de chaleur, des frissons, des céphalées, des vertiges, des palpitations, des troubles dyspeptiques, de l'acné, des épistaxis, etc.

Les deuxièmes règles peuvent survenir au bout de 28 jours, mais elles peuvent se faire attendre des mois, une année même. La fonction s'installe péniblement et elle trouvera dans l'administration de l'*ocréine* un adjuvant précieux.

Chez certaines jeunes filles, les règles n'apparaissent pas à l'époque habituelle de la crise pubérale (14 ans 1/2 en moyenne en France) ou, après être venues, elles cessent de réapparaître. Ces troubles d'*aménorrhée* s'accompagnent assez souvent de phénomènes chloro-anémiques nerveux, basedowiformes qui paraissent être comme eux sous la dépendance de l'insuffisance ovarienne. Nous emploierons dans tous ces cas l'*ocréine* dont nous devons user d'une façon continue pendant assez longtemps, sans aucun inconvénient pour les malades. Après 15 jours, un mois ou plus du traitement, interrompre une ou deux semaines et reprendre ensuite. Disons en passant, que la même médication sera de mise dans l'aménorrhée accidentelle, survenant à tout âge à la suite du froid, d'une émotion ou d'un traumatisme.

La *dysménorrhée* est très fréquente à la puberté. « Pour certaines jeunes filles, écrit M. Dalché (*loc. cit.*), la venue des règles est un moment qui les oblige à passer quelques jours au lit et à suspendre toute espèce de travail et d'occupation. Elles sortent fatiguées de cette crise à répétition périodique. » A un degré moins violent, c'est seulement « une vive sensibilité pré-menstruelle, des coliques ou un sentiment de contractions pénibles quand le sang coule » (*ibid.*) C'est, sinon le lit, du moins le repos forcé à la maison. Jayle a insisté sur le cas de « ces jeunes filles dont la puberté s'est manifestée de façon tardive, à 16, 17, 18 ans, et qui du premier jour ont toujours été mal réglées. Leurs menstruations irrégulières s'accompagnent, dit-il, d'élancements pelviens, de tranchées, de vomissements.

Tous ces signes de dysménorrhée trahissent des ovaires d'emblée en état d'insuffisance et l'opothérapie par l'*ocréine* longtemps continuée en est le seul traitement rationnel.

Les *métrorrhagies* et surtout les *ménorrhagies* ne sont pas rares à la puberté ; elles relèvent de causes très nombreuses. Quand elles sont sous la dépendance de l'hypoplasie sexuelle, on devra songer à prescrire l'ocréine.

La chlorose éclôt chez les jeunes filles à l'époque de la puberté et traduit souvent l'insuffisance de l'ovaire (chlorose pubérale).

Cette insuffisance amène une perversion dans le métabolisme des organes et, par suite, la chlorose.

La chlorose.

Dans cette affection, en effet, l'insuffisance des échanges est la règle. Or, M. Dalché, à la suite de ses recherches avec Lepinoy et Carteret, en est arrivé à considérer l'extrait d'ovaire comme agent de la médication oxydante et a vu augmenter sous son influence l'azoturie, la phosphaturie et même la chlorurie, très diminuées comme on sait chez les chlorotiques. M. Carnot s'exprime ainsi de son côté : « On peut supposer que les glandes génitales, par leur sécrétion interne, activent les combustions intra-organiques et augmentent le coefficient d'oxydation. » (*Bull. méd.*, 31 mars 1906.)

Ces notions nous commandent de conseiller formellement l'*ocréine* dans le traitement de la chlorose.

Dans des cas de chlorose génitale, M. Dalché a obtenu des résultats tout à fait remarquables, et d'autres auteurs également. Mais il ne faut pas craindre de prolonger la médication qui ne présente du reste aucun danger.

Du côté du système osseux, de grandes modifications surviennent à l'époque de la puberté, amenant l'accroissement de la taille et accentuant le caractère de sexualité. Par suite, le squelette présente à ce moment une très grande susceptibilité et l'on observe fréquemment des douleurs osseuses, des arthralgies, du gonflement articulaire, des hydarthroses, des déviations du rachis (rachitisme tardif).

L'*ocréine* procurera un soulagement à tous ces accidents en s'attaquant à leur cause première, l'hypofonction ovarienne.

La tendance a l'engraissement et même à l'obésité se rencontre chez certaines fillettes mal réglées. On voit par contre leur poids diminuer dès que les règles deviennent régulières. On demandera cette action à l'ocréine : thérapeutique pathogénique.

La dose du médicament chez la jeune fille pubère variera de 0,10 à 0,60 centigr. c'est-à-dire de 1 à 6 pilules par jour ou une injection intra-musculaire de 2 cent. cubes tous les 2 jours.

B. A l'âge adulte.

La castration ovarienne amène la ménopause anticipée ; la cessation brusque des fonctions de l'ovaire porte les troubles à leur maximum. Le tableau clinique répond au tracé que nous avons fait plus haut de l'insuffisance ovarienne ; ces femmes, véritables déséquilibrées du ventre, sont en proie à d'incessants malaises.

Il faut leur prescrire l'*ocréine* sans retard, Frænkel a obtenu en pareils cas avec l'extrait de corps jaune des résultats merveilleux : les bouffées de chaleur, l'oppression, les palpitations disparaissaient. Lebreton relate de même de très rapides succès se traduisant par une disparition complète des symptômes les plus pénibles. Jamais ces auteurs n'ont eu le moindre accident. L'*ocréine* sera donnée à la dose de 3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours par mois, ou 3 ou 4 injections de 2 en 2 jours.

Certaines femmes, bien que n'ayant subi aucune opération, présentent des troubles à peu près semblables. « Ces malades, dit Jayle, forment le grand contingent de femmes que les chirurgiens n'opèrent qu'à regret parce qu'elles ont

peu de lésions, et que les médecins soignent mal parce qu'ils en font de simples nerveuses. Ce sont des femmes qui peuvent présenter beaucoup de tares, mais qui ont tout au moins de l'insuffisance ovarienne contre laquelle on peut agir. »

Le traitement de pareilles malades n'est pas du ressort chirurgical ; c'est l'opothérapie par l'*ocréine* qui seule est rationnelle et qui seule triomphera des accidents. Frænkel a eu là aussi de très belles guérisons.

« Dans le cortège des phénomènes qui accompagnent la dystrophie ovarienne, écrit M. Dalché (*loc. cit.*), on rencontre deux états, l'un qui arrive à simuler un *syndrome de Basedow* atténué ou fruste, l'autre qui prend quelques apparences d'un pseudo-myxœdème. Ces divers phénomènes sont améliorés, sinon guéris, par l'opothérapie ovarienne. »

Il n'y a rien là qui doive nous étonner, aujourd'hui que nous connaissons les rapports existants entre les phénomènes qui accompagnent le goitre exophtalmique et ceux qui accompagnent la menstruation (tachycardie, bouffées de chaleur, crises de sueurs dans les 2 cas, etc.) Les deux glandes, thyroïde et ovaire, sont étroitement solidaires dans leur évolution et leur activité physiologique. Mathieu, Jayle et Van der Linden ont publié des cas de goitre exophtalmique consécutifs à la castration, et l'opothérapie ovarienne a été employée avec un certain succès par Murel, Jayle, Jouin, Delaunay, Seeligmann, Dalché contre la maladie de Basedow vraie.

Contre les syndromes signalés par M. Dalché, l'ocréine amènera de très bons résultats, à la condition de continuer le traitement tant que le nécessitera l'insuffisance ovarienne.

La dose d'*ocréine* à conseiller contre les troubles de l'hypofonction ovarienne chez l'adulte est de 1 à 6 pilules par jour ou une injection intra-musculaire tous les 2 jours jusqu'à disparition des troubles.

C. Pendant la grossesse.

Lebreton, en 1899, a employé le premier l'extrait de corps jaune contre les troubles d'auto-intoxication gravidique.

Les résultats se manifestèrent aussitôt chez ses malades par la cessation brusque des vomissements et l'amendement rapide des autres symptômes ; la guérison complète survient souvent en moins de 15 jours. Lebreton concluait à l'influence presque spécifique du médicament avec innocuité absolue.

Par conséquent, chez la femme enceinte présentant des signes d'insuffisance ovarienne ou des accidents d'auto-intoxication gravidique, nous devons prescrire l'ocréine à la dose de 1 à 6 pilules par jour.

D. A la ménopause.

Les transformations que subit l'organisme à cette époque (âge critique) sont dues à la disparition de la sécrétion interne de l'ovaire : les corps jaunes cessent d'apparaître.

Les troubles seront d'autant plus accentués que la disparition sera plus brusque ; nous n'en reprendrons pas l'énumération, depuis les bouffées de chaleur jusqu'à la tendance à l'embonpoint.

« Aux environs de la cinquantaine, s'installe très souvent l'obésité tardive de la femme, en même temps que les signes de l'insuffisance ovarienne. » (Carnot.)

Frænkel a publié des observations très probantes au sujet de l'efficacité de l'opothérapie ovarienne à la ménopause, Carnot dit avoir obtenu des résultats remarquables.

L'*ocréine* sera administrée à la dose de 1 à 6 pilules par jour, ou tous les deux jours une injection intra-musculaire. La médication sera continuée jusqu'à l'entière disparition des troubles et les doses seront progressivement diminuées pour arriver peu à peu à la cessation complète du traitement.

A côté des accidents habituels de la ménopause, nous voudrions enfin appeler l'attention sur la fréquence du RHUMATISME CHRONIQUE OSSEUX à cette période de l'existence. Très souvent cette affection débute vers l'âge critique au moment de la défaillance des fonctions ovariennes ; elle se présente le plus souvent sous le type de rhumatisme noueux aux pieds et aux mains ; les genoux et les poignets se prennent souvent aussi. En même temps se développe l'artério-sclérose, et M. Huchard attribue ce développement à la ménopause même, l'ovaire cessant son rôle de glande hypotensive.

En dehors de la ménopause, au cours de la vie sexuelle, on a du reste signalé depuis longtemps la fréquence des accidents génitaux chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique.

Partant de cette idée que la cause générale de cette affection pouvait résider dans un trouble de la sécrétion interne de l'ovaire, M. Dalché a employé l'opothérapie ovarienne chez des malades souffrant de rhumatisme chronique osseux, et il en a obtenu des résultats très encourageants, d'autant plus nets que les malades étaient plus jeunes. Contre le rhumatisme déformant, il conseille de continuer le traitement pendant des semaines et des mois entiers : « On obtient non la guérison, dit-il, mais un sérieux amendement. »

C'est une nouvelle indication de l'*ocréine* qui retrouvera dans ce cas l'influence spécifique qu'elle possède sur tous les accidents de l'insuffisance ovarienne.

E. Obésité génitale.

Chez la femme, l'influence de la vie sexuelle sur le développement de l'obésité est considérable. D'après Kisch, chez 215 femmes obèses, on trouve 28 fois des anomalies menstruelles.

Un premier type d'obésité génitale constaté chez la femme est l'*obésité de la puberté*. Souvent des jeunes filles anémiques engraissent considérablement au moment de la puberté.

Un autre type d'obésité génitale constaté chez la femme, *obésité post-nuptiale*, survient aussitôt après le mariage : peut-être l'hyperfonctionnement génital en provoque-t-il l'épuisement ; peut-être le mariage, par suite d'infections utéro-ovariennes consécutives, provoque-t-il une insuffisance ovarienne fonctionnelle ?

Un type d'obésité, beaucoup plus fréquent chez la femme est l'*obésité maternelle* : très fréquemment, dès les premiers mois de la grossesse, les femmes enceintes augmentent de poids, épaississent leur derme et font, un peu partout, dans le foie notamment, des réserves adipeuses considérables ; elles peuvent rétrocéder après la grossesse ou devenir le point de départ d'une obésité qui progresse après la gestation et surtout après l'allaitement.

Enfin, un autre type bien connu d'obésité chez la femme, est l'*obésité de la ménopause* : très fréquemment, en effet, c'est aux environs de la quarantaine et coïncidant avec la diminution, puis la cessation de l'activité ovarienne que s'installe l'obésité tardive de la femme ; très souvent les femmes se plaignent, à la fois de bouffées de chaleur, de suffocation, de crises de congestion et d'une augmentation sensible de leurs dimensions.

L'*obésité des ovariotomisées* se développe, de même, assez rapidement avec les principaux troubles de l'insuffisance ovarienne et peut atteindre, d'une façon précoce et rapide, une intensité très démonstrative.

Quel que soit le mécanisme, probablement assez complexe de ces différents faits, on peut en conclure à une relation nette entre l'obésité et l'activité génitale.

Au point de vue thérapeutique, nous avons plusieurs fois pratiqué, dans ces variétés d'obésité, une médication pathogénique, en ayant recours à l'opothérapie ovarienne : ce traitement nous a paru donner de remarquables résultats. »

(Paul Carnot, *Bull. Méd.* 31 avril 1906.)

LA VIANDE DE CONSERVE. — Le docteur Roux, de l'Institut Pasteur, a trouvé un procédé qui, au moyen d'injections pratiquées au moment de l'abatage, permet de conserver la viande, sans modification dans son apparence, pendant une assez longue durée. Le ministre de la guerre vient de donner des ordres pour que la méthode du docteur Roux soit expérimentée sur d'assez grandes quantités de viande et dans des conditions se rapprochant le plus possible de la réalité du temps de guerre. En conséquence, on va procéder, à Paris, à l'abatage d'un certain nombre d'animaux qui, après avoir subi les manipulations préconisées, seront distribués dans différents corps d'armée, au bout d'un temps et après un transport déterminés, après avoir, au préalable, subi une inspection sanitaire des plus minutieuses.

VARIA

—

Magistrature et Secret professionnel.

La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux vient de voter dans sa séance du 1er juin l'ordre du jour suivant : « La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, après avoir pris connaissance des incidents survenus dans une affaire récente devant la cour d'assises de Bordeaux relativement au secret professionnel, déclare qu'elle approuve l'attitude prise par MM. les Drs Rondot, Chambrelent, Villar, Emile Bitot et Guérin, appelés en témoignage.

« Elle les félicite d'avoir observé dans son intégralité le secret professionnel et rend hommage à leur parfaite honorabilité. »

Nous ne saurions trop féliciter la Société de médecine et de Chirurgie de Bordeaux de son ordre du jour, après la surprenante attitude des magistrats de Bordeaux, qui, lors d'un récent procès criminel, ont reproché en termes plus que regrettables à des médecins de respecter un secret que la loi leur impose.

J. Noir.

Corps thyroïde et faim.

Sur une centaine de malades soumis à la médication thyroïdienne, MM. Leopold Levi et H. de Rothschild ont expressément noté, dans 21 observations, l'augmentation de la faim et de la sensation de la faim.

La faim augmente, en général, dès le début de la médication. Elle est souvent proportionnelle à l'ingestion de la substance active. Elle diminue ou persiste pendant les intervalles de l'opothérapie. Après la suppression prolongée du traitement, l'amélioration reste durable ou l'état habituel de la faim a tendance à se reproduire.

En même temps que la faim s'accroît, on voit l'appétit naître ou renaître et ses caprices se régler.

En rapprochant l'influence sur la faim de l'ingestion du corps thyroïde de l'état de la faim observé au cours du goitre exophtalmique, du myxœdème, de l'hypothyroïdie bénigne, des diverses phases thyroïdiennes de la grossesse, on peut conclure que le corps thyroïde est physiologiquement régulateur de la faim et qu'il existe une anorexie hypothyroïdienne nécessitant un traitement nettement approprié. (*Gaz. des hôpitaux*, 5 et 7 juin.)

LES CONGRÈS

Congrès d'Hygiène Sociale.

(Nancy, 22-24 juin 1906).

Nous rappelons que l'*Alliance d'Hygiène Sociale* organise à Nancy, du 22 au 24 juin 1906, son troisième congrès régional sous la présidence de M. Casimir-Périer. (Voir le programme dans le *Progrès Médical*, du 9 juin 1906, page 365.)

FORMULES

—

XLVI. — Contre les éphélides.

Axonge	5 grammes.
Vaseline	10 —
Peroxyde d'hydrogène	20 —
Bichlorure de mercure	0 gr. 05.
Oxychlorure de bismuth	0 — 50.

En applications. Unna.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 20 juin.* — *M. Behurel* : Les fistules biliaires et leur traitement par l'entérostomie biliaire (MM. Terrier, Segond, Mauclaire, Gosset). — *M. Cholet* : Néoplasmes latents du gros intestin, leur rôle dans les obstructions intestinales (MM. Segond, Terrier, Mauclaire, Gosset). — *M. Filassier* : L'uncinariose devant l'hygiène sociale (MM. Blanchard, Brissaud, Gaucher, Claude). — *M. Taguet* : La gastro-succorhée d'origine nerveuse (MM. Brissaud, Blanchard, Gaucher, Claude). — *M. Gorisse* : Guérison des nævi vasculaires par ulcération spontanée (MM. Gaucher, Blanchard, Brissaud, Claude).

Jeudi, 21 juin. — *M Cibrie* : « Des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes légers dans les accidents du travail » (MM. Debove, Dieulafoy, Berger, Auvray. — *M. De Laire* : Variations de la formule hématique sous l'action des ferments métalliques (MM. Dieulafoy, Debove, Berger, Auvray). — *M. Druais* : De l'embolie pulmonaire dans l'appendicite (MM. Berger, Debove, Dieulafoy, Auvray). — *M. Poitevin* : De l'avenir des hystéro-traumatisés (MM. Pouchet, Joffroy, Dupré, Jeanselme). — *M. Lévy* : Les délires de zoopathies internes (MM. Joffroy, Pouchet, Dupré, Jeanselme). — *M. Rey* : Considérations sur l'hygiène du travail à domicile (MM. Chantemesse, Gilbert, Langlois, Carnot). — *M. Oudiette* : Critique des moyens galactogènes et en particulier de l'extrait de graines de cotonnier (MM. Gilbert, Chantemesse, Langlois, Carnot.

Examens de doctorat. — *Lundi, 18 juin.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Duval (Pierre). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel Dieu) : MM. Segond, Legueu, Rieffel. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Reclus, Tuffier, Mauclaire. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Déjerine, Teissier, Labbé (Marcel).

Mardi, 19 juin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, De Lapersonne, Rieffel. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Thiéry, Morestin. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Berger, Poirier, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Retterer, Hartmann. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Renon, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Bar.

Mercredi, 20 juin. — 1er (1re série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Reclus, Cunéo, Rieffel. — 1er (2e série, Oral, Salle Velpeau) : MM. Delens, Macaigne, Pierre Duval. — (2e (1re série, Salle Charcot) : MM. Gautier, Roger, Branca. — 2e (2e série, Salle Richet) : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e (1re partie, Oral, Salle Vulpian) : MM. Sébileau, Legueu, Lepage. — 3e (2e partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Déjerine, Teissier, Legry. — 4e (1re série, Salle Thouret) : MM. Pouchet, Desgrez, Richaud. — 4e (2e série, Salle Pasteur) : MM. Landouzy, Gley, Balthazard. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Jeudi, 21 juin. — 1er (1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Cornil, Thiéry, Marion. — 1er (2e série, Oral, Salle Béclard) : MM. De Lapersonne, Rieffel, Guiart. — 1er (3e série, Oral, Salle Broussais) : MM. Poirier, Launois, Morestin. — 3e (1re partie, Oral, Salle Richet) : MM. Pozzi, Retterer, Demelin. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Charcot) : MM. Raymond, Thiroloix, Méry. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Hutinel, Gouget, Bezançon. — 4e (Salle Vulpian) : MM. Robin, G. Ballet, Gley.

Vendredi, 22 juin. — 1er (Oral, Salle Vulpian) : MM. Segond, Cunéo, Rieffel. — 3e 1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Terrier, Retterer, Lepage. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Broussais) : MM. Joffroy, Teissier, Marcel Labbé. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Charcot). — MM. Blanchard, Claude, Balthazard. — 3e (2e partie, 3e série, Oral, Salle Richet) : MM. Brissaud, Legry, Macaigne. — 4e (1re série, Salle Thouret) : MM. Pouchet, Gaucher, Richaud. — 4e (2e série, Salle Pasteur) : MM. Landouzy, Déjerine, Gley. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Reclus, Legueu, Gosset. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi, 23 juin. — 3e (2e partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Chantemesse, Thiroloix, Vaquez. — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Broussais) : MM. Gilbert, Guiart, Carnot. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Achard, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Hutinel, Méry, Jeanselme. — 5e (3e partie, 3e série, Beaujon) : Robin, Troisier, Besançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Bar, Demelin.

Demande d'emploi. — M. Wihtol (Albert-Eugène) est à la disposition de MM. les médecins et pharmaciens pour traductions d'allemand d'espagnol et de portugais. Bonnes références.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — M. le Dr Trouillet, médecin des enfants du premier âge, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr Bérillon commandeur du Nicham. — Au cours de l'assemblée de la Société : l'*Assistance aux animaux*, M. S. Pichon, résident général de Tunisie, a remis à M. le Dr Bérillon, président de la société, la Croix de commandeur du Nicham.

Mérite agricole. — Notre ami, M. Lauc, a été nommé officier, à la séance solennelle de la Société des Conférences Républicaines, pour ses conférences sur l'hygiène.

Inspection des services sanitaires. — Par décret du président de la République française en date du 5 juin 1906, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur : M. Bluzet, inspecteur général adjoint des services sanitaires, est nommé inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, en remplacement de M. Pluchart, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

Inspection des écoles de Paris. — M. le Dr Dubreuil est nommé médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement en remplacement de M. Miquel, décédé.

Le typhus a Bone. — Le *Temps* annonce que plusieurs cas de typhus se sont déclarés à la prison civile de Bône, où cette maladie a déjà fait trois victimes. La commission d'hygiène a aussitot ordonné l'évacuation immédiate des sujets contaminés, au nombre de quatorze, à l'hôpital civil, où ils se sont isolés.

La colonie pénitentiaire tout entière a été dirigée sur le lazaret les prisonniers campent sous des tentes entourées d'un cordon de tirailleurs. L'état sanitaire de la ville de Bône continue à être excellent, aucun cas même suspect ne s'étant produit hors de la prison.

Institut général psychologique. — Le Pr François-Franck, membre de l'Académie de médecine, a fait pour l'Institut général psychologique, vendredi 15 juin, à l'ancienne salle de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, une conférence « sur quelques expressions des émotions chez l'homme et chez les animaux » (avec projections).

Les vaccins antituberculeux. — La *New-York Press* annonce que le Dr Pearson de l'Université de Pensylvanie à Philadelphie a découvert un procédé de prophylaxie de la tuberculose chez les animaux. D'autre part, à l'Académie des Sciences, M. le Dr Calmette, de Lille, annonce qu'il a obtenu la vaccination de jeunes animaux contre la tuberculose par l'ingestion régulière de bacilles tuberculeux virulents ou à virulence atténuée.

Nouvel hopital militaire a Chalons-sur-Marne. — On achève actuellement, de façon qu'ils soient complètement en état pour l'année prochaine, les nouvelles casernes et le nouvel hôpital militaire de Châlons-sur-Marne. Ces constructions ont été élevées suivant les règlements les plus modernes de l'hygiène et du confort ; les angles de toutes les pièces sont arrondis pour éviter l'accumulation de la poussière ; les pavages sont de bitume comprimé imperméable ; le chauffage sera à la vapeur et tous les mouvements s'exécuteront par l'intérieur. Plusieurs salles de bain ont été installées. Le nouvel hôpital comprend trois pavillons pour les blessés, les fiévreux et les contagieux : en tout 150 lits.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr R. Duteil, médecin aide-major, ex-interne des hôpitaux de Lyon ; MM. les docteurs Vernet (de Pignans) ; Fançois Boccard, de Thonon ; François Bachelet (de Toulon) ; Habran, ancien chirurgien des hôpitaux de Reims ; Lucien Blache, ancien maire de Privas.

Chronique des hôpitaux.

Création de crèches dans les hopitaux. — On annonce que l'Assistance publique, sur la demande de nombreux médecins, vient de créer à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hospice d'Ivry, deux crèches pour les nourrissons des infirmières de ces établissements. Cette création, faisant suite à celle des garderies d'enfants annexées à certaines grandes usines, ne pourra que contribuer à l'extension de l'allaitement maternel et, par suite, à la diminution de la mortalité infantile. On ne peut donc que l'approuver pleinement.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite* : Question donnée le 12 juin : Péricarde. Plaies du cœur.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve écrite* : Sinus maxillaire et sinusites maxillaires.

Concours pour la nomination a la place d'assistant titulaire et a la place d'assistant-adjoint du service civiale (voies urinaires) de l'hopital Lariboisière. — Ce concours sera ouvert le vendredi 4 juillet 1906, à midi dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. — Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale (service du personnel), de midi à trois heures, du mardi 5 juin 1906 au lundi 18 du même mois inclusivement.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 25 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 23 JUIN 1906

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

Chirurgie du phimosis ; (*suite*)

Par le Pr **L. LONGUET** (de Rouen). (1)

Amputation après fixation préalable.

A. En un temps. *Procédé de Lisfranc.* — Pendant que le limbe rétréci est tiré en avant par un aide, l'opérateur saisit avec une pince à anneau le fourreau préputial le plus près possible du gland. En avant de cette pince, on sectionne au bistouri, ou aux ciseaux forts de Dubois (Chauvin), ou au rasoir (Godard, Baudens) tout ce qui dépasse. Cette technique simpliste a le gros inconvénient de laisser un phimosis muqueux qui nécessite le plus souvent une excision supplémentaire de retouche. D'où l'éclosion d'un grand nombre de modifications à l'opération de Lisfranc, par pincement préalable à l'aide de pinces spéciales, fenêtrées ou non ; de tiges adductrices à crochets, de posthétomes sécateurs « à guillotine »..Ricord, le premier, inventa une pince fenêtrée, que ses imitateurs compliquèrent à l'excès : chacun eut son ou ses instruments spéciaux pour l'opération du phimosis. Mais aucun de ces posthétomes ne survécut à son inventeur. Rappelons seulement la technique de Ricord (1840).

Tracez d'abord à l'encre la ligne extérieure de section, puis à l'aide d'une longue aiguille plate garnie de fil qui pénètre dans la cavité du prépuce vers la peau, passez un fil à la hauteur de la ligne tracée. Les rapports cutanéo-muqueux ainsi assurés, saisissez obliquement le prépuce dans une longue *pince fenêtrée* dont la rainure sert à introduire des aiguilles munies de fils usuels ou métalliques au travers des deux parois pincées de la pince. Coupez ces fils dans leur milieu. Sectionnez tout ce qui dépasse de prépuce en avant de la pince. Enfin suturez à l'aide des fils coupés. Toutefois à partir de 1851, la suture fut très généralement supplantée par l'application de *serre-fines* imaginées par Vidal de Cassis. Telle est la technique dont s'inspirèrent évidemment, tout ou la compliquant sous prétexte de la simplifier, les chirurgiens dont les noms suivent : Vidal (de Cassis) 1845 (1), Corbin 1849 (2), Thibault (3) Dolbeau (4), Piquantin (5), Nélaton et Surmay (de Ham) 6, Borelli et Fleming 1852 (7) Bonnafont 1856 (8), Verneuil (9), Panas 1867 (10), Chauvin (11), Martin

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 23, 9 juin 1906.

(1) VIDAL (de Cassis) 1re manière : Suivant le tracé à l'encre de Ricord, passez des points de suture, sectionnez en avant du fil sans pince spéciale. — 2me manière : Ne mettre que les aiguilles avant la section, coupez, suturez à l'aide de fils enfilés dans chaque aiguille.— 3me manière : suivant la ligne d'amputation, placez une *pince* à pression continue de l'auteur, garnie des pointes acérées, sur sa face interne. Sectionnez en arrière de cette pince qui maintient la peau et la muqueuse au même niveau. Faites la section en arrière de la pince afin de ne pas faire porter les serre-fines sur les parties traversées déjà par des pointes, et par suite plus susceptibles de s'enflammer. Réunissez par les *serre-fines* de l'auteur.

(2) CORBIN 1849. — On fixe la muqueuse à l'aide d'une *tige* d'où s'échappent des crochets.

(3) THIBAULT.— Pince de l'auteur analogue au dilatateur de Trousseau pour la trachéotomie.

(4) DOLBEAU.— Introduire 2 pinces à dents de souris de chaque côté du gland et avec elles saisir, près de la couronne, la peau et la muqueuse qu'on attire en avant.—En arrière de ces deux pinces, appliquez obliquement en bas et en avant une pince à pansement ordinaire. — Sectionnez en avant de celle-ci.

(5) PIQUANTIN : Le 1er temps s'exécute à l'aide de 2 lames mousses se rapprochant l'une de l'autre par un pas de vis, fixant la muqueuse. Dès que la striction de celle-ci est complète, sectionnez l'excès de prépuce au moyen d'une lame tranchante triangulaire, mue par la détente d'un ressort à boudin.

(6) NELATON et SURMAY (de Ham).— *Dilatateur*-fixateur de l'auteur analogue au dilatateur de Trousseau pour la trachéotomie.

(7) BORELLI et FLEMING : Leur instrument est une *tige* d'acier avec manche, terminée par 4 crochets à pointes aiguës et à direction oblique. Les rapports des sections cutanée et muqueuse sont si exacts que toute suture serait inutile.

(8) BONNAFONT. — *Pince* spéciale de l'auteur.

(9) VERNEUIL. — Se servait d'une simple pince à pansement.

(10) PANAS.— Placez suivant la ligne opératoire, une *pince de l'auteur à pression continue*, dont la branche inférieure est mousse et mince, tandis que la supérieure, de même force et même longueur, est munie d'une griffe terminale qui permet de traverser au même niveau peau et muqueuse. On introduit la branche mousse en ayant soin de la pousser jusqu'au cul-de-sac préputial ; puis on la retire de 1 cm. On la confie à un aide après l'avoir fixée au moyen d'une vis qui implante la pointe dans ce prépuce. L'opérateur se sert alors d'une pince spéciale composée de 4 tiges parallèles qui laissent dans leur intervalle 2 rainures perpendiculaires l'une à l'autre. Il saisit le prépuce en arrière du point primitivement pincé, et le maintient dans les branches de la 2e pince dont la direction est oblique et parallèle à la couronne du gland. — Excisez par un bistouri passant comme une petite guillotine dans la rainure perpendiculaire à celle qui occupe le prépuce et tran-

1870 (12), Tripier (13), Maurel (14), B. Anger 1876 (15), L. Lefort (16), Thierry 1891 (17), Fontaine-Atgier 1892 (18), Greco (de Naples) 1892 (19), Suarez de Mendoza 1899 (20), Pousson 1899 (12). Les pinces spécial[es] répondant point toujours à leur but ; on leur ad[...] en général quatre à cinq autres pinces de modèle [...] rant. Et par surcroît, quelques opérateurs consid[...] comme utile de ligaturer temporairement la verge [...] base par un lien de caoutchouc à titre d'hémost[...] préventive en vue de complications hémorragi[ques] possibles pendant la section (22).

B. En quatre temps : *Procédé de Horteloup* 18[..]. Il comprend :

Ire *Temps* : *Excision* du prépuce obliquement p[...] dans un instrument en forme de compas. Ceci fait, [le] phimosis muqueux persiste comme dans le Lisfra[nc].

IIe *Temps* : *Section médiane* dorsale aux ciseaux [...] ce phimosis muqueux.

IIIe *Temps* : *Excision* au bistouri du lambeau m[u]queux droit, pincé dans un instrument spécial an[a...]

---

chant d'un seul trait et à la même hauteur tous les tissus qu'il rencontre. Réunissez par serre-fines ou fils métalliques. Dans ce cas, la 2e pince est modifiée légèrement et présente une fenêtre de plus, au-dessous de celle que parcourt le bistouri, de manière que la suture puisse être préparée à l'avance, avant la division des tissus.

(11) CHAUVIN. — L'*instrument* de l'auteur consiste dans 2 poignées terminées par des anneaux mobiles à l'aide d'un système de charnière, écartant ou rapprochant sur la pression des doigts 4 tiges armées de griffes. Au centre de l'instrument glisse un mandrin dont l'extrémité soutient un repoussoir concave, monté sur une éclisse de bois. Celle-ci est destinée à repousser le gland pendant que le prépuce est attiré à l'extérieur.

(12) MARTIN. — *Instrument* dit adducteur de la muqueuse rappelant celui de Corbin-Fleming, composé de 3 branches divergentes susceptibles de s'écarter par l'action d'un bouton à pas de vis et terminées à leur extrémité libre par 3 petits crochets dont la pointe regarde en dehors. On implante les crochets dans la muqueuse qu'ils ramènent en avant, pendant qu'un aide tire en arrière la peau de la verge. On applique ensuite en arrière des crochets et en avant du gland une *pince* à pression continue du genre de celle de Vidal (de Cassis).

(13) TRIPIER. — *Pince* spéciale garnie intérieurement de pointes comme celles de Vidal, et section à l'aide d'une branche de ciseaux se mouvant horizontalement et à frottement au dessus de la pince.

(14) MAUREL. — *Pince* spéciale courbe destinée à saisir la peau et la muqueuse. La courbure est de 3 cm. de rayon. Les branches présentent une légère courbure sur le plat de manière à les écarter un peu et à uniformiser la pression qu'elles exercent. Au moment de l'emploi, un aide tend l'ouverture du prépuce avec 2 pinces appliquées l'une près du frein, l'autre sur la partie supérieure du limbe ; puis la pince courbe est placée sur la peau soulevée au dos, d'un seul coup de ciseaux en suivant le bord convexe de la pince.

(15) B. ANGER. — Prendre le prépuce en haut et en bas par 2 *pinces à coulant*, à une hauteur plus grande en haut qu'en bas. Lier le prépuce en arrière de ces pinces avec un fil ciré. — Sectionner sans opérer de traction, au niveau de l'extrémité des pinces, en avant de la ligature, la peau et la muqueuse à peu près au même niveau, d'un seul coup, tout ce qui dépasse la ligature. Terminez par serre-fines.

(16) LEFORT introduit par l'orifice préputial une des branches d'une pince à griffes afin de saisir en même temps peau et muqueuse. Il place en arrière une pince spéciale à 2 branches parallèles creusées d'une rainure à jour pour y passer le bistouri. Les 2 branches n'ont pas même épaisseur ; celle qui répond au gland est lisse et moins épaisse. Suturez avec des fils métalliques.

(17) THIERRY : L'auteur se sert d'un *clamp*, mais au lieu de le placer obliquement en bas et en avant, il le place verticalement ou même obliquement en bas et en arrière, afin de ne point enlever trop de prépuce sur le dôme de la verge. Or, d'après Trekaki, cette technique a l'inconvénient d'intéresser l'artère du frein, ce qui s'est produit 10 fois sur 30 dans la pratique de Trekaki, et en outre il en résulterait plus tard une gêne de l'érection par suppression du filet.

(18) FONTAINE-ALGIER. — *Pince* spéciale.

(19) GRECO. — Instrument spécial dit *Posthiorrapton*, permettant de suturer le prépuce en 1 temps avant son ablation, et d'éviter l'hémorragie. C'est une tige métallique, longue comme une sonde de femme, de grosseur variable suivant les nécessités, à extrémité ovalaire pour se bien adapter au sillon glando-préputial, munie d'une ouverture parallèle à l'axe, au fond de laquelle se cachent 4 lamelles métalliques fixes, solides, qui articulées 2 à 2, mobiles entre elles, sont disposées de manière que celles de droite sont séparées de celles de gauche par quelque millim. Les 2 petites lamelles antérieures sont fixées par leur extrémité en avant au corps de l'instrument. Les 2 lamelles postérieures sont attachées à un cylindre placé dans la tige et qui est terminé par un disque extérieur. Ce disque est doué de mouvements antéro-postérieurs et vice versa, mais sans pointe, et on coupe le prépuce en avant de la peau. Terminez par l'application de serre-fines. Quand on pousse le disque d'arrière en avant, les lamelles métalliques sortent par l'ouverture de l'instrument et forment 2 triangles mousses séparés par un espace de quelques mm. A travers ceux-ci peut passer une aiguille de chirurgie spéciale qui sort par l'extrémité des triangles, quand on retire l'instrument en faisant rentrer les lamelles dans l'intérieur de la tige et en tirant le disque du cylindre d'avant en arrière. *Technique* : Introduire le posthiorrapton par l'orifice du prépuce. S'il y a résistance, faire une petite incision, fixer l'extrémité de l'instrument à la naissance du p[ré]puce, parallèle à l'axe naturel du pénis, plus ou moins avant [sui]vant l'endroit où l'on veut faire la suture et la longueur du [pré]puce qu'on veut enlever. On tient l'instrument de la main gau[che] et on pousse le disque d'arrière en avant avec la main droite. [A] ce moment, la région cutanée du prépuce correspond à [l'ou]verture de l'instrument et vient en face d'un triangle pour [être] traversée d'arrière en avant et *vice versa* par l'aiguille portant [le] fil. Même manœuvre pour le point suivant et ainsi de suite jus[qu'à] la suture complète. On passe à la circoncision. Pour cela on fait [une] incision longitudinale au dessus de chaque point et l'on arrête [à 1] ou 2 mm. ; puis on enlève les lèvres ainsi coupées par une inci[sion] transversale, en prenant garde de n'intéresser aucun des points [de] suture. L'instrument ne peut servir quand il y a adhérence [ou] œdème du prépuce.

(20) SUAREZ DE MENDOZA remplace les pinces fenêtrées par une p[ince] à pression *fenêtrée élastique*, comme les pinces à hystérect[omie] vaginale (2 modèles, l'un pour les adultes, l'autre pour les [en]fants). La fenêtre sert non pour guider le bistouri, mais pour li[vrer] passage aux fils de suture qu'on place d'avance. Cette pince a [l'a]vantage de comprimer régulièrement le prépuce, qui restait [...] en avant, avec les pinces à phimosis non élastiques. — Placez [une] pince à forcipressure à chacune des extrémités du diamètre vert[ical] de l'orifice préputial, exactement à l'endroit où la peau en se rep[liant] prend les caractères de la muqueuse. — Tendez modérément [la] peau en arrière, en tirant en même temps sur les pinces. — In[tro]duisez de champ une pince de Kocher entre le gland et le pr[épuce] jusqu'à 1 cm. de la couronne du gland ; redressez-la et ferme[z-la]. Le glissement est alors impossible. Cette pince se trouve à l'[ex]trémité du diamètre vertical ; — une autre pince de Kocher est [pla]cée à l'extrémité inférieure du diamètre vertical. Ceci fait, [on] peut enlever les pinces à forcipressure devenues inutiles. Confiez [les] pinces de Kocher à un aide pendant que le chirurgien pousse [le] gland en arrière, place en la serrant modérément, la pince fenê[trée] en arrière de l'extrémité des précédentes. —Placez ces fils ent[re] à travers cette pince en ayant soin que les fils supérieur et [infé]rieur soient doubles et à 3 mm. du bord — coupez le prépuce [en] rasant avec un bistouri le bord antérieur de la pince. — Suturez [les] 2 chefs du fil supérieur et inférieur ; l'un servant à nouer l'ar[tère] dorsale, l'autre l'artère du frein.

(21) POUSSON. — Introduire (après hémostase préventive de la verge avec un drain de caoutchouc), à 3, 4 mm. du fond de la [rai]nure balano-préputiale, 2 pinces à forci-pressure, l'une à la [face] dorsale, l'autre à la face ventrale de la verge, de façon qu'un [mors] de chaque pince se trouve à la surface muqueuse, tandis [que] l'autre est appliqué sur la surface cutanée ; cela pour [évi]ter tout glissement ; — tirer sur les 2 pinces, en repoussant [le] gland en arrière, puis on saisit le prépuce au-dessous du mors [des] pinces fenêtrées, entre les 2 branches d'un *clamp fenêtré de R[...]* disposé parallèlement au bourrelet balanique. — Passer derrière [cet] instrument 8 à 12 crins de Florence, à travers le prépuce a[...] qu'on sectionne au moyen d'un bistouri introduit dans la fenêtre [de] la pince. On se trouve alors en présence du gland dénudé sur [le]quel reposent les fils. On les coupe au milieu pour procéder [aus]tôt à la suture. Si le frein a été coupé, on suture avec s[oin la] partie de substance triangulaire résultant de cette section.

(22) VERNEUIL appliqua ici cette pratique de la ligature élas[tique] inspirée de la méthode d'Esmarck. Une sonde en caoutchouc rouge serrée à la base du pénis sert à cette manœuvre. Pousson [a] adopté cette manière de faire.

...ue aux blépharostats et coinçant la muqueuse et la peau déjà sectionnée) sur un même niveau.

IVe *Temps* : *Excision* du lambeau muqueux gauche, de la même manière après pincement dans un deuxième instrument semblable à celui de droite.

Terminer par application de serre-fines. Nous retrouvons ces 4 temps simplifiés dans la pratique de Duplay et Monod : I° *Excision* oblique du prépuce en arrière d'une pince de Kocher.— II° *Fente* dorsale du phimosis muqueux. — III° Excision sans pincement préalable du lambeau muqueux droit. — IV° *Excision* analogue du lambeau gauche. — Terminer par suture au catgut fin ou au crin de Florence. Enfin *Guillery*, 1892 procède un peu différemment en : I° *excisant* le prépuce exubérant au-devant d'une pince spéciale ; II° *débridant* le phimosis muqueux par 4 incisions antéro-postérieures jusqu'à la rainure glando-préputiale ; III° puis en suturant les 4 lambeaux muqueux ainsi libérés et ectropionnés au rebord de la tranche cutanée. Pour permettre au lambeau correspondant au frein de se rabattre aussi, on pratique avec des ciseaux courbes 2 incisions en V qui se réunissent par leurs bases, afin d'enlever au repli un fragment en forme de losange.

Procédés opératoires de la 3e méthode.

(*Posthectomie muqueuse subtotale*)

(DIEFFENBACH, *1837*).

Les procédés de cette méthode diffèrent tous des précédents en ce que la muqueuse est seule supprimée, plus ou moins largement. Dieffenbach a, le premier, constaté que l'ablation de la muqueuse suffit. Dans le symphysis ou le phimosis adhérent, il s'en tint à l'ablation de ce seul feuillet préputial.

Plus tard, Langenbeck excisa la muqueuse sous forme d'une série de petits losanges longitudinaux juxtaposés jusqu'à découverte possible du gland. Mais sa technique donna des récidives par cicatrisation rétractile des plaies endo-préputiales.

Amputation muqueuse à main levée.

Procédé de Brault (1896) son manuel opératoire consiste en :

Ier *Temps*: *Excision* circonférencielle oblique du limbe préputial seulement.

IIe *Temps*: *Fente* dorsale de la muqueuse jusqu'à la couronne du gland.

IIIe *Temps* : *Excision* de la presque totalité du lambeau muqueux droit.

IVe *Temps* : *Excision* de la presque totalité du lambeau muqueux gauche, en ne conservant de la muqueuse que juste ce qu'il faut pour passer les sutures. De la sorte la peau réinvaginée fait fonction de muqueuse ; elle prend elle-même bientôt, au moins superficiellement, l'aspect de la muqueuse. Enfin la cicatrice est reportée à la base du gland, au fond du sillon balano-préputial, où elle se cache invisible. Telle est, à quelque détail près, la technique également adoptée par Reynaud 1898 ; Loumeau 1898 ; Blanc 1904 :

Amputation muqueuse après fixation préalable.

Procédé de Ridreau 1859 : Le prepuce étant bien tendu, introduire dans sa cavité une petite tige cylindro-conique en bois sur laquelle on fait :

Ier *Temps* : Une *incision* circulaire de la peau à 1 millim. seulement du limbe. La collerette muqueuse détachée, est toujours maintenue en contact avec la tige, par 3 épingles piquées perpendiculairement ; et le tout est extériorisé par traction.

IIe *Temps* : Une deuxième *incision* circulaire de la muqueuse est faite sur cet étui muqueux, de manière à enlever tout ce qu'il faut de muqueuse pour donner libre jeu au gland. — On termine en réunissant les deux lèvres de section par suture ou serre-fines.

Plus récemment, *Guiard* (1897) arrive au même résultat et plus simplement sans tige cylindro-conique. Il applique sur les lèvres sectionnées, des serre-fines d'un modèle spécial, véritable suture métallique facilement amovible, dont on facilite la mise en place par des fils suspenseurs passés aux 4 points cardinaux de la ligne de section, traversant peau et muqueuse très près du bord cruenté (1).

Mode de pansement.

Le pansement varie un peu suivant la doctrine régnante de l'époque. C'est ainsi qu'à partir de 1875 nous voyons germicider les matériaux avant leur emploi, suivant la méthode de Lister. Mais le manuel reste sensiblement le même.

Il consiste : 1° en une *ablution* ou lavage de la plaie après l'opération ; avec de l'eau d'orge ou de sureau (Boyer, 1825) — ou de l'eau fraîche (Vidal de Cassis, 1851) — ou de l'eau alcoolisée (Borelli) — ou de l'eau antiseptique phéniquée, ou sublimée, mais mieux boriquée (Guiard) car l'acide phénique peut déterminer la gangrène du gland. Cette solution antiseptique est employée froide, tiède, ou au contraire très chaude (Pousson, 1899). — Citons enfin l'eau de Pagliari très diluée (Guillery 1892).

2° Ceci fait, on applique sur la région un *absorbant*. Les absorbants sont formés: A) d'un tissu ou d'une étoffe : ainsi la charpie sèche (Ravaton, 1776) — les compresses trempées dans l'eau froide fréquemment renouvelée (Laylavoix, 1881) —les bandelettes de toile placées obliquement pour éviter l'étranglement, et former une cuirasse annulaire (Chassaignac) — les bandelettes de gaze iodoformée (Duplay, 1900) — le coton cardé (Chassaignac) — la gaze et le coton hydrophile stérilisés par la chaleur (Tomasi, 1904). — Mais ces tissus employés à l'état sec ont le fâcheux inconvénient d'adhérer, de coller à la suture ; ce qui rend leur ablation difficile. Aussi plusieurs chirurgiens prennent soin d'interposer, entre la plaie et l'absorbant, un corps gras ; tel le cérat, étalé sur une compresse fenêtrée (Vidal de Cassis, 1851) ; ou posé à même sans compresse (Lenormant, 1876) ; telle la vaseline boriquée (Sieur-Blanchard, 1895) ; ou une pommade antiseptique (Reybreyend, 1898) ; ou une pâte composée d'iodoforme, de salol fondu, d'un peu de gomme adragante (Pousson, 1899).

B) Ou bien l'absorbant est représenté par une poudre : poudre d'iodoforme (Suarez de Mendoza, 1897) ; poudre de salol versée largement (Guiard, 1897).

3° Par-dessus l'absorbant, on place l'*inévaporant*. C'est une croix de Malte coiffant le gland et percée en son milieu (Boyer, 1825, et Vidal de Cassis, 1851) ; ou

(1) A l'opposé de la posthectomie muqueuse subtotale, mentionnons seulement la technique de Walter-Klotz, 1902, consistant en une résection annulaire du seul fourreau cutanée, avec extériorisation de la muqueuse ; mais d'après l'auteur lui-même, cette technique n'est applicable qu'à certains cas, quand le limbe est très peu rétréci ; et jamais chez l'enfant.

un carré de Mackintosch (Duplay, 1900), également percé d'un trou correspondant au méat et rabattu sur la verge, où il est maintenu au moyen soit d'un fil soit d'une pince à forcipressure, permettant au malade d'uriner sans défaire ni mouiller son pansement.

4° Il reste à fixer tout ce pansement par un appareil de *contention* : celui-ci se compose d'une bande moyennement serrée au dessus de l'absorbant, et de l'évaporant. (Boyer, 1825) ; ou d'un bandage en T — ou mieux encore d'un caleçon de bain (Tomasi, 1903). On ajoute qu'il est bien de relever la verge contre le ventre et de la maintenir dans cette position pendant la cicatrisation de la plaie (Vidal de Cassis, 1851).

§ II. Chirurgie biologique ou posthétomique du phimosis.

J.-L. Petit au XVIII[e] siècle, en inaugurant la fente dorsale du prépuce, après lui transformée en débridement latéral ou inférieur, semble avoir entrevu le premier, que l'amputation n'est nullement indiquée en matière de phimosis. Mais ses tentatives n'eurent aucun succès ; la trop simpliste incision conservatrice, grossièrement défectueuse en ses résultats, fut jugée sévèrement et particulièrement condamnée durant tout le XIX[me] siècle. A titre d'expédient on la toléra dans les balano-posthites ou paraphimosis phlegmoneux, gangréneux, étranglés, comme pratique d'urgence, comme premier temps d'une circoncision différée exécutable plus tard « à froid » par l'excision secondaire des lambeaux séparés. En somme, le phimosis enflammé était traité à la façon d'un abcès quelconque : l'incision large à ciel ouvert (1).

Conception thérapeutique biologique.

(Longuet, 1892.)

Congénitale ou acquise, la malformation dont il s'agit se présente essentiellement au chirurgien comme une *sténose* préputiale localisée presque exclusivement au seul feuillet muqueux sur lequel elle s'étale en largeur sur toute la circonférence pour s'étendre en hauteur sur une zone variant de 1 mill. (ligne circulaire du phimosis diaphragmatique dit atrophique), à 1, 2 centimètres (bague du phimosis annulaire dit hypertrophique). De cette stricture résulte un changement morphologique du prépuce qui prend un aspect tantôt aminci, tantôt exubérant. Or ce n'est là qu'une apparence ; en fait, il n'y a ni atrophie ni hypertrophie. C'est à tort que l'on cherche à disqualifier dans sa valeur biologique le tissu des enveloppes préputiales phimositiques, pour tirer de là excuse et justification d'une mutilante conduite d'amputation. Non, la vitalité n'est point perturbée. Il n'y a ni dystrophie, ni même tendance à l'atrophie ou à l'hypertrophie. La qualité vitale est intègre, comme le prouve la persistance de prépuces normaux, malgré la circoncision répétée en séries continues chez des êtres consanguins pour raison rituelle. La déformation est plus apparente que réelle ; nous en avons la démonstration dans la restauration immédiate de la forme par simple retrait antéro-postérieur des téguments péniens rendus à leur libre glissement dès que l'angustie muqueuse est seulement sectionnée.

(1) Mentionnons seulement le débridement *sous-cutané* au ténotome du phimosis blennorragique exécuté par *Woodwaard* (en Amérique) pour éviter les inconvénients d'un débridement sanglant en pleine plaie septique. (*New-York medical Journal*, p. 330, 23 février 1895).

J'ajoute que le prépuce a pour fonction la protection intermittente du gland, et qu'à ce point de vue il [illegible] d'être conservé.

En conséquence, la thérapeutique qu'il convient d'opposer à cette difformité sténosante, faite de tissus sains, est du genre débridement, ou incision. A mon sens, l'indication à remplir est : 1° la correction de l'atrésie par section pure et simple, véritable *posthétomie*.

2° Le maintien de cette correction au moyen d'une suture et de la réunion primitive en vue d'éviter la récidive par cicatrisation rétractile ou infectée. Ainsi la cure opératoire ne consiste pas seulement en une posthétomie ; elle devient une *posthéplastie*.

Méthodes thérapeutiques biologiques.

En son exécution, la conception biologique comporte deux méthodes thérapeutiques, de résultat très différent, mais rapprochables par la commune mesure du débridement. Là encore la section sanglante est à tous égards le mode de diérèse de choix, car seule elle permet la réunion primitive, et de ce chef prémunit contre la récidive. Inutile donc d'exhumer le débridement préputial par les caustiques (1), par le serre-nœud (2), par la ligature élastique (3), par le thermo et le galvanocautère (4), en prévision d'hémorragies, de complications septiques que ces techniques provoquent tout en voulant les éviter. Le tissu de granulations suppurantes qui résulte des débridements ainsi pratiqués, est apte à la cicatrisation rétractile, au symphysis progressif des plaies angulaires, c'est-à-dire à la récidive. Et la guérison de la solution de continuité créée par usure, brûlure, cautérisation, n'exige pas moins de 2 à 4 semaines.

Indications et contre-indications opératoires.

1° *Il faut traiter par posthéplastie* tout phimosis congénital ou acquis *dès qu'il apparait comme définitif, c'est-à-dire non susceptible de guérison spontanée.* Réalisée au moment opportun, sans attente trop longtemps prolongée, l'intervention est préventive de nombreuses complications, tel l'étranglement dit paraphimosis. Et ces complications devront désormais s'observer de plus en plus rarement, à mesure que l'incision sera plus tôt, sera plus souvent pratiquée. L'opération très simple, de l'incision est exécutable dans le jeune âge sans difficulté.

2° *Il faut opérer d'urgence*, par la même méthode, *tout phimosis compliqué d'accidents non septiques* : rétention d'urine, incontinence d'urine etc., sans se soucier de la guérison spontanée possible à lointaine distance.

3° En cas d'*accidents septiques*, l'opération est indiquée dans le but d'éviter le retour de ces accidents, mais intervenez « à froid », après cessation complète du processus infectieux, sédation qui survient d'elle-même avec le temps ou qu'on favorise par quelques irrigations chaudes détersives. Pratiquée « à chaud » la posthétomie est compromise dans ses résultats définitifs, la réunion par première intention

(1) Amussat. — Débridement préputial par les *caustiques*, pâte de Vienne, etc.

(2) Demeaux (de Puy-l'Evêque). — Débridement par striction, fil passé avec une aiguille courbe, sorte de serre-nœud.

(3) Hue. — Débridement par *ligature élastique* du prépuce, [illegible]

(4) Demarquay. — Débridement au *galvano* ou au thermo-cautère. Tous ces procédés sont exposés dans l'article *phimosis et circoncision du Dictionnaire Dechambre.*

demeure aléatoire. La désinfection antiseptique préliminaire est illusoire, d'effet superficiel, sans action possible sur l'infection profonde des tissus préputiaux, souvent dangereuse par ses effets toxiques généraux, ou sphacétiques locaux. S'agit-il d'un phimosis inflammatoire blennorrhagique, il est préférable d'attendre la guérison de l'uréthrite avant d'intervenir. D'ailleurs, dans quelques cas récents de cystite concomitante, la cure chirurgicale fut suivie d'un fâcheux résultat (1). Dans l'éventualité de phimosis par chancrelle, la plaie d'incision est exposée à la contamination sur toute son étendue. Mieux vaut traiter d'abord la chancrelle par détersion et irrigations préputiales réitérées pour n'opérer que plus tard, en l'absence d'infection locale. Le phimosis par chancre syphilitique réclamerait non pas l'incision, mais l'excision immédiate. Mais en pratique, l'on sera rarement appelé à intervenir en ces conditions ultra précoces.

4° D'une manière générale, l'*abstention* est prudente dans le phimosis diabétique : une gangrène étendue peut résulter de l'incision. Toutefois, l'opération sera permise et utile comme préventive de l'étranglement, lorsque le taux du sucre dans l'urine est réduit notablement par un traitement médical longtemps prolongé.

Préambules opératoires.

Le *nettoyage* préliminaire est suffisant sous la forme : 1° de grands bains chauds complétés par 2° quelques irrigations intrapréputiales avec de l'eau chaude ou mieux de l'eau bouillie, additionnée de carbonate de soude à 20 p. 100 à titre détersif des graisses et du smegma.

L'*anesthésie locale* est toujours obtenue par une seule injection linéaire de stovaïne à 1 p. 100, répartie le long de la ligne opératoire dorsale médiane.

Procédés opératoires de la 1re méthode.

(*Posthétomie cutanéo-muqueuse subtotale*) (J.-L. Petit.)

Les procédés de la première méthode débrident le prépuce sur la presque totalité de sa longueur, en intéressant également peau et muqueuse (1). Et cette fente antéro-postérieure s'exécute à main levée ou sur conducteur.

Posthétomie à main levée.

Procédé de J.-L. Petit. — Pincez le côté droit du prépuce avec le pouce et l'index gauches, et tirez-le un peu [...]us. De la main droite, prenez un *bistouri* à pointe [...]i de cire et tenu comme pour couper de dedans [...] dehors. On l'insinue à plat entre le dos du gland et [...] fourreau rétréci, en l'appuyant sur ce dernier afin qu'il ne coupe pas en entrant. Quand la pointe est par[...]ue à la couronne, vous abandonnez le prépuce ; vous saisissez la verge entre les 3 derniers doigts placés au-dessous, l'indicateur placé au-dessus avec la pince, et vous tirez la peau vers le pubis afin de mettre « au ni[...]au » l'une et l'autre des deux membranes pour les couper d'un seul coup sur une égale étendue. On place le pouce derrière le point où l'incision doit commencer. Tournez maintenant le bistouri de façon que son tranchant regarde en haut ; inclinez fortement le manche en tendant en même temps les téguments. Une légère [...]ssion sur le bistouri, et voici que la pointe traverse [...]le de cire puis le prépuce. Il suffit de baisser la lame, de la tirer vivement à soi pour que la fente dorsale soit complète. Le malade en fuyant achève lui-même la section ; l'opérateur n'a qu'à tenir le bistouri ferme et immobile. Que si, malgré la traction de la peau en arrière, la membrane interne n'est pas coupée dans la même étendue que l'externe, on achève la section aux ciseaux ou avec le bistouri dont on garnit de nouveau la pointe d'un bouchon de cire bien huilé (1).

Les modifications apportées au procédé de J.-L. Petit, portent sur plusieurs points :

I. Le *choix de l'instrument* : le bistouri garni de la boule de cire, eut ses détracteurs. Ceux-ci firent remarquer que cette boule gênait la progression de l'instrument : ils la supprimèrent (2). D'autres se servirent d'un bistouri à gaine, du bistouri boutonné (3), du bistouri herniaire de Lapeyronie (4) ; d'un bistouri à lame cachée (5).

II. Le *lieu* de l'incision est discuté. A la fente dorsale, qui laisse une déformation choquante, on substitua la fente unilatérale (6) ou bilatérale (7), ou les fentes multiples ; intéressant ou non plus la muqueuse que la peau (8), mais surtout la fente inférieure voisine du frein (9).

III. Enfin on tenta la *réunion* des lèvres sectionnées par l'application de serre-fines ou par des sutures (Velpeau). Si le phimosis se compliquait d'adhérences, on les disséquait, et on laissait ensuite la surface dénudée à l'air libre (Boyer).

IV. La technique la plus récente en matière de posthétomie cutanéo-muqueuse subtotale est celle de DAGLET (1898). Elle consiste en : 1° création d'une boutonnière cutanéo-muqueuse longitudinale sur la face inférieure du prépuce, en dehors du frein ; 2° en suture transversale de cette fente longitudinale ; manœuvre qui élargit le fourreau au prix d'une cicatrice peu visible. Mais l'anneau rétréci persiste en partie en avant de la commissure antérieure de la plaie.

Posthétomie sur conducteur.

Procédé de Sédillot. L'étroitesse limbique formant obstacle à l'intromission du bistouri le plus fin, Sédillot, préconisa l'intromission préalable, dans le cul-de-sac balanique, d'une sonde cannelée qu'un aide maintient fortement tendue. Ceci fait, on taille les deux tiers antérieurs du prépuce sur ce conducteur, de deux manières :

A) Ou bien par *section antéro-postérieure*, soit en glissant le bistouri sur la sonde, le tranchant dirigé en haut, pour couper ces enveloppes de la profondeur à la superficie, de la muqueuse vers la peau ; soit inverse-

(1) [illegible] — Ueber eine bisher nicht berucksichtigte Contreindication der Phimosis opération : die Cystitis der ersten lebensjahre. *Jahrbuch f. Kinderh.*, Berlin, III, 648-657.

(1) Riberi, pour faciliter cette manœuvre, glissait sur la sonde cannelée, un stylet cannelé pointu, avec lequel il perforait le prépuce de la profondeur à la superficie, préparant, amorçant ainsi la transfixion postéro-antérieure au bistouri.

(2) Remarque de GARENGEOT et SABATIER.

(2) Le bistouri à gaine fut préconisé par BLANDIN.

(3) Le bistouri boutonné fut mis en pratique par MAISONNEUVE.

(4) Le bistouri herniaire de Lapeyronie fut utilisé par LAFAYE.

(5) Le bistouri à lame cachée fut préconisé par BIENAISE et WITTELSHOFFER.

(6) La fente *latérale* fut préconisée puis blâmée par DIONIS, réhabilitée par ASTRUC.

(7) La fente *bilatérale* fut utilisée par TAYLOR et DIDAY mais par nécessité en cas de chancres.

(8) La section portant plus sur la muqueuse que sur la peau parait avoir été mise en pratique par CULLERIER (l'ancien) et CHELIUS.

(9) La fente inférieure près du frein constitue le 1er temps de l'excision dans la technique de Celse. Comme opération définitive sans excision complémentaire, elle fut préconisée par CLOQUET et VELPEAU.

★

ment en incisant ces enveloppes sur la sonde de la superficie vers la profondeur, de la peau vers la muqueuse, avec le tranchant de l'instrument dirigé en bas.

B) Ou bien par *section postéro-antérieure*, soit en transfixant les enveloppes de la profondeur à la superficie (Cullerier, Begin) (1), soit en les transfixant, au contraire, de la superficie vers la profondeur (Heurtault).

Comme le débridement à main levée, le débridement sur conducteur est réalisable sur la face supérieure, ou latérale, ou inférieure du prépuce, et peut être avantageusement complété par une suture ou l'application de serre-fines.

Procédés de la 2ᵉ méthode.

(*Posthétomie posthéplastique muqueuse sublotale*)

(Longuet, 1892).

Procédé de Longuet. — Il comprend deux temps, l'un de section, l'autre de suture.

1ᵉʳ Temps. Posthétomie médiane ou submédiane. De la pointe d'une pince avec ou sans griffe, saisissez le méat préputial en haut, au voisinage de la ligne médiane. Puis d'un coup de ciseaux, encochez légèrement ce rebord cutanéo-muqueux. Ceci fait, vous poursuivez aux ciseaux la section de la seule muqueuse, d'avant en arrière, sur la ligne médiane dorsale (section médiane, ou à 2-4 mill. en dehors de cette ligne médiane (section submédiane), afin d'éviter les vaisseaux dorsaux du prépuce. Ce débridement antéropostérieur est opéré suivant une longueur de 1 à 2 cm. 1/2, suivant la hauteur de l'angustie, pendant que le retrait des téguments attirés vers le pubis découvre progressivement le gland en sa totalité. En général, une section de 1 cm. 1/2 donne déjà un jour très suffisant : il est exceptionnel qu'on soit entraîné à la prolonger jusqu'au sillon balano-préputial en cas de sténose annulaire de grande hauteur. L'écoulement sanguin est insignifiant ; la suture suffit à l'arrêter.

2ᵉ Temps. Suture posthéplastique : Quand la fissuration est suffisante pour permettre la découverte du gland, sans la moindre résistance, vous suturez transversalement l'incision muqueuse longitudinale sur le dos du pénis où elle s'étale à plat. Pour cela, quatre à six points séparés au fil de lin suffisent ; points séparés parce que le surjet est d'ablation douloureuse, difficile lors de son enfouissement précoce : points au fil de lin et non au catgut, car je fus témoin d'accidents septiques graves dus à l'emploi de cette substance organique que je considère comme non sporicidable par aucun moyen ; enfin suture et non serre-fines ou leurs dérivées : car ces ingénieux appareils ont le double inconvénient de gêner le malade (couronne d'épines de Ricord) et de compromettre la réunion rapide par la pénétration dans les tissus de leurs pointes en état permanent de pression élastique, véritable forcipressure à demeure, déterminant de minuscules eschares.

En cas d'adhérences balano-préputiales, libérez-les séance tenante, en insinuant, une fois la fente muqueuse réalisée, les branches des ciseaux fermés dans la rainure balanique, puis en les ramenant vers vous d'arrière en avant. On décortique ainsi d'un seul coup toute une moitié de prépuce sans hémorragie appréciable ; L'éventualité de brièveté concomitante du frein m'a semblé beaucoup plus rare qu'on ne le dit. Cette brièveté est-elle légère ou de moyenne intensité, elle ne doit point alors nous arrêter car elle est sans inconvénient. Que si, au contraire, elle est très accentuée, déviant le jet de l'urine ou du sperme, à la manière de certains hypospadias balaniques, il convient de la sectionner non pas à son sommet ni à mi-hauteur, mais à sa base. Pour cela, je sectionne transversalement et superficiellement l'enveloppe du frein, je passe à l'aiguille deux ligatures superposées, comprenant les vaisseaux. Entre ces deux liens, l'on coupe tout ce qui fait obstacle au redressement du gland. Puis les ligatures sont enfouies au-dessous de l'enveloppe du frein suturée longitudinalement. Même conduite à tenir en cas de sténose concomitante du méat. Je fends ce méat d'un coup de ciseaux porté sur l'une de ses commissures, puis je suture transversalement cette section longitudinale à l'aide et 1 ou 2 points de suture muquo-muqueuse.

En somme, pour exécuter correctement la posthétomie posthéplastique, il faut une pince, des ciseaux, une aiguille, (au besoin une aiguille de couturière), du fil. Encore la pince n'est-elle pas absolument indispensable. La simplicité de la technique ainsi réglementée est élémentaire.

Certes, on peut modifier ma manière de faire. Ainsi je vois que récemment Woodyatt (de Halifax 1903), pratique deux incisions latérales de débridement ; l'une à droite, l'autre à gauche ; qu'Isambert, 1899, en pratique trois, au milieu de trois segments du méat préputial repérés par trois pinces à forcipressure. Pour ma part, l'unique phimotomie dorsale médiane ou submédiane m'a toujours suffi et je ne crois pas que la double, que la triple incision libératrice, ait beaucoup d'indication.

Mode de pansement.

Une fois la plaie bien asséchée par une compresse sèche, sans ablution d'aucune sorte, vous l'enveloppez d'un lien circulaire de gaz sporicidée moyennement serré, passé autour de la verge, fixé par un artifice quelconque (nœud, point de suture), et disposé de manière à laisser libre la pointe du gland. Lors des mictions, le malade protège lui-même cette manchette annulaire en la recouvrant momentanément d'une compresse destinée à recueillir les dernières gouttes d'urine. Les fils sont enlevés le 5ᵐᵉ jour, ainsi que tout pansement.

(*A suivre*).

La chaussure des soldats. — On sait que le soulier de re- connu sous le nom de « godillot », est à la veille de disparaî- Déjà on ne le renouvelle plus dans les approvisionnements de guerre et certaines pointures manquent pour les remplacements qui seraient demandés. En conséquence, le ministre a décidé les souliers qui ne pourraient plus être remplacés seront, en attendant l'adoption du modèle définitif de chaussures de repos, remplacés par des brodequins. Mais les hommes ainsi chaussés recevront des espadrilles qu'ils porteront à l'intérieur des casernes dans les cantonnements. Les corps achèteront, au mieux des intérêts de leur masse d'habillement, des espadrilles du modèle qui leur semblera préférable et qui ne dépassera pas le prix de 1 fr. 50 par paire. Nous espérons que cette adoption provisoire d'espadrilles comme chaussures de repos dans les casernes et les cantonnements sera toute momentanée. Cette chaussure est absolument antihygiénique ; la semelle formée de cordes s'imprègne facilement de poussières et de boue. Durant les journées pluvieuses les soldats ne pourraient traverser la cour de la caserne sans avoir les pieds humides durant le reste de la journée. Les espadrilles ne seraient de bonnes chaussures de repos que pour les soldats condamnés à ne pas sortir de leur chambre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les explosions dans les houillères (1).

(Suite et fin.)

Et d'abord, il faut faire une distinction importante dans les effets des catastrophes dans les houillères, suivant que l'explosion a été générale dans une exploitation s'étendant à de nombreuses galeries, ou suivant que l'explosion a été localisée dans un chantier, circonscrite en quelque sorte à une seule galerie ou ne se propageant qu'à quelques-unes des galeries avoisinantes.

Dans le premier cas, des grandes explosions, les bouleversements sont tels que l'approche du point de départ de la déflagration est rendue impossible et d'ailleurs il n'y a guère que des morts parmi les ouvriers surpris par l'explosion, en sorte que l'étude des effets directs de la catastrophe sur les mineurs et même sur les chevaux est des plus difficile, sinon impossible. Il n'en est pas de même dans le second cas, celui des explosions relativement restreintes ; on peut alors pénétrer plus facilement et plus rapidement sur le lieu du désastre, et recueillir quelques indications utiles sur le mécanisme des accidents individuels subis par les ouvriers.

C'est pour avoir été appelé plusieurs fois à apporter ses soins à des mineurs surpris par des explosions circonscrites que M. le Dr Dujol (de St-Etienne) a pu apporter dans l'examen de l'état des ouvriers des renseignements sérieux et aussi plus précis (2), que ne pouvaient l'être les considérations plus ou moins hasardées sinon téméraires présentées par les médecins qui s'empressèrent de vouloir expliquer le mécanisme de la mort et des accidents morbides observés chez les victimes de la catastrophe du puits Jabin et du puits Chatelus par exemple. L'un incriminait l'oxyde de carbone, tel autre, une brûlure de la muqueuse des voies respiratoires, un 3e accusait la décompression brusque de l'atmosphère ambiante après l'explosion, etc.

Les quelques considérations préliminaires que l'on vient de lire ne suffisent-elles pas à démontrer déjà que la question n'est pas si simple que d'aucuns ont semblé le supposer. Le problème est, en effet, des plus complexes : quelquefois il faut tenir compte de la cause de la mort, de la distance où se trouve l'ouvrier du point de départ de l'explosion, de la position dans laquelle il se trouve : en face ou tournant le dos, sur le trajet direct des gaz produits par l'explosion, ou dans des galeries transversales, etc., etc.

C'est après l'examen le plus sérieux, le plus approfondi qu'il a été possible de faire des relations des plus détaillées qui ont été écrites par les hommes les plus compétents que je prends la plume pour essayer de résumer et de condenser les résultats de mon étude.

1. Dans les grandes explosions telles que celles du puits Jabin (1876), du puits Pellissier, du puits Chatelus (1887), du puits Verpilleux à St-Etienne (1889), de la mine de Frameries, en Belgique (en 1879), de celle de Burck en Saxe (en 1889), de Oaks Collery (Yorkshire) en 1866, et celle de Karwin en Silésie, et surtout celle de Courrières, la mort de la plupart des ouvriers a dû être, en général, immédiate, et produite par le fait même de l'explosion plutôt qu'elle ne résulte d'effets indirects ou secondaires (1).

Est-ce par suffocation, syncope, inhibition, ou éclatement du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons ; par une participation directe à l'explosion de l'air et même des poussières contenu dans l'arbre respiratoire que la mort frappe les mineurs qui se trouvent près du point où se produit l'explosion? C'est probablement à plusieurs de ces causes réunies.

Il en est qui peuvent subir aussi des traumatismes épouvantables, projetés contre les bois de soutènement des galeries, contre les bennes, contre les parois, contre des remblais ou des déblais, contre des chariots, etc. D'autres plus éloignés peuvent être ensevelis sous les décombres des éboulements produits par l'explosion; d'autres encore peuvent être séparés des galeries d'aérage par des éboulements qui les enferment dans des vrais culs-de-sac, ayant perdu de ce fait toute communication avec les voies d'accès de l'air respirable. — Ici l'asphyxie viendra jouer son rôle néfaste — asphyxie par air simplement confiné, par manque d'air, ou par la présence d'oxydes de carbone, de carbures d'hydrogène, d'acide carbonique, par des gaz délétères en un mot.

Ainsi donc on doit admettre que dans les grandes explosions les accidents sur l'organisme sont dus :

1° A une action immédiate directe, primitive tant par suffocation, choc, inhibition, syncope, brûlure, éclatement des voies respiratoires.

2° A une action secondaire, quoique directe, par traumatismes, éboulements.

3° A une action indirecte, secondaire, par asphyxie, empoisonnement par gaz toxique.

4° A une action éloignée plus indirecte encore : confinement dans les recoins séparés des galeries par des éboulements ; là ce n'est plus seulement le manque d'air qui mettra en danger la vie du mineur, ce sera aussi le manque de nourriture lorsque la séquestration se prolonge par trop. C'est dans ce 4e groupe d'accidentés que doivent être rangés les rares mineurs qui échappent aux suites de l'explosion :

> Omnibus ærumnis affecti, denique vivunt.

disait Lucrèce (2).

Tels les 14 rescapés de la catastrophe de Courrières (3).

(1) Voir le *Progrès Médical*, du 2 juin p. 339.

(2) Voir dans la *Loire Médicale* du 15 juillet 1888, une note communiquée à la société de Médecine de Saint-Etienne sur les accidents morbides causés par les explosions limitées dans les galeries des mines de charbon, par le Dr Dujol.

(1) Dans la catastrophe du puits Jabin, il y eut environ 186 victimes, à Frameries 122, à Burcke, il y en avait eu 276; à Oaks Colléry, il y en avait eu 361, à Karwin, en 1894, on en comptait près de 800. Dans ces désastres, ainsi que le fait justement observer M. Haton de la Goupillière (*Cours d'exploitation des mines*, Paris, 1885, t. II, p. 544), les chevaux partagent le sort des hommes : à Hetton, le 20 décembre 1860, un coup de feu tua 65 chevaux en même temps que 22 hommes.

(2) *De rerum natura*, lib. III. V. 50.

(3) Consulter à ce sujet un petit article du Dr Lourties dans le *Journal des praticiens* du 26 mai dernier, article dans lequel l'auteur semblera à plus d'un avoir exagéré l'influence des vertus antiseptiques et conservatrices de la houille.

Rappelons ici les conclusions auxquelles s'est arrêté le Dr Regnard à la suite des études et des expériences qu'il avait entreprises (1) en 1879, M. Regnard fut nommé membre de la Commission du grisou en 1881 ; et voici reproduites (2) d'après les conclusions du rapport qu'il présenta à cette Commission les causes de mort qu'il admet à la suite des explosions de grisou.

1° L'ensevelissement sous les décombres et grands traumatismes ;

2° L'éclatement des bronches et du poumon, arrêt du cœur, asphyxie résultant de l'impossibilité de fuir le milieu irrespirable ;

3° Les brûlures de la trachée, du larynx et des bronches, et accidents consécutifs à ces brûlures ;

4° Il convient d'ajouter que beaucoup d'ouvriers peuvent encore succomber non à l'explosion, mais à ses suites. La combustion du grisou absorbe l'oxygène respirable de la mine ; le fait même de l'explosion détruit les procédés de ventilation. Les hommes se sentiront alors, même au loin, dans des conditions d'une asphyxie d'autant plus rapide que la combustion a pu produire de l'oxyde de carbone.

II. — Quoique souvent trop terribles, les explosions plus limitées que celles dont nous venons de parler permettent parfois une analyse plus exacte des faits. Prenons d'abord pour exemple l'explosion de grisou qui eut lieu le 14 février 1877 au puits Sainte-Barbe, à Graissessac explosion qui fit 46 victimes parmi le monde mineur dont un seul put survivre et à guérir. Les détails les plus intéressants sur ce désastre ont été donnés par ce médecin instruit et consciencieux que fut le Dr Bourguet (3).

Les victimes de l'explosion sont suivies une par une le long des galeries et ont été examinées sérieusement. Sur 46, 28 présentaient des traces de brûlures assez marquées, quoique la plupart superficielles ; quelques-uns avaient des fractures ; un enfant, qui était chargé de fermer une porte, présentait outre des brûlures et une fracture du maxillaire supérieur gauche, une luxation coxo-fémorale droite. Un cheval projeté en avant était tombé sur son conducteur en l'écrasant. Un autre cheval présentait des brûlures surtout aux parties intérieures du corps. La brûlure n'était pas profonde, et, d'après l'examen du vétérinaire qui fit l'autopsie de ce cheval, il ne fut constaté aucune trace de brûlure des naseaux, la bouche, le pharynx, ni encore moins dans les voies aériennes, à l'intérieur desquelles cependant «avaient pénétré fort avant des poussières charbonneuses, dont la vue et le toucher assuraient la présence.» D'après le Dr Bourguet, rien ne démontrerait mieux que cette autopsie (où on trouva des poussières jusque dans des divisions bronchiques *de 1 à 2 millimètres de diamètre environ*), que, dans les cas de grisou, ce n'est pas le feu qu'on inspire et qu'on avale, suivant l'expression familière aux mineurs (4), mais bien « les diverses poussières charbonneuses soulevées par l'explosion, ou les gaz délétères qui en sont le résultat. »

De toutes les observations que le Dr Bourguet a pu faire sur le vivant, aucune ne lui a offert de cas de brûlure directe des voies aériennes. La position fut notée sur presque tous les cadavres. Or ce n'est que pour un petit nombre qu'on constatait une attitude défensive (avant-bras ramenés devant la face comme pour la protéger, chez 3 ou 4 victimes). Un plus grand nombre tenaient à la main leur panier, leur outil, ou s'appuyaient à la benne dans l'attitude même du travail, toutes choses, dit Bourguet, qui indiquent l'instantanéité de la mort.

Examinons maintenant les résultats des observations consignées par M. le Dr Dujol, de Saint-Etienne, dans le travail que nous avons cité plus haut. Dans nombre de cas attentivement observés de mineurs frappés dans des explosions à champ limité, le Dr Dujol a rencontré des troubles gastriques et en particulier le vomissement, soif immodérée, pendant trois jours au moins, sueurs excessives, respiration fréquente (jusqu'à 56 mouvements respiratoires par minute), fièvre, mais peu marquée : jamais la température n'atteignit 38°5. Pouls précipité (126-140 par minute). Etat nerveux qui peut persister pendant plusieurs années, sans qu'on puisse croire à une guérison complète. D'après M. Dujol les ouvriers qui ont été exposés aux explosions limitées meurent, ou ne survivent qu'en état neurasthénique. Pour lui, toutes les branches du nerf pneumogastrique sont atteintes. La voix reste indemne dans tous les cas.

Pour M. Riembault, les phénomènes observés dans les cas analogues à ceux du Dr Dujol dépendraient de brûlures des voies respiratoires (1876). Il se produirait une petite explosion intra-pulmonaire « et le mineur meurt, trois jours après, d'essoufflement. » Pour appuyer cette théorie, Riembault rapporte l'autopsie suivante, la seule qui avait pu être faite jusqu'en 1876 (1).

« A la partie supérieure du pharynx, la muqueuse est d'un rouge brun foncé, rien d'appréciable au larynx et à la partie supérieure de la trachée, mais à la partie inférieure, rougeur intense; la muqueuse des bronches est tuméfiée, couleur lie de vin, ramollie, les petites bronches sont obstruées par le gonflement de la muqueuse. »

Les résultats de cette autopsie ne paraissent pas concluants. Les lésions constatées ressemblent beaucoup à celles que l'on trouve dans les autopsies de tous les asphyxiés ; on n'y voit pas trace de brûlures. Une seconde autopsie put être faite par le Dr Riembault aidé du Dr Servel, lequel pratiqua l'examen microscopique de la muqueuse bronchique ; on ne trouva pas trace de brûlures ; cependant le Dr Servel ne pense pas que l'on doive abandonner complètement l'idée de brûlures, ainsi que, à la suite des résultats de l'examen cadavérique, son collègue avait cru devoir le faire ». M. Dujol termine son mémoire sur les explosions limitées, en admettant que les ouvriers frappés sont toujours brûlés. Ils peuvent suivant qu'ils ont inhalé les produits gazeux

(1) Voir les comptes rendus de la Société de Biologie, 1879, 28 février.

(2) D'après le 2e fascule des pièces annexées aux procès verbaux des séances de cette Commission du Grisou. Paris, 188?, p. 228.

(3) Voir la *Gazette des Hopitaux*, 1877 (nos des 3, 7 et 10 juillet).

(4) Dans les charbonnages du Nord, les mineurs disent plutôt recevoir le coup de mauvais fumage.

(1) Je cite d'après l'exposé du Dr Dujol (*Loire médicale*, 18[illegible] 194.)

engendrés par le coup de feu, présenter des symptômes graves débutant le troisième jour.

Ces symptômes, d'ordre nerveux, sont sous la dépendance de lésions qui atteignent les extrémités des terminaisons du pneumogastrique, dans le pharynx, l'œsophage, les poumons. « Il se produit *une névrite d'un ordre spécial*, ascendante, débutant par la périphérie. Le médecin ne peut se prononcer sur le sort des blessés par ces explosions qu'après le cinquième jour. »

Nous ne saurions nous attarder à reproduire ici les opinions successives et qui par conséquent ont varié, du Dr Riembault qui généralisait facilement avec la promptitude d'une imagination des plus vives et des plus fertiles ; c'est le Dr Riembault qui après la catastrophe de Chatelus attribuait la mort des victimes à un empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Rappelons que M. le Dr Reynaud, de Saint-Etienne, rapprochait les symptômes éprouvés par le mineur qui a subi les effets d'une explosion de grisou à ceux qu'éprouvent les scaphandriers lors d'une brusque décompression.

Je ne saurais quitter Saint-Etienne sans citer l'opinion du Dr Cénas qui, ainsi que le Dr Gaudin (Thèse de Paris, 1887), attribue les accidents tardifs du grisou (suivis de mort au bout de 2 ou 3 jours) à une dégénérescence des fibres du myocarde.

J'aurais pu cependant parler encore des travaux belges, de ceux du Dr Kuborn (de Liège) qui, dès 1862, traitait de la question du grisou (dans son étude sur *les maladies des mineurs*, et de ceux du regretté Dr Barella, longtemps médecin des charbonnages du Hainaut, qui en 1880 (1) mettait au point, avec sa compétence reconnue, ce sujet important (2).

Mais après avoir rappelé les études de M. Nestor Gréhant sur les mélanges de grisou et de formène qui remontent au mois de juin 1900 (3), et qui se sont continuées jusqu'à sa récente communication à l'Académie de médecine et à la Société française d'Hygiène (4) je n'aurais garde d'oublier de mentionner les notes de M. Mellière (dans la *Tribune médicale*), et je finirai par un appel d'encouragement aux travailleurs et aux chercheurs, pour qu'ils arrivent à faire disparaître et d'une manière définitive ce grand fléau des Houilleurs, le grisou, et les autres causes d'explosion et de désastres souterrains.

Paul FABRE (de Commentry).

(1) *Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique*, mai [illegible] : *Hygiène des Houilleurs* (examen critique des travaux de M. le D. Fabre (de Commentry).

(2) J'ai moi-même, en 1881, traité le sujet de la *Règlementation des mines à grisou*, d'après les Travaux de la Commission spéciale, dans la *Gazette médicale de Paris*, 27 août 1881, p. 489.

(3) Compte rendu de la *Société de Biologie*, 16 juin 1900.

(4) Voir le *Progrès médical* du 2 juin dernier, p. 348.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 juin 1906.

Sur la vaccination contre la tuberculose par les voies naturelles.

MM. A. CALMETTE et C. GUÉRIN ont cherché à vacciner deux jeunes bovins en leur faisant ingérer successivement avec une sonde œsophagienne d'abord cinq centigrammes de bacilles tuberculeux d'origine humaine, puis quarante-cinq jours après vingt-cinq centigrammes des mêmes bacilles. Quatre mois plus tard, les animaux, ne réagissant pas à la tuberculine, ont ingéré en même temps qu'un témoin préalablement tuberculiné et reconnu indemne, un repas infectant de tuberculose bovine fraîche. Trente-deux jours après, le témoin réagissait nettement (1°9) à la tuberculine, tandis que les deux veaux qui avaient ingéré les deux repas vaccinants de tuberculose humaine ne présentaient aucune réaction.

Cette méthode de vaccination offre comme l'injection intraveineuse de Behring, l'inconvénient d'exiger l'emploi de bacilles virulents pour l'homme et susceptibles d'être disséminés par les excrétions des animaux.

Les auteurs ayant constaté que les bacilles tués par la chaleur traversent la paroi intestinale avec la même facilité que les bacilles vivants et se retrouvent dans les ganglions mésentériques et jusque dans les poumons ont recherché si les jeunes animaux auxquels on fait ingérer à quarante cinq jours d'intervalle deux doses de cinq et de vingt-cinq centigrammes de bacilles morts ou atténués peuvent supporter impunément l'ingestion de cinq centigrammes de tuberculose bovine fraîche infectante pour les témoins.

Ils ont pu constater que les bacilles tuberculeux bovins tués par cinq minutes d'ébullition ou simplement chauffés pendant cinq minutes à 70° et ingérés dans les conditions ci-dessus indiqués, vaccinent parfaitement après quatre mois, pour un temps dont on ne peut encore fixer la durée, contre l'infection par les voies digestives.

Les auteurs pensent, en outre, qu'il sera possible, par ce procédé, de mettre les jeunes enfants à l'abri de l'infection tuberculeuse naturelle, en leur faisant ingérer, peu de jours après leur naisssance, et une seconde fois quelques semaines plus tard, une très petite quantité de bacilles tuberculeux d'origine humaine et bovine modifiés par la chaleur et mélangés à un peu de lait. Mais il faudrait ensuite, pendant quatre mois au moins, tenir les enfants ainsi vaccinés à l'abri de toute contamination tuberculeuse et créer, surtout pour les nouveau-nés issus de tuberculeux, des nourriceries spécialement surveillées afin d'empêcher l'introduction de tout germe tuberculeux.

M. E. ROUX et M. VALLÉE ont pu constater aussi que des veaux, quelque temps après l'ingestion de petites quantités de bacilles tuberculeux vivants, ne réagissaient plus à la tuberculine et supportaient sans dommage l'injection intraveineuse de bacilles virulents, injection qui tuait les témoins en quelques semaines, par tuberculose généralisée.

MM. SABRAZÈS, MURATET et HUSNOT ont trouvé dans un liquide hydatique, riche en germes, extrait depuis cinquante-six heures et en pleine putréfaction, que tous les scolex étaient animés de mouvements propres assez lents. Attribuant ce fait à la température ambiante élevée (31°), ils ont soumis leurs préparations à l'action de la chaleur, et ont remarqué qu'en effet la motilité augmentait d'autant plus que l'on se rapprochait davantage de 40°, à 27° au contraire, tous les scolex étaient invaginés, immobiles et en état de mort apparente.

Jusqu'ici on était obligé de recourir à l'inoculation pour s'assurer de la vitalité des germes contenus dans un liquide hydatique. Le fait précédent montre que la simple épreuve du « réchauffement » permet de se faire bien plus facilement une opinion à cet égard.

M. A. IMBERT adresse l'observation d'un enfant de neuf ans, atteint d'une tumeur pour laquelle on avait porté le diagnostic de sarcome du fémur, et qui paraît entièrement guéri à la

suite d'un traitement radiothérapique poursuivi pendant près d'un an. Mme PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1906.

Elévation de la température du corps dans le traitement de la rage et des maladies infectieuses.

M. REMLINGER a exposé à la chaleur des lapins et des cobayes inoculés avec du virus rabique. Les animaux sont toujours morts avant les témoins. Le virus n'avait subi aucune altération. La chaleur ne serait donc ni un moyen préventif, ni un moyen curatif.

Septicémie gonococcique expérimentale.

MM. BRUCKNER, CRISTEANU et CIUCA (de Bucarest) ont inoculé un cheval pendant 23 mois de cultures gonococciques, et en dernier lieu d'un gonocoque mortel pour le lapin. Ces inoculations ont été préventives et surtout curatives de façon très manifeste. Un lapin qui reçoit dans le péritoine 10 doses mortelles de gonocoque suffisantes pour tuer un lapin de 1.500 grammes en 2 ou 3 heures, présente en quelques heures de la dypsnée, une diarrhée fétide et abondante, un abaissement thermique considérable. S'il reçoit une heure après 3 cent. cubes de sérum dans les veines ou 10 cent. cubes dans le péritoine, l'animal guérit rapidement.

Le sérum injecté *en même temps* que les 10 doses mortelles de gonocoque, l'animal ne présentera qu'une hyperthermie passagère.

Injecté 24 heures ou 48 heures d'avance et sous la peau, la toxicité est tout à fait ralentie.

Bacille gracile éthylogène.

MM. ACHALME et ROSENTHAL ont trouvé dans le suc gastrique un microbe qui fait fermenter le lait en produisant de l'alcool. Très pathogène, il tue le cobaye avec abcès local, injecté à haute dose : il fait mourir les animaux de cachexie lente lorqu'il est injecté à petites doses répétées. Il est à la limite des butyrogènes et de la série éthylogène des bactéries.

Fièvre récurrente en Indo-Chine.

M. YERSIN a constaté dans le sang, au moment de la fièvre, la présence de nombreux spirochètes d'Obermayer, c'est le premier cas observé dans cette contrée.

Tissu conjonctif retrouvé dans les fèces.

MM. J. CH. ROUX et RIVA ont confirmé les anciennes expériences d'Ogata. Le tissu conjonctif cru n'est digéré que dans le suc gastrique ; les sucs pancréatique et intestinal restent sans action. Chez un chien porteur d'une fistule jéjunale, les fragments de tissu conjonctif cru introduits directement dans l'intestin ne sont pas digérés et se retrouvent dans les fèces ; introduits par la gueule dans l'estomac, ils sont complètement digérés. Chez l'homme, ce tissu enrobé dans des capsules kératinisées, n'est nullement digéré quand l'estomac est franchi.

Le tissu conjonctif cuit, au contraire, est digéré par les sucs intestinaux sans intervention de l'estomac.

La présence du tissu conjonctif dans les fèces révèle donc une insuffisance digestive gastrique.

Autothérapie thyroïdienne de la grossesse.

MM. de ROTSCHILD et Léopold LÉVI estiment qu'au cours de la grossesse la migraine diminue (20 fois sur 25) par autothérapie qui s'applique également au rhumatisme chronique et à l'asthme.

La grossesse agirait, comme le traitement thyroïdien appliqué ultérieurement en fournit la preuve, par exaltation de la fonction thyroïdienne.

L'hyperthyroïdisation est précédée et suivie d'hypothyroïde. Le même mécanisme explique l'amélioration du myxœdème pendant la grossesse. Migraine, rhumatisme chronique, asthme, sont des manifestations arthritiques. Les auteurs pensent que l'arthritisme relève de l'hypothyroïdie et est justiciable de la médication thyroïdienne.

Origine mésodermique du foie.

M. GIRAUDEL considère le bourrelet mésodermique hépatique comme la matrice du parenchyme hépatique, comme un tissu hépatogénique ; le diverticule endodermique ne donnant que la vésicule et les voies biliaires. L'anatosmose de ces deux formations crée le passage de Hernig.

La dualité d'origine du parenchyme et des canaux excréteurs est peut-être créée par la majorité des glandes, et la rate, le cœur, la surrénale, créent ainsi une famille naturelle de parenchymes ayant même origine mésodermique, même développement, même circulation, même sécrétion pathologique.

Chlorure et eau des organes.

MM. JAVAL et ADLER ont cherché si l'hyperhydratation et l'hyperchloruration de l organisme se localisent uniquement dans le tissu cellulaire sous-cutané en œdème ou si elle se manifeste dans les viscères. Par le dosage, ils ont déterminé que la teneur des viscères en eau et en sel n'était pas influencée pendant l'œdème. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin.

Consultations de nourrissons.

M. BUDIN montre le triple but de ces consultations : 1° pour surveiller les enfants ; 2° pour propager l'allaitement maternel ; 3° pour distribuer du lait stérilisé.

Il donne quant aux bons résultats déjà obtenus des chiffres concluants. A Arques, depuis cinq ans que ces consultations fonctionnent, la mortalité infantile s'est abaissée de 190 à 101 pour 1,000 ; à Saint-Pol-sur-Mer, de 208 à 151 ; à Warengeville, de 145 à 77. Ces heureux résultats sont dus à plusieurs causes, particulièrement au rétablissement de l'allaitement au sein, qui tendait à disparaître. A Rouen, on a vu le nombre de ces allaitements s'élever de 1 à 60 pour 100 ; à Paris de 40 à 81,4 pour 100 : à Varengeville, de 0 à 75 pour 100, etc.

L'Etat et les chefs d'industrie encouragent maintenant de leur mieux les femmes qu'ils emploient à nourrir elles-mêmes leurs enfants. Les consultations de nourrissons offrent encore l'avantage de s'adapter à d'autres institutions ; par exemple, aux crèches et à la surveillance des enfants en vertu de la loi Roussel. Les « Mutualités maternelles » en ont fondé un grand nombre dans le département de la Seine, où les enfants sont surveillés pendant dix-huit mois. Les derniers chiffres publiés par M. Félix Poussineau montrent que, dans ces conditions nouvelles, 87 % des mères nourrissent au sein ; cette proportion est considérable dans les milieux ouvriers, où l'on considérait jusqu'ici que les femmes sont dans l'impossibilité d'allaiter.

Le développement de ces consultations ne saurait donc être trop encouragé. L'Yonne en compte actuellement 106, le Pas-de-Calais 191, la Seine, la Gironde, les Alpes-Maritimes, le Nord, le Rhône, en sont également pourvus. Mais ces consultations devraient être encore plus nombreuses et fonctionner dans tous les départements.

L'Hématome subit de la luette.

M. FABRE, de Commentry, décrit la suffusion sanguine, véritable apoplexie de la luette. Sur quatre cas, un est survenu après la déglutition d'un petit morceau de croûte de pain, un deuxième après une angine grippale. Les deux autres s'étaient produits sans cause apparente.

Les phénomènes prédominants qu'ont présentés la plupart des sujets observés sont surtout des faits d'ordre nerveux : légère inquiétude, d'abord, puis anxiété plus marquée, angoisse, effarement, jusqu'à un véritable affolement.

Quant au traitement, il a suffi trois fois de piquer la néoformation vasculaire pour la faire disparaître, en conseillant aussitôt après, l'usage de gargarismes astringents (à l'alun, au tanin, au ratanhia). Dans deux cas, il y a eu ulcération de l'appendice uvulaire, bientôt suivie de guérison sans aucun phénomène ultérieur. M. Fabre n'a pas observé d'inflammation de la luette, d'*uvulite* (comme dit Morell-Mackenzie) à la suite de l'apparition de l'*apoplexie* de ce petit organe.

Donc, étiologie obscure ; diagnostic on ne peut plus facile; symptômes plutôt désagréables et gênants que dangereux, quoique effrayant souvent le malade ; pronostic bénin, et enfin traitement facile par des gargarismes astringents. C'est à quoi se réduit, au point de vue nosologique, l'histoire de l'hématome de la luette, histoire intéressante en raison de sa rareté et surtout du silence des auteurs spéciaux sur cet accident.

La réforme du Code civil.

Comme suite à la proposition faite mardi dernier, par M. Laccassagne, de Lyon, sur la nécessité d'adjoindre des médecins à la commission extra-parlementaire de la réforme du Code civil, l'Académie a chargé MM. Brouardel, Hamy, Motet, Peyrot et Pinard de préparer un rapport sur cette importante question.

La typhlite muco-membraneuse (Suite).

M. Le Dentu montre, par de nombreux cas personnels, que souvent l'appendicectomie influence très heureusement sur la typhlocolite. Il montre que, sans examen histologique, on peut méconnaître des lésions très sérieuses de l'appendice. Il reconnaît les difficultés du diagnostic clinique. Mais il croit qu'en cas de soupçons sérieux et d'accidents graves, l'incision explorative est très justifiée.

M. Reynier montre que l'entérite muco-membraneuse est souvent d'origine réflexe. Le point de départ du spasme peut être dans l'utérus, dans un rein mobile. Mais il est bien plus fréquent encore dans l'appendicite.

A la suite d'une crise, il est impossible de savoir si l'appendice est guéri ou non. La bénignité de l'opération faite à froid, est telle qu'elle autorise l'intervention dans les cas douteux.

Les faits cités par M. Dieulafoy sont fort intéressants, mais très rares. Ce serait une grande erreur s'ils conduisaient à exagérer l'abstention.

M. Richelot croit que le parti pris de nier l'appendicite quand on voit l'entérite glaireuse conduirait en pratique à des désastres, il cite la curieuse auto-observation du Dr Maurice Hepp : « Je me suis fait opérer d'appendicite, il y a un an, par mon ami Gosset. Les symptômes de mon mal s'étaient bornés à ceux de l'entéro-colite muco-membraneuse, avec glaires sanguinolentes, coliques, dépression générale; j'avais eu une seule petite crise fébrile de deux jours, avec nausées et sensibilité assez vive de la fosse iliaque droite m'obligeant tout juste pendant trente-six heures à interrompre mes occupations. A peine sorti de cette crise légère, pendant laquelle la température n'avait pas dépassé 38° et le pouls 80, je priai Gosset de m'enlever mon appendice. L'opération eut lieu huit jours après.

« Or, malgré cette indigence extrême de symptômes, Gosset trouva un appendice très adhérent, présentant à sa surface deux larges taches noires, et du liquide si louche dans le péritoine qu'il dût me drainer pendant six jours. La coupe de cet appendice a été faite par mon ami Marcel Garnier, et elle est conservée comme un exemple d'appendicite au laboratoire de Roger à la Faculté. La muqueuse est entièrement détruite, et au niveau des taches sphacéliques qui semblaient truffer l'appendice, la séreuse elle-même est entamée, de telle sorte que, sans autres symptômes que ceux d'une entéro-colite banale, j'avais une appendicite qui menaçait mon existence d'une minute à l'autre.

Depuis cette opération, je me porte parfaitement bien, et six mois après ma guérison, toute trace de peaux et de glaires avait disparu de mes selles. »

A cet exemple personnel, M. Hepp en a ajouté dans sa thèse une dizaine d'autres ne laissant aucun doute sur l'origine intestinale de nombreuses appendicites.

Séance du 19 juin.

La typhlocolite.

M. Dieulafoy montre par 103 observations du Pr Potain, par 200 observations personnelles que la typhlocolite peut exister sans appendicite. Il est même rarissime de voir coïncider les deux affections.

M. Dieulafoy ne regrette pas le retentissement de sa communication dans le public ; il le juge même utile. Autant l'intervention s'impose dans les appendicites vraies, autant il faut éviter les erreurs de diagnostic conduisant à une laparotomie inutile.

Plusieurs chirurgiens ont d'ailleurs reconnu toute l'importance de cette distinction. M. Le Dentu a bien voulu l'approuver de son autorité : « le cri d'alarme plein de franchise et certainement bien intentionné de M. Dieulafoy aura pour résultat de nous rendre tous plus rigoureux dans la recherche des signes diagnostiques et des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour avoir crié « casse-cou ».

M. Richelot a dit de même : « De la communication de notre confrère Dieulafoy, j'ai retenu d'abord un fait, qu'il est impossible de nier : nombre de malades, depuis quelques années, ont été opérés d'une appendicite qu'ils n'avaient pas. Il faut avoir le courage de le dire, et, n'eût-il que cette conclusion, le discours que vous avez entendu était chose utile. »

De la valeur du scatol et de l'indican dans les urines.

MM. Daremberg et Penoy montrent : 1° que l'indican et le scatol urinaires ne sont pas dus aux seules fermentations intestinales ; 2° que, bien qu'associés très souvent à l'albuminurie, ces excès pigmentaires ne dépendent pas des seules lésions rénales ; 3° qu'il y a toujours combinaison d'un trouble hépatique pour expliquer le passage dans l'urine du scatol et de l'indican. Ces pigments indiquent donc un trouble simultané du rein et du foie.

Pied de Madura nostras.

M. Reynier rapporte un cas curieux de tumeur parasitaire du pied, dû à un mycétome, chez un malade n'ayant jamais quitté l'Europe. Cette tumeur, analogue au pied de Madura, fut assez grave pour exiger l'amputation.

M. Laveran propose, pour désigner tous ces faits, le nom scientifique de mycétome. La tumeur n'est, en effet, spéciale ni au pied, ni à la région de Madura.

L'avortement épizootique de la vache.

M. Thierry lit une note sur la contagiosité possible à la femme de cet avortement épizootique.

Elections

de deux correspondants nationaux (1re division).

M. Armaingaud (Bordeaux) est élu par 51 voix sur 77 votants.

M. Trolard (d'Alger) est élu par 40 voix sur 78 votants.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin.

Traitement de la paralysie diphtérique.

M. Comby soigne depuis cinq ans toutes les paralysies diphtériques tardives par les injections répétées et massives de sérum de Roux. Ce traitement est supérieur à celui par la strychnine, les frictions stimulantes, l'électricité. Les thèses de Chambon et de Mourniac, le travail de Pillon, en font foi. Aux 23 cas de ces praticiens, M. Comby ajoute 3 cas de guérison nouveaux. Il faut injecter 20 cc. deux ou trois jours de suite, puis faire suivre des injections de 10 cc. jusqu'à concurrence de 80 cc. dans toute paralysie diphtérique, qu'elle soit récente ou tardive, localisée ou généralisée, sans tenir compte de l'état antérieur des malades et de leur âge.

M. Barbier s'associe à la manière de faire de Comby. La tristesse, l'abattement, les vomissements de la convalescence doivent éveiller la crainte de la possibilité d'accidents toxiques tardifs, qui se montrent de préférence chez les adultes et les enfants insuffisamment traités.

Appréciation de l'anémie des enfants tuberculeux.

MM. Barbier et Ravry apprécient l'anémie des enfants tuberculeux soignés à Hérold par l'examen hématimétrique en fonction avec la quantité de sang des malades, c'est-à-dire la capacité globulaire totale. Ils peuvent juger de cette façon la reconstitution du sang en R et N, qui accompagnent l'augmentation du poids et l'amélioration de l'état général.

Envahissement du liquide céphalorachidien par le coli-bacill à la période terminale d'une méningite tuberculeuse.

MM. Griffon et Abrami ont observé, chez un adulte, un cas de méningite tuberculeuse et l'envahissement agonique du liquide céphalorachidien par le colibacille, sans modification de la formule lymphocytique classique. Cette absence de réaction de l'organisme vient à l'appui de la théorie de M. Achard, qui incrimine un affaiblissement intense de l'organisme. Dans le cas particulier, l'envahissement microbien se fit 28 heures avant la mort et non quelques heures seulement. La *période d'agonie bactériologique* a donc été ici plus longue que dans les cas analogues mentionnés jusqu'ici.

MM. Rist et Bornait Legueule rapportent l'observation d'une amaurose saturnine avec hypertension artérielle.

Friedel.

THERAPEUTIQUE

Thérapeutique post-grippale.

M. le docteur Capelle, à Paris, nous communique une observation qu'il a eu récemment à faire sur un malade de ses clients, que nous rapportons sommairement : « Le 19 février un maître menuisier, âgé de 53 ans, vint me consulter. Une dizaine de jours avant, il avait eu l'influenza (fièvre, courbature, douleur dans les reins, maux de tête, rhume de cerveau). Il s'était soigné seul, mais n'arrivant pas à se guérir il venait me demander ce qu'il devait faire. Il se plaignait d'un mal de tête siègeant au front, aux yeux et surtout à la nuque et à l'occiput, de vertiges, bourdonnements d'oreilles, d'une douleur le long de la colonne vertébrale, de courbature, de fatigue au plus petit effort, et de ne pouvoir fournir aucun travail prolongé. L'appétit était presque nul, la constipation fréquente, amaigrissement marqué. Après examen attentif, où je constatais l'absence de fièvre, je conclus à de la neurasthénie avec asthénie neuro-musculaire et atonie gastro intestinale, défaut général d'énergie et état d'infériorité de tout le système nerveux. L'indication formelle était de soutenir, de relever l'état général par une médication tonique devant stimuler l'économie et enrayer les progrès de la dénutrition. Il convenait du reste de ne pas attendre que la situation de l'organisme fut devenue plus critique et que l'anémie post-grippale se fût accentuée. J'ordonnai donc comme traitement : repos physique et cérébral, bonne nourriture, et, comme médication unique, l'emploi de la Biosine Le Perdriel deux fois par jour dans un peu d'eau sucrée. Après quelques semaines de ce traitement, mon client était remis d'aplomb. Les douleurs avaient cessé, les forces nerveuses étaient revenues, ainsi que l'appétit, le facies recoloré, bref, la guérison était complète et ce malade reprenait rapidement ses occupations. »

Ce cas n'est pas isolé. Grâce à ses élements constituants associés, glycérophosphate de chaux et glycérophosphate de fer soluble, la Biosine Le Perdriel constitue une arme puissante, et agit très efficacement en remédiant à la déglobulisation, indice certain de dénutrition. La Biosine Le Perdriel, est une combinaison des plus stables qui peut-être administrée dans tous les cas de déchéance ou d'usure, chez les enfants, les jeunes filles, et chez les femmes en état de grossesse, car elle combat les vomissements incoercibles. Elle convient aux convalescents, aux prétuberculeux, et relève la nutrition générale, en excitant l'appétit, et toutes les fonctions organiques. La Biosine Le Perdriel ne contenant pas de sucre peut-être prescrite aux diabétiques, très souvent neurasthéniques.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmace de Limoges. Un concours s'ouvrira, le 10 décembre 1906, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'Histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

VARIA

La Convention de Genève.

Lundi 11 juin, s'est ouverte à Genève la Conférence internationale qui a pour mission de reviser la Convention de Genève. Quarante Etats ont adhéré à la Conférence et trente-sept y sont représentés.

La France est représentée par MM. Révoil, ambassadeur à Berne ; Louis Renault, ministre plénipotentiaire, jurisconsulte du ministre des affaires étrangères ; le colonel d'artillerie Olivier, le médecin principal Pauzat, ces deux derniers en qualité de délégués techniques.

L'Allemagne est représentée par MM. Bülow, ministre à Berne ; le major général baron de Manteuffel ; l'Angleterre par le major sir John Ardazh, sir John Furley, le professeur Holland, le lieutenant-colonel W.-B. Mac Pherson, du Royal Army Medical Corps ; l'Autriche-Hongrie par le baron Heidler, ministre à Berne ; M. Joseph Duriel, médecin en chef du corps des officiers sanitaires de l'armée ; l'Espagne par son ministre résident, le comte de Baguer, et par d'autres délégués.

La séance d'ouverture, présidée par M. Forrer, président de la Confédération helvétique, s'est tenue à quatre heures dans l'Aula de l'Université. Les séances de la Conférence auront lieu à l'Hôtel-de-Ville, où l'on visite la salle historique de l'Alabama, où la Convention de Genève fut signée en 1864.

M. Forrer, en ouvrant la conférence, a fait, en français, l'historique rapide de la Convention.

C'est en 1864, il y a quarante-deux ans, que s'est réuni le congrès convoqué sur l'initiative du Conseil fédéral pour jeter les bases d'une entente destinée à assurer la protection aux blessés et à ceux qui les soignent en temps de guerre. Ce congrès a rédigé une convention, signée au début par douze Etats et à laquelle le monde entier adhère à l'heure présente. Excellente en principe, malgré les bons résultats obtenus jusqu'ici, la Convention de Genève a ses défectuosités et ses lacunes. En 1867, des améliorations avaient été proposées à la conférence sanitaire militaire de Berlin, ainsi qu'à l'assemblée des sociétés des secours aux militaires blessés, réunie la même année à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle.

Le Conseil fédéral convoqua en 1868 tous les Etats adhérents en congrès à Genève pour établir momentanément les règles de droit international au sujet de la guerre maritime. Mais les articles adoptés le 20 octobre 1868 n'ont pas été ratifiés par tous les Etats. La conférence internationale de Bruxelles en 1874 pour codifier le droit de la guerre a encore examiné la Convention de Genève. La conférence de la Haye a étendu la convention de Genève à la guerre maritime. Mais elle n'a pas pu faire le remaniement nécessaire de la Convention et s'est bornée à formuler le vœu « qu'une conférence spéciale soit convoquée pour soumettre cette convention à un nouvel examen ».

C'est cette conférence dont les travaux ont commencé et qui se continuent sous la présidence de M. Odier, ministre de Suisse à Saint Pétersbourg.

A propos du service médical des Postes de Secours du Circuit de la Sarthe.

Sur l'invitation de M. le Préfet de la Sarthe, demandant l'organisation d'un service de secours médicaux à l'occasion du Circuit de la Sarthe, une Commission de Médecins de la région intéressée étudia cette organisation et il lui sembla que ce service, nécessitant pour chaque médecin une garde de 5 h. du matin à 5 h. du soir, et cela pendant 2 jours consécutifs, entraînait l'obligation d'une indemnité pour le médecin. Cette indemnité fut refusée par l'A. C. F. La Commission se déclara dissoute, et le Syndicat médical de la Sarthe vota à l'unanimité en assemblée générale l'ordre du jour suivant :

« Les membres syndiqués du Corps Médical de la Sarthe,

Considérant qu'il existe un prolétariat médical désireux de vivre de l'exercice de sa profession ; déclarent qu'à l'avenir — pour éviter les difficultés semblables à celles que vient de

révéler la tentative d'organisation du Service médical à l'occasion du *Circuit de la Sarthe* — aucun membre du Syndicat ne devra prêter son concours à l'occasion d'un service médical, sans en référer à la Commission du Syndicat, et, dans les cas urgents, sans l'avis du Président dudit Syndicat, et cela quel que soit le but de l'œuvre pour laquelle les commissions de fêtes demanderont cette organisation; décident, en outre, que notification de cette décision sera faite à l'*Union générale des Syndicats médicaux de France*, et à tous les Médecins du département non encore syndiqués, en faisant part à ces derniers du vif désir de leurs Confrères syndiqués de les voir s'associer à eux pour la défense intégrale de tous les intérêts professionnels. »

Remarquons que la course du « Circuit de la Sarthe », n'est nullement une œuvre de bienfaisance, que le département de la Sarthe lui donne une subvention considérable, et que les médecins de la Sarthe n'ont aucune raison pour faire des sacrifices en faveur de cette course. J. N.

Boulangerie et Tuberculose.

Il y a quelques jours s'est tenue à l'Hôtel des Sociétés savantes la séance d'inauguration de l'école professionnelle de la boulangerie, sous la présidence d'honneur du docteur Brouardel et la présidence effective du docteur Roux, de l'Institut Pasteur, assisté du docteur Chamberlin. M. Grégoire de la Chambre syndicale des ouvriers boulangers, a démontré le danger que les poussières de farine faisaient courir pour les ouvriers boulangers. Selon lui, sur 400,000 ouvriers boulangers français, 280,000 sont atteints de tuberculose et peuvent contaminer par l'expuition de la toux durant leur travail ou par leur sueur la pâte qu'ils pétrissent. M. Grégoire a réclamé l'emploi de pétrins mécaniques. Il a fait appel à la science pour guider de ses conseils la nouvelle école professionnelle nommée « la Fraternelle » et qui est à la fois école et société coopérative.

Le docteur Roux a étudié la fabrication du pain au point de vue hygiénique et a reconnu qu'elle était actuellement des plus défectueuses. Il a approuvé la plupart des réformes hygiéniques exposées par M. Grégoire.

Education sexuelle de la jeunesse.

Valentine (*New-York med. Journ.*) résume son opinion sur ce sujet dans les points suivants :

1° La physiologie et l'hygiène sexuelles ne doivent pas être nécessairement enseignées aux jeunes filles, à part dans quelques conditions exceptionnelles lorsque l'impulsion (l'instinct) sexuelle est prématurément développée ;

2° La physiologie et l'hygiène sexuelles doivent au contraire être enseignées à chaque garçon, à l'âge où la puberté mentale et sexuelle le met en état de profiter de cet enseignement ;

3° La nature et le but de cet enseignement doivent être réglés selon la faculté de l'élève d'apprécier la morale inhérente ;

4° L'âge utile pour cette éducation spéciale est variable. Le moment propice est celui où une prophylaxie physique et morale devient une nécessité ;

5° Le choix des parents, du professeur ou du médecin comme initiateur dépend de l'individualité de cette personne ;

6° L'instruction sur les sujets sexuels peut être donnée dans les institutions scolaires, mais à un nombre restreint d'élèves à la fois, et ceux-ci doivent être sélectionnés d'après leur mentalité aussi semblable que possible ;

7° Les livres d'hygiène élémentaire ne doivent pas contenir les chapitres de physiologie sexuelle. Seul, le professeur possédera ce livre, mais il pourra le prêter aux élèves qu'il jugera suffisamment mûrs pour le lire sans en abuser. (Voir à ce sujet le *Progrès médical*, 12 mai 1906.)

Hygiène sociale.

Guillaume II a ordonné que la brochure de la ligue antialcoolique allemande intitulée : « L'alcool et la valeur militaire » soit distribuée dorénavant à toutes les recrues de l'armée allemande à leur arrivée au corps. Les officiers sont tenus à faire une ou deux conférences explicites sur le sujet. (*Munch. méd. Wochschr.*).

Le voyage médical en Allemagne.

L'« *E. M. I.* — » 1906 visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (Universités, Hôpitaux, Stations Thermales les plus réputées).

Départ de Paris, le jeudi soir 9 août.

10 Août : Aix-la-Chapelle, Cologne. — 11 août : Cologne, Bonn. — 12 août : Bonn. — 13 août : Wiesbaden. — 14 août : Francfort. 15 août : Marbourg. — 16 août : Leipsig. — 17, 18 et 19 août : Berlin. — 20 août : Dresde. — 21 août : Heidelberg. — 22 août : Baden-Baden.

Retour à Paris, le jeudi soir 23 août.

Le concours de nos confrères allemands, ainsi que celui des bourgmestres et des municipalités, nous est acquis par tout sur notre passage. — Parmi les réceptions qui nous seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. — A Marbourg, les médecins français seront admis à l'Institut d'hygiène de Son Excellence M. le Professeur von Behring.

Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et en tout cas avant le 20 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des « Excursions Médicales Internationales », au service-annexe de l'Œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris. Ier. (Téléphone : 121. 08).

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France.

Programme du voyage pour 1906. — Hauteville (Sanatorium) — Evian — Thonon — Saint-Gervais — Chamonix — Annecy — Aix — Marlioz — Le Revard — Challes — Salins-Moutiers — Brides — Pralognan — Allevard — La Motte — Bouquéron — Uriage.

La ville de Lyon est prise comme point de concentration. Chaque voyageur s'y rendra isolément.

Samedi 1er septembre : Réunion de tous les adhérents du voyage à la gare de Lyon-Perrache, à 6 h. du matin. — Départ du train spécial à 6 h. 15. — Arrivée à Tenay. — Départ en voitures pour Hauteville. — Visite du sanatorium. — Arrivée à Evian vers 7 h. — Dîner. — Coucher.

Dimanche 2 septembre : Le matin, visite d'Evian. — L'après-midi, promenade sur le lac offerte par la Société d'Evian. — Dîner. — Coucher.

Lundi 3 septembre : Le matin, départ pour Thonon. — Visite, déjeuner. — Dans l'après-midi, départ en train spécial pour Le Fayet. — Arrivée à Saint-Gervais vers 6 h. du soir. — Dîner. — Coucher.

Mardi 4 septembre : Le matin, visite de Saint-Gervais. — Après-midi, excursion à Chamonix. — Retour à Saint-Gervais pour coucher.

Mercredi 5 septembre : Le matin, départ en train spécial, pour Annecy. — Tour du lac en bateau. — A 1 h., départ en train spécial, arrêt à Lovagny. — Visite des gorges du Fier. — Arrivée à Aix. — Dîner. — Coucher.

Jeudi 6 septembre : Journée à Aix.

Vendredi 7 septembre : Le matin, départ en train spécial pour Challes. — Après-midi, en train spécial pour Salins-Moutiers. — Dîner. — Coucher à Brides.

Samedi 8 septembre : Le matin, départ en voitures pour Pralognan. — Retour à Brides. — Dîner. — Coucher.

Dimanche 9 septembre : Le matin, visite de Brides. — Après-midi, départ en train spécial pour Allevard. — Dîner. — Coucher.

Lundi 10 septembre : Le matin, visite d'Allevard. — Après-midi, départ en train spécial pour Grenoble, puis en voiture pour Bouquéron. — Dîner et coucher à Uriage.

Mardi 11 septembre : Le matin, départ pour La Motte. — Après-midi, visite de Vizille. — Dîner et coucher à Uriage.

Mercredi 12 septembre : Le matin, visite d'Uriage. — Déjeuner. — Dislocation.

Bourses de voyage. — Quatorze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1906. L'attribution en a été fixée comme suit par leurs fondateurs : 1° Bourse du Professeur Henrot : un Interne des Hôpitaux de Reims, 2° Bourse de la Société

de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) : un Interne des Hôpitaux de Paris. 3° Bourse du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : « un Médecin, à la fois membre du Concours médical et de l'Association générale des Médecins de France ». 4° Bourse de la Compagnie générale des Eaux minérales et Bains de mer : un Etudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans l'année scolaire 1905-1906. 5° Bourse de la Société des Eaux thermales d'Evaux-les-Bains (Creuse) : « un membre du Concours médical affilié à l'Association des Médecins de France ». 6°-7°-8°-9°-10° Cinq Bourses de la Société d'Evian (Haute-Savoie) : 1° Un Médecin Anglais; 2° Un Médecin Danois; 3° et 4° Deux Médecins Italiens 5° Un étudiant en médecine, ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lyon, dans l'année scolaire 1905-1906. 11° Bourse de la Compagnie fermière du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) : un Etudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lille, dans l'année scolaire 1905-1906. 12° Bourse de la Compagnie des Eaux minérales de Pougues (Nièvre) : un Interne des hôpitaux de Bruxelles. 13° Bourse de la Compagnie générale des Eaux de Royat (Puy-de-Dôme) : un Interne des hôpitaux de Paris. 14° Bourse de la Compagnie fermière de Vichy (Allier) : un Etudiant ayant passé sa thèse de Doctorat à la Faculté de Médecine de Paris, dans l'année scolaire 1905-1906.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e), ou au Dr Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris (8e). Les inscriptions sont reçues *jusqu'au 15 août* 1906, terme de rigueur.

LES CONGRÈS

Congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine.

(Cannes-Monaco-Menton-Ajaccio)

Le troisième congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine tiendra ses assises, aux vacances de Pâques 1907, sur la Riviera française (portion comprise entre Hyères et la frontière Italienne) et en Corse. Les séances auront lieu à Cannes, à Monaco, à Menton et à Ajaccio ; mais toutes les villes et stations du Littoral Méditerranéen et de la Corse sont inscrites dans le programme : Cannes, Nice, Monte-Carlo, Menton, Hyères, Antibes, Grasse, St-Raphaël, Juan-les-Pins, Beaulieu, le Cap-Martin, Thorenc, etc., etc. Le congrès durera environ une semaine sur la côte française ; il se terminera en Corse.

Questions à rapport : Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera française, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes ; rapporteur : M. le Dr Chuquet, de Cannes. — Les adénopathies et les tuberculoses locales à Cannes ; rapporteur : M. le Dr Bourcart, de Cannes. — Les maladies nerveuses sur le Littoral Méditerranéen ; rapporteur : M. le Dr Sauvage, de Cannes-le-Cannet. — Question annexe : traitement électrothérapique dans ces maladies, sur le littoral ; rapporteurs : MM. les Drs Bonnefoy et Josserand, de Cannes. — L'hygiène à Menton ; rapporteur : M. le Dr Tartarin, de Menton. — Les poussières des routes sur le Littoral Méditerranéen, rapporteurs : M. le Dr Chaboux, de Menton, et M. le Dr Guglielminetti, de Monte-Carlo. — L'hygiène dans la Principauté de Monaco, rapporteur : M. le Dr Vivant, de Monte-Carlo.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes (l'été à la Bourboule, Villa des Sorbiers). *Pour tout ce qui regarde la trésorerie,* à M. le Dr Bienfait, trésorier général, Villa Marie-Louise, boulevard d'Alsace, à Cannes (l'été à Vichy).

Hommage au Pr Gilbert. — Les amis et les élèves du Pr Gilbert, désireux de lui offrir une médaille à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, ont ouvert une souscription à laquelle ils seraient heureux de vous voir participer. Le graveur Prudhomme a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille. Le chiffre de la cotisation n'est pas limité ; à tout souscripteur de la somme de vingt-cinq francs sera remis un exemplaire de la médaille offerte. Les cotisations doivent être adressées, avec une carte de visite, à MM. J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 16. La souscription sera close le 15 novembre 1906.

FORMULES

XLVII. — Contre l'épilepsie.

La *Revue Médicale de Normandie* (page 184) publie la formule suivante :

Adonis vernalis	2 gr.
Bromure de potassium	7 gr. 50
Codéine	0 gr. 12

Cette formule représente par *cuillerée à bouche* :

Adonis	0 gr. 30 centig.
Bromure de potassium	1 gr. 15 —
Codéine	0 gr. 018 mm.

En en prescrivant de 4 à 8 cuillerées à bouche par jour, cela fait :

Adonis, de	1 gr. 20 à 2 gr. 40
Bromure, de	4 gr. 45 à 8 gr. 90
Codéine, de	7 cent. 02 à 14 centig.

(de Bechterew.)

La dose de codéine paraît élevée (de 7 cent. à 14), alors que le maximum habituel est de 5 centig. par jour. Il doit s'agir d'accoutumance

L'adonis est à dose normale, mais il semble que, dans une telle association, ce soit la codéine et le bromure qui se partagent l'action.

L'adonis serait un auxiliaire susceptible de régulariser les battements du cœur, d'augmenter la pression artérielle et la diurèse.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 27 juin.* — *M. Leborgne* : Contribution à l'étude des symptômes et des lésions médullaires de la démence précoce (MM. Brissaud, Déjerine, Roger, Launois). — *M. Blondel* : Les auto-mutilateurs (MM. Déjerine, Brissaud, Roger, Launois). — *M. Trémolières* : L'entéro-colite muco-membraneuse (Etude critique, expérimentale et clinique) (MM. Roger, Brissaud, Déjerine, Launois).

Jeudi, 28 juin. — *M. Le Mière* : De la dystrophie congénitale du tissu fibro-élastique (maladie évolutive) (MM. Guyon, Cornil, Bergers, Jeanselme). — *M. Berthomier* : Les courants de haute fréquence dans les dermatoses dites (autrefois) diathésiques (MM. Cornil, Guyon, Berger, Jeanselme). — *M. Damiot* : Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia (MM. Berger, Guyon, Cornil, Jeanselme). — *M. Bourgoix* : La consultation de nourrissons à la maternité de Lariboisière (MM. Budin, De Lapersonne, Gilbert, Carnot). — *M. Delbarre* : Etude clinique sur le traitement opératoire du strabisme concomitant interne (MM. De Lapersonne, Budin, Gilbert, Carnot). — *M. Lover* : De l'acholie pigmentaire chez les enfants (MM. Gilbert, Budin, De Lapersonne, Carnot. — *M. Couppe de Lahongrais* : Le voisinage du chien. Ses dangers (MM. Gilbert, Budin, De Lapersonne, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi, 25 juin.* — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Brissaud, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Claude, Balthazard.

Mardi, 26 juin. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Raymond, Thiroloix, Dupré. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Robin, Méry, Carnot.

Mercredi, 27 juin. — 3e (1re partie, Oral, Salle Béclard) : MM. Kirmisson, Lepage, Branca. — 3e (2e partie, Oral, Salle Brousais) : MM. Blanchard, Labbé (Marcel), Macaigne. — 1e (Sages femmes, Salle Richet) : MM. Ribemont-Dessaignes, Wallich, Potocki.

Jeudi, 28 juin. — 3e 2e partie, 1re série, Oral, Salle Béclard) : MM. Dieulafoy, Renon, Guiart — 3e (2e partie, 2e série, Oral, Salle Corvisart) : MM. Hutinel, Thiroloix, Bezançon. — 1er (Sages-femmes, 1re série Salle Velpeau) : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes, Bonnaire. — 1er (Sages-femmes, 2e série, Salle Richet) : MM. Poirier, Bar, Demelin.

Vendredi, 29 juin. — 2e (Sages-femmes, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Wallich.

Samedi, 30 juin. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Hutinel, Thiroloix, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Chantemesse, Rénon, Gouget. — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin Janselme, Bezançon. — 2e (Sages-femmes, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes, Demelin.

Monument Nocard. — La cérémonie d'inauguration de monument aura lieu à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, le dimanche 24 juin 1906 à 9 h. 1/2, sous la présidence de M. le Ministre de l'agriculture. —

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 3 au samedi 9 juin 1906, les naissances ont été au nombre de 1101, se décomposant ainsi : légitimes 815, illégitimes 286.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 846, savoir : 445 hommes et 401 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 0. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 11. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 1. — Tuberculose des poumons : 211. — Tuberculose des méninges : 23. — Autres tuberculoses : 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : 57. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 52. — Maladies organiques du cœur : 64. — Bronchite aiguë : 6. — Bronchite chronique : 13. — Pneumonie : 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 68. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 17. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 9. — Néphrite et mal de Bright : 30. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 18. — Débilité sénile : 18. — Morts violentes : 32. — Suicides : 6. — Autres maladies : 115. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 15.

École du service militaire de Lyon. — Les candidats à l'école du service de santé militaire sont informés que, par décision du 7 juin 1906, le ministre de la guerre a fixé à cinquante le nombre des élèves à admettre à ladite école, à la suite du concours de 1906, sous la réserve que ceux qui n'auront pas accompli l'année de service prescrite par la loi du 5 mars 1905 passeront un an dans un corps de troupe avant leur entrée à ladite école. Les élèves démissionnaires seront remplacés avant l'ouverture des cours par d'autres élèves pris dans l'ordre de la liste de classement du concours.

Concours de l'Internat en Pharmacie. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Lhote, Prie, Alliot, Linarix, Guillaumin, Ciété, Hamel, Barbe, Sommelet, Saffar, Drouilhet, de Saint Stéban, Fleury, Navarre, Le Maitre, Lecronier, Legoux, Bertheaume, Bégneux, Rivière, Rousselet (Alb) Chédaille, Saint-Paul, Papet, Rebour, Detœuf, Guilmin, Lacroix, Martin, Aug. Chanterilli, Bonnet, Eschbach, Leconte, Fercocq, Lasne, Hurbain, Morel, Debas, Dubreuil, Bailly, Marchal, Bonnalous, Voille, Leluc, Coudert, Paris, Montlaur, Brossard, Tixier, Bonvoisin, Dauchy, Bondois, Guilley, Jouanne, Pagenel, Deffins, Allamagny, Coulon, Giraud, Tigier, Linet.

Hopitaux d'Angers. — A la suite du concours qui vient de se tenir, M. René Tesson, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien des hôpitaux d'Angers.

Boissons alcooliques en Afrique. — A la Chambre des communes, sir Edward Grey, ministre des affaires étrangères, a déclaré que le gouvernement belge avait lancé des invitations pour une nouvelle conférence internationale au sujet du commerce des boissons alcooliques en Afrique, et que l'on espérait que cette conférence pourra se réunir dans le courant de l'automne.

Corps de santé militaire. — Les médecins principaux de 1re classe Reverchon, hospice Dijon, affecté Nice, a pas rejoint, désigné pour Besançon ; Bruant, Besançon, à Nice.

Les médecins majors de 1re classe Labroue, 3e artillerie, passe Saint-Etienne ; Courtois, 163e inf., 3e artillerie ; Lebon, 12e inf., Marseille. Les médecins majors de 2e classe Barbière, 1er drag., passe 163e inf. ; Coste, Oran, au 53e ; Parant, 3e huss., au 1er spahis, Lesterlin, 13e drag., au 1e ; Pignet 1er spahis Alger ; Brice, 51e inf., maintenu ; Langlois, 56e, au 3e huss. ; Cassan, 118e au 88e ; Paul, 65e inf., 162e. Les médecins aides-majors de 1re classe Ser, de Constantine, au 118e inf., Dargein, Oran, 2e zouaves. Les médecins aides-majors de 2e classe Cazeneuve, d'Alger à Oran ; Rémy, de Constantine aux hopitaux division Constantine. Pharmacien-major de 1re classe Guillot, de Chambéry à Lyon. Pharmacien-major de 2e classe Sarthou, de Bordeaux à Bastia. Pharmacien aide-major de 1re classe Comte Bastia, à Chambéry.

Les officiers d'administration de 1re classe Valéry, d'Oran à Perpignan ; Grimel, d'Oran à la 20e section infirmiers. Les officiers d'administration de 2e classe Fage, du 4e corps, à Toul ; Génevès, Marseille à Troyes ; Ballet, du Mans, à direction service santé 4e corps ; Lesparre, de Toul à Bordeaux.

Corps de santé colonial. — Sont affectés : à Madagascar, Lafage, médecin principal 2e cl., Hyères ; — au Congo, Gaillard, médecin aide major 1re cl. 21e inf. col. ; Lassserre, id. 3e art. col. ; — en Afrique occidentale, Dubourcau, médecin aide major 2e cl., 24e ; Quennoc, id. 2e ; Pochoy, id. 3e ; — au Tonkin, Dufresne, médecin aide-major 2e cl. 5 inf. col. ; — en France, Arami, désigné pour Madagascar ; hopital d'Hyères, Capus ; les médecins majors de 1re cl. ; Pinard, 1re art. col., désigné Afrique ; Legendre, 22e inf. col. Hyères, rentre de Madagascar ; Hotchkiss, 4e inf. col. Toulon, attendu de Madagascar ; Rogé, 21e inf. col. Paris, du 2e art. col.

Approbations du mutations : à Madagascar, hopital Tamatave,

Gouzien, major 1re cl. ; 1re cl. ; 1er tiraill. malgach. Maevatanana, Castueil, major 2e cl. ; ambulance Fort-Dauphin, Le Croignec, major 2e cl. ; 1er tiraill. malgach, Fianarantsoa, Grillat aide-major 1re cl. ; médecin inspecteur. Ambrositia, Montfort, aide-major 1re cl., médecin inspecteur de l'Itasy, Garnier, aide major 1re cl. ; pharmacien chef Tananarive. Payen, pharm. maj. 1re cl. ; — à la Nouvelle-Calédonie, à Nouméa, Le Roy, médecin aide-major 1re cl.

Autorisation de prolongation de séjour en Indo-Chine : Haueur major 1re cl. ambul. Mytho ; Manaud, aide major 1re cl. ; hopital Hanoi ; Vergne, serv. vaccine au Laos ; Claverin, pharm. major 2e cl. hopital Quang-Yen.

Convocation du personnel de santé des réserves. — Des circulaires ministérielles viennent de régler ce qui concerne l'appel, en 1906, des médecins de réserve et de l'armée territoriale, ainsi que des officiers d'administration du service de santé desdites réserves.

Seront convoqués : Dans la *réserve* (pour des périodes de quatre semaines) : Médecins-majors de 2e classe, 10 ; Médecins aides-majors de 1re classe, 67 ; Médecins aides-majors de 2e classe, 432 ; Officiers d'administration de 2e classe, 35 ; Officiers d'administration de 3e classe, 140 ;

Dans *l'armée territoriale* (pour des périodes de deux semaines); Médecins-majors de 2e classe, 29 ; Médecins aides-majors de 1re classe, 216 ; Médecins aides-majors de 2e classe, 78 ; Officiers d'administration de 2e classe, 100 ; Officiers d'administration de 3e classe, 55. Suivent les prescriptions de détail habituelles.

Journalistique. — Notre distingué ami et collaborateur, le Dr Lucien-Graux, est devenu, depuis le 1er juin, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, dont le Dr Morice reste le directeur. Nous le félicitons vivement et le remercions de continuer au *Progrès Médical*, pour l'hydrologie et la climatologie, son excellente collaboration. — N. D. L. R.

Le blanc de céruse.— La commission sénatoriale des composés du plomb a approuvé le rapport de M. Pédebidou, qui conclut à l'adoption du texte voté par la Chambre, c'est-à-dire à l'interdiction de l'emploi du blanc de céruse et de l'huile lithargire dans tous les travaux de peinture à l'intérieur des bâtiments et à l'extension possible de cette interdiction, par un règlement d'administration publique, aux travaux à l'extérieur. Toutefois, la majorité de la commission a été d'avis qu'il y avait lieu d'accorder aux fabricants de céruse une compensation pécuniaire. On sait que le principe de l'indemnité avait été écarté par la Chambre, en sorte que si la Haute Assemblée accepte la solution que lui soumet sa commission, la proposition devra retourner au Palais-Bourbon, d'où un nouveau retard très préjudiciable à l'hygiène et à la santé des travailleurs.

Le rapport de M. Pédebidou comprend une centaine de pages : il débute par un historique très complet des débats engagés à la Chambre et des travaux de la commission sénatoriale. Le sénateur des Hautes-Pyrénées se livre ensuite à une appréciation des résultats de l'enquête des entrepreneurs de peinture, puis à une étude approfondie des causes véritables du saturnisme dû à la céruse : il traite enfin de la règlementation à l'étranger, de la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse et de la question des indemnités aux fabricants. (*Le Matin.*)

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort à l'âge de 34 ans, de M. le Dr Ch. Chapotin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Nous l'avons eu comme interne provisoire en 1898 et nous n'avons eu qu'à nous louer de ses services. Nous avons publié ensemble : Un cas d'athétose double avec mouvements convulsifs de la face simulant les tissus convulsifs (Compte rendu de 1898, p. 26) ; — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre (*Ibid.*, p. 100) ; — De l'éosinate de soude dans le traitement de l'épilepsie et des accidents qu'il produit (*Ibid.*, 1899) ; — Travail qui lui servit à inspirer la thèse sur le même sujet de Prime, intitulée : « Des accidents toxiques par l'éosinate de sodium », Paris 1900. — Chapotin était allé s'installer à Lorient dont la municipalité l'avait chargé d'un cours pour les infirmières. Nous adressons à sa famille, si douloureusement éprouvée, l'expression de nos sentiments de condoléances les plus sympathiques. — Nous avons encore le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr A. Josias, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, qui fut longtemps collaborateur du *Progrès Médical*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. JOANNIN
24, rue de Condé.

Raspail (F.) — Nouvelle thérapeutique des plaies et ulcérations par l'aéro-thermobalsamogène et la camphénine. In-8° de 24 pages. Prix . . . . . . 0 fr. 76.

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain

Bertillon (J.). — Du saturnisme ; de la forte mortalité des ouvriers qui y sont exposés. In-8° de 27 pages. Extrait de la *Rev. d'hygiène et de police sanitaire.*

Cros-Mayrevieille (Gabriel). — L'administration du patrimoine des pauvres. Etude historique 1 vol. In-8° de 114 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils
19, rue Hautefeuille.

Jullien (L.) (Chirurgien de St-Lazare.) — La Blennorragie (Formes rares et peu connues) 1905. In-8, 85 pages . . . . . . 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 26 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 30 JUIN 1906

Le Progrès Médical

Congrès d'hygiène et de salubrité publiques. (Marseille [illegible] octobre 1906). — Voici la composition du bureau de ce Congrès :

[illegible] Casimir Périer, *président* ; MM. J. Siegfried, Chantemesse, Debove A. J. Martin, *vice-présidents* ; M. de Montricher, secrétaire général ; M Domergue trésorier. M. Que rel est président du Comité d'organisation, dont le secrétariat général siège [illegible], rue de Grignan à Marseille.

PÉDIATRIE

—

La réalimentation provisoire par les céréales et les légumineuses dans les gastro-entérites des nourrissons ;

Par le Dr Louis NETTER.

On sait que la diète hydrique est le remède unique et souverain de la gastro-entérite des nourrissons. Employée pour la première fois par Netter, de Strasbourg, en 1873, et par Luton, laissée dans l'oubli, puis remise en honneur par M. Marfan, elle a donné des succès si merveilleux que rien ne peut et ne pourra lui être substitué. Mais s'il est nécessaire de la prolonger pendant 24 à 48 heures, pour enrayer les symptômes alarmants des diarrhées infantiles, on ne peut sans inconvénient en continuer l'usage plus longtemps ; on procède alors à ce qu'on appelle la *reprise du lait*. Parfois, celle-ci s'accomplit sans incidents : l'infection digestive a disparu, grâce au traitement hydrique, le retour à l'alimentation lactée n'amène pas la réapparition des symptômes de la maladie ; la courbe du poids est normale.

Malheureusement, dans un grand nombre de cas, les faits ne se passent pas aussi favorablement ; on voit reparaître, à la reprise du lait, la diarrhée, les vomissements, la fièvre, l'abaissement de la courbe de poids, en un mot, les mêmes signes graves qui avaient précédemment nécessité le régime hydrique. Chez ces nourrissons, il faut alors recourir de nouveau à l'emploi de l'eau pure, et ce à plusieurs reprises : on traite chez eux la gastro-entérite par des *diètes hydriques à répétition*.

Dans ces dernières années, on a voulu étudier ces faits de plus près, et on a vu que certains nourrissons dyspeptiques *étaient incapables de digérer le lait pendant un temps plus ou moins long*. Ne pouvant leur donner uniquement de l'eau, il fallait s'adresser à une autre alimentation. A la suite de divers travaux scientifiques et cliniques, on est arrivé à cette conception que la seule alimentation bien supportée par les jeunes enfants dyspeptiques pendant la période de transition entre la diète hydrique et la reprise du lait, était l'alimentation par les bouillies de céréales et de légumineuses. En effet, sous l'influence d'une alimen-

tation hydrocarbonée, les fermentations intestinales diminuent considérablement, ainsi que le prouve l'abaissement du taux des sulfo-éthers dans les urines. Cela résulte des recherches de Poehl, Hirschler, Winternitz, Mester et surtout de Combe, de Lausanne, et de Heubner.

En 1895, Heubner est le premier qui traite méthodiquement les gastro-entérites par les farineux ; il donne une bouillie de riz. Mais bien avant lui, l'empirisme avait constaté les bons effets des décoctions végétales dans ces maladies : Hippocrate, Celse et, plus près de nous Sydenham, dont la décoction blanche est encore en faveur, avaient connu ce traitement ; seul son emploi scientifique est de date récente. Après Heubner, Czerny et Keller, Gregor, recommandent la soupe de Malt (Malzuppe). En France, les céréales sont bientôt repréconisés par Bordes, Marfan, Ripart dans sa thèse, Méry, Lesage, Sevestre et Demarque, Terrien, Comby.

Une autre préparation, le babeurre ou lait de beurre, additionné de farine, est mise en honneur par le Hollandais de Jager, en 1895, puis, par Teixeira de Mattos, Heubner, Baginsky, Jacobson, Arraga, Cardamatis, Decherf, Pinto, de Lisbonne, Méry et Guillemot, Graanboom.

Nous passerons en revue les quatre bouillies les plus connues et nous en donnerons le mode d'emploi et la préparation. Ces quatre bouillies sont les suivantes : le babeurre ; le bouillon de légumes de Méry ; la décoction végétale de Comby ; la soupe de malt (procédé Terrien).

Le *babeurre* est le petit lait qui reste après la fermentation et le barattage de la crème. Le meilleur procédé de préparation est celui proposé par Jacobson : Laisser le lait frais 24 heures dans une pièce à 18°, 20°, enfermé dans un vase propre et couvert, qu'on agitera une ou deux fois dans la journée. On peut, pour favoriser l'acidification du lait, l'ensemencer avec une cuillerée de lait aigri de la veille.

Au bout de 24 heures, baratter le lait pour en séparer le beurre (30 à 40 minutes). Le babeurre obtenu ainsi ne doit pas être employé cru ; après l'avoir additionné d'une cuillerée à soupe par litre de farine (blé, riz, maïs ou autre), on le fait bouillir lentement, en agitant sans cesse ; au bout de 5 à 6 minutes environ, on ajoute 80 grammes de sucre et on retire du feu ; le babeurre est alors prêt à être consommé. On le donne aux nourrissons, soit au biberon, soit à la cuiller, en quantité égale à celle du lait que l'enfant doit prendre normalement. Ce médicament-aliment possède un goût non désagréable acide ; il est riche en substances albuminoïdes, en sucre et en amidon, mais très pauvre en matières grasses. Il a l'inconvénient d'être d'une préparation longue et délicate. Aussi le Dr Graanboom a-t-il proposé d'employer le babeurre condensé, mis en boîtes de conserve. Il aurait obtenu avec cette préparation d'excellents résultats. D'après les auteurs qui ont employé le babeurre, en le donnant à des nourrissons malades depuis l'âge de 15 jours jusqu'à celui de 18 mois, on aurait obtenu des succès in liscutables dans le traitement des gastro-entérites, subaiguës ou chroniques, dans les dyspepsies du sevrage, et surtout dans les dysepsies par excès de matières grasses.

Il agirait surtout contre la diarrhée et les vomissements. Mais on aurait tort de considérer le babeurre comme une panacée universelle : certains nourrissons, surtout les plus jeunes, le supportent mal ; en tous cas son usage ne doit pas être prolongé outre mesure ; petit à petit, on doit revenir à l'alimentation lactée.

Mais le type le plus parfait de régime préparatoire à la reprise du lait dans la convalescence des gastro-entérites, c'est la *bouillie au bouillon de légumes de Méry* ; à cet auteur revient l'honneur de l'avoir employ[é] pour la première fois en 1903. Avant cette époque o[n] admettait que le tube digestif des jeunes nourrissons n[e] pouvait digérer les féculents, sous le prétexte qu'o[n] ne trouvait que des quantités infimes de ptyaline o[u] d'amylopsine dans le suc des glandes du tube diges[-] tif, on croyait que les féculents ne pouvaient être di[gé-] rés et absorbés. Cette erreur était si bien admise que dans bien des services hospitaliers, les mères qui don[-] naient des bouillies avant l'âge d'un an étaient semon[-] cées d'importance ! Il a fallu que Pawlow montrât ex[-] périmentalement que les glandes digestives adaptent leur fonctionnement à la nature de l'aliment qu'on leur fournit pour dissiper ces préventions erronées. [À] l'heure actuelle, il est bien démontré que lorsqu'o[n] donne des féculents à un nourrisson, son pancras et s[es] glandes digestives se mettent à sécréter de la diastas[e].

Partant de ces idées, Méry essaya son bouillon de l[é-] gumes et obtint de merveilleux résultats. Voici de quel[le] manière il doit être préparé :

On met pour un litre d'eau :

Carottes	ââ 60 gr.
Pommes de terre	
Navets	ââ 25 gr
Pois ou haricots secs	

Faire bouillir pendant 4 heures dans une marmi[te] couverte ; ajouter après la cuisson 5 grammes de s[el] par litre de bouillon. Ce bouillon doit être préparé to[us] les jours et employé frais ; on peut l'utiliser à la pla[ce] de lait, pour faire des bouillies aux farines (crème [de] riz de préférence, 1 cuillerée à café pour 100 gr. [de] bouillon).

On peut donner ce bouillon tel qu'il est, ou addition[-] né de farine, à des nourrissons de tout âge (de 18 jou[rs] à 18 mois) ; on peut en prolonger l'usage pendant u[ne] semaine après la diète hydrique. L'effet est rapideme[nt] manifeste, l'enfant bénéficie d'une augmentation co[n-] sidérable de poids, due à la réhydratation des tissus [sous] l'influence du chlorure de sodium, ainsi que cela [res-] sort des travaux de Widal sur la rétention chloru[rée]. Lorsqu'il faudra revenir au régime du lait, on com[-] mencera par employer le lait humanisé de Bakha[us] n° 1, ou encore le képhir n° 2 ; souvent, à ce mom[ent] le babeurre est bien toléré.

La décoction végétale de M. Comby est une prépa[-] ration voisine du bouillon de légumes : on prend [par-] ties égales, soit une cuillerée à soupe (30 grammes) de trois céréales, blé, orge, maïs et de trois légumineu[-] ses, lentille, haricot blanc et pois secs. Pour ren[dre la] cuisson plus facile, on concasse le maïs ; puis, [on fait] bouillir pendant trois heures, dans trois litres [d'eau] avec addition de 20 grammes de sel marin ; par l'é[bulli-] tion, le tout se réduit à un litre environ. On pass[e]; on fait un petit potage en ajoutant une cuiller[ée à] soupe de farine de riz, orge, avoine ou blé pour [...] grammes de bouillon végétal ; ne pas conser[ver le] bouillon plus de 24 heures. On donne ce potag[e aux] nourrissons, soit comme nourriture unique, soi[t com-] me complément de l'allaitement artificiel, ou m[ême de] l'allaitement naturel dans quelques cas.

Cette préparation jouit d'un rôle réhydratant [en-] plus énergique que le bouillon de Méry ; elle [con-] plus de phosphates et de sulfates, elle est plus [riche en] matières hydrocarbonées et en albumines vé[-]

...s indications diffèrent peu de celles du bouillon de Méry.

Nous avons dit précédemment que les nourrissons digéraient plus facilement qu'on ne le pense les substances amylacées. Nous avons vu également que les hydrocarbures jouissaient d'un pouvoir antiputride considérable vis-à-vis des fermentations intestinales. On obtient des résultats encore meilleurs lorsqu'on administre au nourrisson des corps hydrocarbonés qui ont subi déjà un commencement d'*action diastasique*. Les diastases se comportent à l'égard de l'amidon de la façon suivante :

1° Elles *solubilisent* l'empois d'amidon.

2° Elles le *saccharifient*.

L'expérience a démontré qu'en donnant aux nourrissons des bouillies dans lesquelles l'amidon a subi la première de ces transformations, *et celle-là seulement*, on obtenait, dans le traitement des gastro-entérites, des succès très réels. Il faut donc employer dans ces circonstances, des bouillies diastasées avec du *malt brut*, susceptible de solubiliser l'amidon sans le saccharifier. On arrive à ce résultat avec le procédé employé par M. E. Terrien, depuis 1905. *La soupe de Malt*, préparée par ce dernier auteur, diffère un peu du procédé de Keller (1899) et de celui de Sevestre et Demarque (1904).

Dans le procédé de Keller, on ajoute à un mélange de 50 grammes de farine, de 1/3 de litre de lait et de 2/3 de litre d'eau, 100 grammes d'extrait de malt. On chauffe et fait cuire quelques minutes en agitant constamment.

Sevestre et Demarque préparent la soupe de malt de la façon suivante : 1/3 de litre de lait, 2/3 d'eau, 120 gr. de farine sont portés à l'ébullition ; on laisse refroidir à 70°, puis on ajoute une cuillerée à café de malt, qui agit à des températures variables au-dessous de 70°.

D'après Terrien, ces bouillies sont saccharifiées, car le malt saccharifie l'amidon à basse température, tandis qu'à 80°, il le liquéfie sans le transformer en maltose. Les bouillies trop maltosées donnent des résultats médiocres, tandis que celles dans lesquelles l'amidon est seulement liquéfié sont très efficaces.

Voici la technique de Terrien :

Préparer une infusion de malt brut très frais, entre 58° et 60° ; faire ensuite une bouillie avec 1/3 de litre de lait, 2/3 d'eau et 70 à 80 gr. de crème de riz ; ... bouillir 1/4 d'heure. Opérer ensuite le maltosage à la température de 80° avec l'infusion de malt précédemment préparée.

Les soupes de malt sont indiquées, comme régime de transition après la diète hydrique et surtout après les décoctions végétales. Il ne faut pas les employer quand il y a des infections surajoutées aux troubles digestifs, de la tendance aux vomissements ou chez les nourrissons très jeunes (avant 4 mois). On peut les donner plusieurs semaines aux mêmes doses que le lait, ou d'une façon mixte, associées au lait pur ou à des bouillies non diastasées.

Une ACADÉMIE AU JAPON. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences a donné lecture d une lettre émanant de l'Académie de Vienne à qui est échu cette année le role directeur dans l'association internationale des académies, et annonçant que le ... demandé à être inscrit au nombre des adhérents de cette ...ation. Une académie vient donc être fondée au Japon.

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

Chirurgie du phimosis (*Suite et fin*) ;

Par le Pr **L. LONGUET** (de Rouen) (1).

§ III. Parallèle entre les deux chirurgies.

Par son triple résultat thérapeutique ou curatif, orthomorphique ou esthétique, fonctionnel ou physiologique, la chirurgie radicale d'amputation constitue le traitement de choix du phimosis. Equivalente à la chirurgie biologique dite du débridement, sous le rapport de la valeur curative, elle l'emporte sur sa rivale au point de vue esthétique et fonctionnel. Car au point de vue esthétique, le débridement crée une disposition disgracieuse en « pied de biche » ou « oreilles de chien » quand il est exécuté par la fente dorsale, en « capuchon » ou « en casque » (Ricord), quand il consiste en une fente latérale ou inférieure. Au point de vue fonctionnel, le débridement pèche en ce fait que les lambeaux laissés en place s'œdématient, s'enflamment, s'indurent causant de la douleur, de la gêne dans la miction et le coït. Telle est la formule classique érigée en dogme traditionnel vigoureusement défendu à toutes les époques, en particulier au XIXe siècle. Ma manière de voir se condense précisément dans la formule inverse : La chirurgie biologique est ici la meilleure ; en voici la démonstration :

Point de contestation sur l'*argument curatif*. Le but est atteint par les deux chirurgies; celle de l'incision comme celle de l'excision suppriment définitivement l'obstacle, et avec lui les complications qu'il engendre : balanites et lithiase préputiale (nombreux cas guéris par l'opération) —hernie par effort (Peraire 1 cas) — fistule périnéo-scrotale (Amat, 1 cas) — rétention d'urine sous-préputiale, vésicale (exemple, 1 cas de Kermogant-Vassal, 1905), rénale — incontinence d'urine (Forné, 4 cas ; Reclus, 7 cas ; Loumeau, 1 cas, Roseubery, 1 cas ; John W. S. Cullough, 1 cas ; Brault 2 cas ; d'après mon relevé) — troubles nerveux divers, convulsions, épilepsie (Fleury, 23 cas sur 27) ; dyspepsie et insomnie (John W. S. Cullough 1 cas). Je remarque même que tous ces beaux succès sont jusqu'ici à mettre à l'actif de la cure par amputation. Mais si la cure biologique trop discréditée, n'en a point autant dans ses colonnes, c'est précisément parce qu'elle est systématiquement délaissée, très rarement, très incorrectement exécutée. Or puisqu'elle aussi lève l'obstable, cause unique des complications, il s'en suit qu'elle guérira également ces complications quand on s'adressera à elle. Ceci dit, la différence qualitative porte exclusivement sur deux points : la valeur esthétique et la valeur fonctionnelle.

A) L'*argument esthétique* se résume en un mot : Les prépuces excisés ont un bel aspect ; les prépuces incisés sont anesthétiques. Or, à ce point de vue, je commence par contester formellement cette revendication en faveur de la posthectomie de l'espèce *cutanéo-muqueuse subtotale* à la Ravaton ; c'est-à-dire des amputations de la première méthode. La suppression complète du prépuce crée une difformité fort disgracieuse. La peau trop courte peu à peu renverse le gland en arrière pendant l'érection et cette incurvation atteint son paroxysme quand le frein est excisé en même temps que le phimosis.

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 23 et 25, 9 et 23 juin 1906.

Passons à l'*amputation cutanéo-muqueuse partielle* de Lisfranc. Eh bien ! son résultat morphique est loin d'être parfait, même dans les meilleures réussites. Elle laisse très fréquemment un « jabot » par infiltration sérosanguine des zones préputiales déclives. Pour atténuer la portée de cette difformité, les posthectomistes nous disent : De ce jabot n'ayez cure ; il disparaît à la longue ; il se dissipe progressivement. — « Mais, répond Brault, vous avancez que ce jabot est provisoire ; en réalité, il dure longtemps ; c'est pendant des mois que le pénis conserve sa collerette indurée. » Et puis l'on ne compte plus les cas où l'opération partielle est mal exécutée. Dès 1856, Nélaton (1) racontait l'histoire d'un jeune sujet circoncis depuis 11 jours, chez qui le gland demeurait découvert. Au-dessous de sa base, on voyait un large repli muqueux, puis une surface de plusieurs centimètres entièrement dénudée et suppurante à partir du rebord muqueux jusqu'à la section cutanée. Tillaux (2) vit un homme dont l'extrémité du gland avait été retranchée en même temps que le prépuce. Il en était résulté une déformation curieuse : la peau du prépuce et la muqueuse de l'urèthre s'étaient soudées ensemble de telle sorte que la verge se terminait par un petit cône, au sommet duquel débouchait l'orifice très rétréci du canal. J'ai observé en 1894 un cas où la peau coupée trop courte et la muqueuse coupée trop longue s'étaient réunies à distance par une bague de tissu cicatriciel rétractile de 1 cm. de haut sur 2 cm. 1/2 de largeur. Bernheim (A.) (3) en 1902, rapporte un fait de circoncision où la peau seule avait été réséquée, laissant à distance la muqueuse intacte. Ces fâcheux exemples dira-t-on, plaident seulement contre l'amputation partielle en un temps, « par guillotine ». Déjà Bouisson avait, en 1885, jeté sur cette dernière, comme sur tous les posthétomes, un certain discrédit, et Brault, plus récemment, déclarait avec raison qu'il est inutile de s'évertuer à vouloir couper la peau et la muqueuse d'un seul coup. Mieux vaut posthectomiser en trois ou quatre temps. Oui, mais alors l'opération devient singulièrement plus longue, plus douloureuse, exige une anesthésie générale, la locale ne pouvant être répartie sur les traits de sections multiples, différents, divergents, alternativement longitudinaux et circulaires.

Avec l'*amputation muqueuse subtotale* de Dieffenbach, l'avantage esthétique semble en faveur de la cure d'exérèse sur la cure par incision. On ne peut nier, en effet, que la fente dorsale de J.-L. Petit laisse deux « oreilles » latérales en pied de biche fort disgracieuses, que la fente latérale ou inférieure ne crée un « capuchon-casque » (Ricord). Mais je suis le premier à rejeter la méthode cutanéo-muqueuse de J.-L. Petit avec ses variantes. Or avec ma méthode posthétomique plastique muqueuse subtotale, il n'y a pas trace de difformité de ce genre. Le résultat orthomorphique plaide, au contraire, pour elle : le prépuce est rectifié tout en conservant ses dimensions, son étoffe, à laquelle l'on donne l'ampleur qui lui manque avec une forme absolument correcte pour le recouvrement du gland. Voyons le deuxième argument :

B) L'*argument fonctionnel* est celui-ci : L'amputation donne toute satisfaction physiologique au point de vue de la miction, de l'éjaculation, de l'indolence. Eh bien ! pareille affirmation est erronée en ce qui concerne l'amputation cutanéo-muqueuse sub-totale à la Ravaton. C'est bien à elle que convient le qualificatif d'ant[i]-physiologique.

Pour si effacé que soit le rôle de protection i[nter]mittente du prépuce, ce rôle n'en existe pas moins. [Sup]primer complètement cet opercule est une conduite i[rra]tionnelle. Felizet l'a fort bien dit : après la postth[ecto]mie radicale, le gland se kératinise, prend une s[ensi]bilité générale obtuse, perd sa sensibilité spéciale [c'est-]à-dire génitale, devient le siège de sensations doul[ou]reuses dues au frottement des vêtements. Fille de [la] précédente, l'amputation partielle n'hérite qu'en [par]tie des mêmes reproches. Mais trop souvent encore [le] gland demeure constamment découvert après l'hé[mi]posthectomie cutanéo-muqueuse. Que de fois l'o[péra]teur n'avoue-t-il pas qu'il a enlevé malgré lui plus [de] peau qu'il ne convient pour protéger le gland ! Doi[t-on] maintenant négliger complètement les nombreux [acci]dents septiques de la circoncision observés même [de]puis l'ère antiseptique. Je vois par exemple parmi [les] méfaits de l'excision avoués en ces temps derniers, [l']endocardite (Czerny) (1), des phlegmons, (Levien [(2)],) la gangrène du pénis, (Brothers) (3), liste à laquelle j['a]jouté un cas de tétanos probablement dû à l'emplo[i du] catgut, cas dont la relation m'a été confiée. Et ces [acci]dents hémorragiques, ces hématomes de la verge, [l']abrasion du gland, du frein, de la dorsale du pénis d[ans] son segment tronculaire ! Voilà une complication [qui,] sous l'excuse « hémophilie », vient assez souvent [gros]cir les statistiques un peu étendues (4), malgré l'hé[mo]stasie par forcipressure, suivie de ligature ou de to[rsion] des vaisseaux (5).

Quel contraste, en somme, avec la méthode pos[thé]tomo-postheplasique. Or, celle-ci ne pèche en ses r[ésul]tats ni par la forme, ni par la fonction. Reconnais[sons] qu'elle est d'un manuel opératoire beaucoup pl[us] simple que la plus simple des excisions — d'une [...] d'exécution plus courte qu'aucune posthectomie — d'une rapidité de guérison (6 ou 8 jours) plus grande [que] les phimectomies (15 jours en moyenne) — qu'elle [of]fère une entière protection du gland dont elle a [...] cependant la découverte. Pas d'hémorragie à redou[ter] — pas de calcul compliqué à établir dans l'étendue de [la] section — pas d'instrumentation spéciale ; juste [une] pince, des ciseaux, une aiguille, du fil. Pas de diffi[cul]tés pour l'anesthésie locale suivant une seule raie droite antéro-postérieure. Aussi, terminant cette di[scus]sion en renversant l'aphorisme par lequel elle dé[bute,] nous dirons : Par un triple résultat thérapeutique c[ura]tif, orthomorphique ou esthétique, fonctionne[l ou] physiologique, la chirurgie biologique sous la form[e de] posthetomie-postheplastique subtotale submu[queuse] constitue le traitement de choix du phimosis. A sa [ri]vale laissons seulement quelques indications très ex[cep]tionnelles ; ainsi certains phimosis réellement hy[per]trophiés par transformation éléphantiasique ou [dégéné]ration pseudo-cartilagineuse.

(1) Nélaton. — *Cliniques* de 1856.
(2) Tillaux. — *Anatomie topographique*, p. 897, 2[e] édition.
(3) Bernheim (A.). — *Bulletin de la Société anatomique*, 1902.

(1) Czerny. — Endocardite à la suite de la circoncision. *F[...] dicin. Wochenschrift* 39, 1891.
(2) Levien. — Sur les dangers d'une chirurgie malpropre [...] circoncision. *Med. Record.* 30 janvier 1897.
(3) Brothers. — Un cas de gangrène après circoncision. [*Med.*] *Record*, 30 janvier 1897.
(4) Comme curiosité, je relève la pigmentation de la ve[rge ...] un nègre après circoncision : Cas de Shattock : *Londo[n ...] Society*, 1[er] décembre 1891.
Voir aussi : Gruber. — Des suites pathologiques de la c[ircon]cision mal exécutée : *Wiener medicine Presse*, p. 377, mars 18[..]
(5) Exemple : 2 cas de Guinard ; 1 cas de Blanchard dan[s ... phi]mosis blennorragique). 1 cas de Leylavoix 1881 (obs. 3 de sa t[hèse ...]

Et condensant en une forme synthétique toute cette étude sur la cure opératoire du phimosis, je CONCLUS ceci :

I. La chirurgie d'exérèse ou d'amputation dite *posthectomie*, seule préconisée jusqu'ici contre l'angustie préputiale, assure la guérison au moyen de multiples méthodes pour la plupart compliquées ou d'exécution délicate.

II. En face de cette chirurgie, une autre se dresse aujourd'hui ; c'est la cure biologique correctrice sans exérèse, avec conservation intégrale des tissus, à laquelle convient la désignation de *posthétomie*. Par elle simple débridement vise le même but que les amputations préputiales.

III. La simplicité, l'innocuité, les résultats esthétiques, et les résultats fonctionnels permettent dès maintenant de considérer la *posthétomie posthéplastique* localisée à la muqueuse selon ma technique habituelle, comme la pratique de choix dans la cure du phimosis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. — AMPUTATIONS : Posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale.

(RAVATON 1776.)

Procédé à main levée :

1. — RAVATON : rapporté par Bouisson. Article *phimossis*, in *Dictionnaire Dechambre*, 1885.
2. — BOYER : Traité des *maladies chirurgicales*, T. X, 1825.
3. — TOMASI : Essai sur un procédé de circoncision. *Thèse de Lyon*, 1905.

Procédés avec fixation préalable.

1. — A. GUÉRIN : Eléments de *chirurgie opératoire*.
2. — CUSCO : In Bouisson : article *phimosis*. *Dictionnaire Dechambre*, 1885.
3. — DUBOUÉ : Procédé de circoncision. *Bulletin de la Société de chirurgie*. t. X, p. 426, 1870.

Posthectomie cutanéo-muqueuse partielle

(LISFRANC 1820.)

Procédé à main levée. — α. En 1 temps :

1. — RICHET : *Cliniques chirurgicales.*
2. — LONGUET : Travaux de chirurgie provenant de l'hôpital Cochin, 1895.

β) En 2 temps :

1. — MALGAIGNE : Manuel de *Médecine opératoire*.
2. — GUERSANT, DELPECH : Cités à l'article *phimosis* du *Dictionnaire Dechambre*.
3. — JOBERT : Procédé de circoncision : *Gazette des hôpitaux*, 1861.

γ) En 3 temps :

1. — TRELAT : *Cliniques chirurgicales*.
2. — RECLUS : Article *phimosis*. *Traité de chirurgie* de Duplay-Reclus. 1892.
3. — SIEUR : *In Blanchard* : Du phimosis et son traitement par la méthode annulaire : *Thèse de Lyon*, 1895.

δ. En 4 temps :

1. — VIDAL (DE CASSIS) : *Traité de pathologie externe*, Paris, 1861.

Procédés à fixation préalable. — α. en 1 temps :

1. — LISFRANC : d'après Guillemeau.
2. — RICORD : Du phimosis : *Gazette des hôpitaux*, 1856.
3. — VIDAL DE CASSIS : Traité de *pathologie externe*, 5e édition, t. IV, 1851.
4. — PANAS : Procédé de circoncision. *Bulletin de la société de chirurgie*, 1867-1868.
5. — THIBAULT : *In* article *phimosis*, du *Dictionnaire Dechambre.*
6. — NÉLATON et SURMAY (de Ham) (id.)
7. — CORBIN : 1849. (id.)
8. — CHAUVIN : Circoncision par un nouveau procédé. *Thèse de Strasbourg*, n° 215, 1851.
9. — BONNAFONT : Nouveau procédé opératoire pour le phimosis : *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1854-1856.
10. — BORELLI et FLEMING : *In Dictionnaire Dechambre.*
11. — VERNEUIL : (id.)
12. — MARTIN : De la circoncision : *Thèse de Montpellier*, 1870.
13. — TRIPIER : *In Dictionnaire Dechambre.*
14. — MAUREL : *In Dictionnaire Dechambre.*
15. — B. ANGER : *In Lenormant* : Phimosis et son traitement. *Thèse de Paris*, 1876.
16. — THIERRY L. : Modification à l'opération de Vidal (de Cassis). *Société anatomique* : février, 1891 et « Manuel opératoire simplifié de la circonscision » : *Gazette médicale de Paris* 1891.
17. — FONTAINE-ATGIER : A propos de la circoncision : *Clinique Française*. Janvier. 1892.
18. — GRECO (de Naples) : Manuel, instrument de circoncision. *Annales des maladies génito-urinaires*, p. 543, 1894.
19. — SUAREZ DE MENDOZA : Nouveau procédé de circoncision : *Association française d'Urologie*, 1897.
20. — POUSSON : Procédé de circoncision. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 25 juin 1899.

β) En 3 temps :

1. — HORTELOUP : In *Germa* ; Du phimosis. *Thèse de Paris*, 1892.
2. — DUPLAY : Procédé de circoncision. In *Marion* : *Semaine médicale*, p. 369, n° 44, 1900.
3. — MONOD et VANVERTS : *Technique chirurgicale*, t. II. Paris, 1901.

γ) En 4 temps :

1. — GUILLERY : Procédé de circoncision : *Académie royale de médecine de Belgique*, 1892.

δ) Avec hémostase préventive de la verge :

1. — PHELIP : De la méthode d'Esmarck dans la chirurgie du pénis. Recherches sur la congestion posti-chimique. *Lyon médical*. 5 mars, 1893.

Posthectomie muqueuse subtotale.

(DIEFFENBACH, 1837.)

Procédés à main levée.

1. DIEFFENBACH : *Zeitschrift für gesamm. Med.* 1837, et *Gazette médicale* de Paris, p. 156, 1837.
Et in *Demarguay* : Maladies chirurgicales du pénis, publiées par Wœlker et Cyr, 1877.
2. — LANGENBECK : In *Dictionnaire Dechambre* : article *phimosis*.
3. — BRAULT (d'Alger) : *Bulletin médical d'Algérie* : octobre, 1896.
Et in LAPIN : *Médecine moderne* : 26 nov., 1898. et Chirurgie des bourses. *Archives provinciales de chirurgie*. 1er mai, 1899.
4. — REYBREYEND : Procédé de Dieffenbach modifié. *Annales des maladies génito-urinaires*. Janvier, 1898.
5. — LOUMEAU : Circoncision par l'ablation de la muqueuse, *Association française d'Urologie*, 1898.
6. — BLANC : Circoncision par l'ablation de la muqueuse : *Journal de médecine de Bordeaux*. XXXIV. 487, 1904.

Procédés avec fixation préalable.

1. — RIDREAU : Nouveau procédé de circoncision pour remédier au phimosis et à l'imperforation du prépuce. *Journal de médecine et chirurgie pratiques* : février, 1859.
2. — GUIARD : Technique de la circoncision : *Association française d'Urologie*, 1897.

Variante : (résection annulaire du fourreau cutané.)

1. — WALTER KLOTZ : Une méthode de circoncision. *New-York medical Journal*. 4 octobre, 1902.

B. — INCISIONS ET DÉBRIDEMENT :

Posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale.

(J.-L. PETIT.)

J. L. PETIT : (Œuvres chirurgicales).
SEDILLOT : In article *phimosis et circoncision* du *Dictionnaire Dechambre*.
GARENGEOT, SABATIER, LAPEYRE, HEURTAULT : article *phimosis et circoncision du Dictionnaire Dechambre*.
ASTRUC : Débridement latéral.
TAYLOR, DIDAY : Débridement bi-latéral.
VELPEAU, CLOQUET, CULLERIER : (Débridement inférieur) et in Cullerier : *Dictionnaire* en 60 volumes.
BÉGIN : Eléments de chirurgie, *Paris*, 1838.
DAGLETT : Chirurgie du prépuce. *Med. Record*, New-York, 1898.
VAN DER POEL (de New-York) : Infiltration d'urine due au phimosis à l'occasion d'un chancroïde, incision d'urgence, *Société des chirurgiens urologues américains*. Montréal, juin, 1905.

★

Posthétomie muqueuse-subtotale
(Longuet, 1892).

Longuet L. : Posthétomie muqueuse sublotale posthéplastique dorsale, médiane et submédiane. *Travaux de chirurgie*, provenant de l'hôpital Cochin, 1895.
Isambert : rapporté par Donnart : posthétomie latérale. *Archives de médecine navale*, septembre, 1899, et *Semaine médicale*, p. 368, nº 46, 1899.
Woodyatt (de Halifax) : posthétomie bi-latérale, The treatment of congenital phimosis. *Lancet*, 15 août 1903, et *Semaine médicale*, p. 308, nº 37, 16 septembre, 1903.

C. **Généralités sur la circoncision.**

Prévost : Traitement du phimosis. *Thèse de Paris*, 1835.
Bouteiller : Circoncision. *Gazette des hôpitaux*, nº 67, 1847.
Marchand : De la circoncision au point de vue historique, hygiénique, chirurgical. *Thèse de Montpellier*, 1855.
Nanos : Du phimosis congénital. *Thèse de Paris*, 1855.
Mauriac : *Union médicale*, 1872.
Aissa-Hamdy : De la circoncision. *Thèse de Montpellier*, 1873.
Handvogel : Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie. *Paris*, 1873.
Bouisson F. et Mathieu : Articles *phimosis, paraphimosis* et *circoncision*, in *Dictionnaire Dechambre*, 1885.
Rizat : Phimosis et balano-posthite. *Thèse de Paris*, nº 318, 1877.
Joly : Du phimosis. *Thèse de Paris*, nº 318, 1881.
Mallez : Phimosis et son traitement. *Courrier médical*, 1881 et 1882.
De Saint-Germain : De la circoncision et du phimosis. *Recueil mensuel des maladies de l'enfance* et *Dictionnaire Jacc ud*, 1883.
Wittershoefer : Ueber vor-kommen, bedeutung, und behandlung des phimosis beim kinde. De l'existence, de l'importance du traitement du phimosis chez l'enfant. *Wiener medicin Wochenschrift*, 5 février, 1887.
Gauillard : Contribution à l'étude du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. *Thèse de Paris*, 1888.
Felizet : De la circoncision ; indications, manuel opératoire. *Paris*, 1891.
Trekaki : Remarques sur 30 cas de circoncision. *Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier, 1892.
Davies-Colley : Sur l'opération de la circoncision. *Guys' hospital record*, XXXIV, p. 163, 1893.
Ricketts : Série de 200 circoncisions. *New-York med. journal*, 7 avril, 1894.
Chotzen : L'opération du phimosis. *Centralblatt für Chirurgie*, 23 juin, 1894.
Mac-Intosch : nouvelle méthode de circoncision. *Med. Record*, 23 mars, 1894.
Sortino : Opération du phimosis. *Gaz. d. osped.*, 7 mars, 1897.
Peltre C. : Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence. *Thèse de Paris*, 1899.
Edie : Avantages de la circoncision. *India med. rec.*, XIX, 56-58, 1900.
Taylor : Circumcision. *Med. Times*. N. Y., XVIII, 291-293, 1900.
Bartholomew : Phimosis in the newborn. *American journal derm.a. génito-urin. dis.*, St-Louis, IV, 23-24, 1900.
Valentine : Surgical circoncision. *J. Am. med. Assoc.*, Chicago, XXXVII, 712-714, 1901.
Schloffer : Zur Technik der Phimosisen operation. *Zentalblatt für Chirurgie*, XXVIII, 658-660. Leipsiz, 1901.
Mark : Circoncision. *American journal dermat.* etc. V. 98-102, 1901.
Garnault : Sur la circoncision. *Bull. société anthropologie* de Paris, II, 105-110, 1901.
Remondino : Circoncision and is opponents. *Amer. Journ. derm. a. genito-urin.* VI. 65-73. St-Louis, 1902.
Malpon : Circumcision. *Med. and. surgical Monit.* Indianapolis, V. 316-318, 1902.
Long : Circumcision new.mothode of treatment. *Pacif. med. e.*, XLV, 577-585, 1902.
Wentzel F. : Zur behandlumg der phimosis. (Traitement du phimosis.) *Munch. med. Wochenschrift*, 18 février, 1902.
Harlow W. B. : Circumcision in infancy. *Med. Record*, 26 septembre, 1903.
Rojansky V. : Traitement du phimosis congénital (en russe). *Med. Obozr.*, LIX, 1903.
Van Eysselsteyn (G.) : Phimosis congenita haer betreknis voor het individu in de maatschappij. *Nederl. Tijdschr. voor géneesk.* 23 juillet, 1904.
Gehrung E. C. : The bloodlees treatment of phimosis. *Interst. m. J.* St-Louis, XI. 670-672, 1904.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Les Tramways et les accidents.

Jeudi dernier, à quatre heures environ du soir, un vieillard et son fils traversaient le quai des Tuileries. Pour se garer d'une automobile, le vieillard obliqua à droite et alla se jeter contre un tramway qui arrivait en sens inverse. Tamponné par le lourd véhicule, l'homme, projeté sur la chaussée, tomba assommé, perdant son sang en abondance.

Le personnel du tramway, les voyageurs, se pressent autour du malheureux. Le fils supplie que l'on porte le plus tôt possible secours à son père. Comment faire? Le blessé suffoque, râle, sur le pavé. Il est matériellement impossible de lui donner des soins, et, comble d'ironie, il y a là un médecin et une religieuse! La foule, par exception peu nombreuse, se tient respectueuse et recueillie. Le propriétaire de l'automobile s'offre à transporter le mourant à l'hôpital, et un brave gendarme et un garde républicain tentent de l'introduire dans le véhicule, mais ils ne peuvent y arriver. On cherche de tous côtés un fiacre, un agent, rien : les minutes se passent et le sang coule toujours. Une voiture d'ambulance passe drapeau déployé, faisant retentir son timbre. Elle va relayer ! Enfin arrivent deux agents cyclistes, puis un fiacre, amené par un des témoins de l'accident. On hisse tant bien que mal le malheureux. On crie : « En route, vite pour la Charité », mais il faut que les agents parlementent. Voyant qu'ils ne peuvent tirer aucune parole du blessé, ils se décident à laisser partir la voiture qui prend le chemin de l'hôpital. A ce moment, comme par un effet du hasard, arrive l'agent de service, évidemment toujours trop tard.

La ville de Paris a fait beaucoup depuis vingt ans pour les secours publics en cas d'accidents ; la préfecture de la Seine et la préfecture de police ont amélioré autant qu'il a été possible le service relatif aux malades et aux blessés sur la voie publique. Mais, par ce temps d'automobilisme à outrance, de vitesse désordonnée, il y a encore beaucoup à faire. Il circule dans Paris véritables trains de tramways, des voitures géantes, d'un poids considérable. Le moindre choc, le plus petit tamponnement avec ces monstres qui pèsent l... 20,000 kilogs est la cause de véritables catastrophes... grand est le nombre des victimes quotidiennes. Même en plein Paris, le secours d'urgence est difficile à ap... quer. Malgré des demandes réitérées, faites jadis à la Commission des ambulances urbaines, nous n'avons pu obtenir le poteau avertisseur d'accidents comme il existe pour les incendies. A la moindre alerte grave ou bénigne, tout le monde est désorienté. Le plus petit accident devient une cause d'encombrement de la voie publique, qui peut en faire surgir d'autres plus graves.

Les postes vigies créés par notre dévoué préfet de police, M. Lépine, sont excellents, mais ils ne sont ... assez nombreux ; des boîtes de secours immédiat, tout à fait rudimentaires, devraient être déposées à profusion dans les kiosques de voitures, d'omnibus, colonnes Morris, marchandes de journaux, etc., etc. MM. les

propriétaires d'automobiles n'oublient point d'emporter avec eux tout ce qu'il faut pour les réparations d'urgence à leurs machines ; ils négligent d'y joindre ce qu'il faut pour leur propre secours ou celui de leurs semblables lorsqu'arrive un accident. Chaque automobile, chaque tramway mécanique, seraient tenus de posséder une de ces boîtes, avec dix ou quinze francs on en couvrirait les frais. Cela permettrait,en attendant le transport d'un blessé: de le soulager, de laver ses plaies, d'immobiliser un membre fracturé ou d'arrêter une hémorrhagie. Une brève notice expliquerait la façon de se servir du contenu de cette boîte en attendant l'arrivée d'un médecin.

Ce serait peu coûteux et facile à exiger de personnes qui payent 25 ou 30,000 francs une voiture de vitesse si dangereuse pour elles et pour ceux qu'elles atteignent. Les Compagnies d'assurances contre les accidents seraient intéressées à propager cette idée, il en résulterait pour elles un réel bénéfice, une sécurité pour le public et une satisfaction pour les administrations chargées de sauvegarder nos intérêts et nos vies.

Albin Rousselet.

SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juin 1900.

Production expérimentale de variétés transmissibles du bacille de la tuberculose et de vaccins antituberculeux.

M. S. Arloing s'est efforcé de déterminer dans des cultures du bacille de Koch des variations transmissibles par filiation et aussi égales que possible chez tous les individus, par suite du nombre considérable des générations qui se succèdent dans une longue série de cultures.

C'est ainsi que,depuis huit ans, l'auteur a un bacille d'origine humaine qu'il a habitué à végéter abondamment dans la masse d'un bouillon glycériné, et ce bacille a vu, du fait même, ses propriétés pathogènes profondément modifiées ; il a perdu une très grande partie de son aptitude initiale à provoquer des tubercules, surtout lorsqu'il est introduit dans les veines, sous la peau ou dans les voies digestives ; de plus, à dose déterminée, il provoque chez le veau une réaction organique passagère dont on peut saisir l'existence par des examens minutieux ; bref, il réalise le désidératum exprimé à propos de la vaccination antituberculeuse, à savoir d'être entièrement résorbé dans l'organisme.

Partant de ce bacille, l'auteur a cherché à obtenir une sous-variété également transmissible par voie de génération, en utilisant l'action des températures dysgénétiques pour le bacille humain ; il est parvenu à faire végéter le microbe en question à 43°-44°. Or, en étudiant les propriétés de cette variété, fixée dès la huitième génération, on constate qu'elle a notablement diminué de virulence ; le lapin inoculé dans les veines survit de quatre-vingts à cent jours.

Aussi, depuis 1902, l'auteur se sert-il de ce bacille pour pratiquer la vaccination antituberculeuse du veau, avec autant de succès que par l'emploi des bacilles spontanément affaiblis ou affaiblis individuellement.

Influence du chocolat et du café sur l'acide urique.

M. P. Fauvel a étendu à la théobromine et à la caféine les recherches qu'il a faites sur l'action des purines au point de vue de l'excrétion de l'acide urique. Il ressort de cette seconde série d'expériences que les méthylxanthines en question augmentent sensiblement le taux des purines urinaires (xanthouriques), mais n'élèvent nullement celui de l'acide urique et empêchent la précipitation de ce dernier par les acides.

Par conséquent, à cet égard tout au moins, les méthylxanthines (et surtout la théobromine) ont une influence beaucoup moins pernicieuse pour l'organisme que ne l'est celle des purines.

Influence de l'acide phosphorique sur les échanges nutritifs.

M. A. Desgrez et Mlle Bl. Guende adressent une note où ils montrent, d'après expériences, que, sous l'influence de l'acide phosphorique et des phosphates mono et trisodiques, l'élaboration de la matière azotée est augmentée, de même que le coefficient d'oxydation du soufre ; par contre,la déminéralisation de l'organisme n'est pas accrue, contrairement à ce qui se passe avec l'acide chlorhydrique et les acides organiques.

M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juin.

Régénérescence de la moelle chez l'homme.

MM. Mannesco et Minea (Bucarest) ont observé trois cas de compression de la moelle épinière où la régénérescence des fibres nerveuses détruites s'est montrée très manifestement.

1° La compression était due à la luxation de la première vertèbre lombaire ;

2° Fracture de la première vertèbre lombaire ;

3° Tumeur comprimant la moelle au niveau de la région dorsale supérieure.

Chez ces trois malades, au-dessus et au-dessous de la lésion, on put observer des fibres nerveuses de nouvelle formation, disposées en faisceaux ou en plexus, et aussi beaucoup de massues terminales.

Masque pigmentaire.

MM. Gilbert et Lereboullet ont observé chez des asystoliques à répétition le masque pigmentaire, plus ou moins accentué, plus accusé au front et aux tempes comme chez les gravidiques. Ce masque doit être attribué à la cholémie, conséquence de la congestion hépatique passive.

La 1re malade, asystolique avec retentissement hépatique, avait eu deux grossesses sans masque. Le masque,qui apparut au moment des accès d'asystolie,s'accentua avec la répétition des crises ; la cholémie était intense, l'urobilinurie marquée. Le masque s'atténua par l'éloignement des crises et de la cholémie.

La 2e malade n'avait pas eu de grossesse ; le masque apparut à l'occasion d'une asystolie mitrale, avec cholémie,urobilinurie et troubles objectifs du foie.

Chez un asystolique, la présence du masque doit faire rechercher la congestion hépatique avec cholémie.

Chez les femmes enceintes, d'ailleurs, cette corrélation pourrait être retrouvée.

Une première grossesse sans masque est suivie d'une deuxième grossesse avec masque très accusé, qu'explique un kyste du pancréas accompagné de cholémie très prononcée.

Trois mois après l'accouchement, l'opération, en supprimant la cholémie, atténue le masque.

Chez une malade qui, à 3 grossesses, n'avait pas eu de masque, celui-ci fut intense à la 4e ; mais en même temps apparaissent des coliques hépatiques dont le rôle cholémique est évident.

Une troisième femme a 8 grossesses sans masque et voit apparaître celui-ci à propos d'un kyste du foie.

Abcès de fixation.

M. Conor, médecin militaire a pu provoquer un abcès de fixation chez un soldat de 24 ans, alcoolique, qui était sur le point de succomber à une broncho-pneumonie.

Cependant la mort ne fut que retardée, et une 2e injection de térébenthine, quoique suivie de réaction purulente, n'empêche pas la mort plusieurs jours plus tard.

Le pneumocoque fut cause de la broncho pneumonie du malade. Le pus de l'abcès injecté au cobaye était sans pneumocoque, mais tua le cobaye en 7 jours grâce, sans doute, aux toxines que cet abcès avait dû fixer.

Patching des artères.

MM. Canel et Guthrie (de Chicago) ont oblitéré une perte de substance du vaisseau par un lambeau provenant d'une artère, d'une veine ou du péritoine. Ces lambeaux se comportent comme les segments vasculaires dans la transplantation bi-terminale artérielle ou veineuse. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin.

Anévrysmes et sérum gélatiné.

M. Lancereaux étudie l'étiologie et la pathogénie des anévrysmes. Il montre par trois observations les bons effets du sérum gélatiné dans les anévrysmes les plus graves. Avec une asepsie suffisante il a pu injecter tous les cinq à six jours dans la fesse 200 gr. de la solution à 3,50 %. Tout au plus observe-t on un peu de fièvre. Voici les conclusions de M. Lancereaux :

1° L'artério-sclérose généralisée ou endartérite n'est qu'exceptionnellement suivie d anévrysme des gros vaisseaux. Les conditions pathogéniques de ces accidents sont des périartérites, qui gagnent en profondeur et finissent par perforer la membrane élastique des artères. Leurs causes, à part le traumatisme, ont une origine infectieuse ; celles que nous connaissons dès maintenant sont les agents de la tuberculose, de la syphilose et de la paludose.

2° La rupture est le mode de terminaison fatale des anévrysmes des gros vaisseaux, à moins de la coagulation spontanée du sang dans la poche anévrysmale. Cette coagulation étant rarement spontanée, l'indication formelle est de chercher à la provoquer ; c'est à quoi répond la méthode des injections de sérum gélatiné. Cette méthode, ayant la propriété de favoriser la coagulation du sang au sein des anévrysmes vrais, s'oppose ainsi à leur rupture, si le malade a soin d'éviter des efforts par trop violents.

3° Contrairement à ce qui a pu être avancé par quelques auteurs, la méthode des injections de gélatine est sans aucun danger, à la condition que le sérum employé soit parfaitement aseptisé. Son indication est d'autant plus formelle dans les anévrysmes des gros vaisseaux que l'intervention chirurgicale est le plus souvent impossible ou dangereuse, et qu'il n'est, jusqu'ici du moins, aucun autre moyen d'arrêter sûrement les progrès de ces graves désordres.

La typhlocolite (suite).

M. Reclus croit à la coexistence fréquente de l'appendicite et de la typhlocolite. Le Dr Bernard, de Plombières, l'a rencontrée 76 fois sur 1100 cas d'entérocolite, soit dans 7 % des cas. Inversement sur 80 appendicites, M. Talamon n'a pas relevé moins de 29 entérocolites.

M. Reclus est certainement d'avis que l'opération a été parfois injustifiée. A son avis, d'ailleurs, on opère *trop souvent et trop de tout*. Mais surtout pour l'appendicite, l'abstention à outrance serait fort dangereuse.

M. Pinard, depuis vingt ans, a observé un nombre considérable d'entérocolites avec fort peu d'appendicites coexistantes.

M. Dieulafoy montre que les divergences d'opinion portent surtout sur le détail. Il dépose une note du Prof. Duret (de Lille) résumant assez bien tout le débat par la conclusion suivante : « Le fait clinique énoncé par M. Dieulafoy est d'une vérité incontestable ; quantité de gens atteints d'une typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite. Dans l'intérêt général, il fallait faire un peu machine en arrière, et, en mécanicien prudent et sagace, M. Dieulafoy a serré les freins ».

La vaccination en Guinée française.

M. Kermorgant montre les bons résultats obtenus par le Dr G. Martin, médecin-major des troupes coloniales, grâce aux ensemencements faits sur place à des génisses, M. Martin a toujours pu opérer avec du vaccin frais. Il a obtenu jusqu'à 90 % de succès.

La tuberculophobie.

M. Sevestre lit un rapport sur le travail du Dr Rousseau Saint-Philippe, travail récemment analysé. Il montre toute l'importance scientifique de ce travail.

M. le Président Guéniot prononce l'éloge du Dr Josias et l'Académie se forme en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène par suite du décès de M. Colin. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin.

Liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique au cours de syphilis médullaire. Intégrité des polynucléaires

MM. Widal, Lemierre et Boidin apportent deux observations nouvelles de syphilis du système nerveux avec liquide céphalorachidien puriforme et aseptique avec conservation parfaite des polynucléaires. Les polynucléaires ne paraissent avoir été que les témoins d'une hyperémie méningée, il ne paraît pas y avoir eu de lutte contre des microbes pyogènes. Lorsqu'au contraire, il y a envahissement microbien du liquide céphalorachidien, les polynucléaires sont contraints de faire fonction de phagocytes. Au point de vue pratique il découle de ces observations que la conservation des polynucléaires permet d'exclure immédiatement un processus septique et d'admettre une poussée aiguë au cours d'une syphilis nerveuse.

Hyperesthésies douloureuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

MM. Renon et Tixier ont observé deux malades, qui furent pris, pendant la convalescence de fièvre typhoïde, de douleurs très violentes des téguments des faces dorsales des mains et des pieds. Superficielles, très aiguës, paroxystiques, exaspérées par le mouvement et l'attouchement le plus léger, elles ne furent soulagées par aucune médication externe, mais guérirent après 11 et 12 jours. Une élévation thermique les accompagna (39°8, 40°3). Ces hyperesthésies post-typhiques sont rares et vu leur intensité. embarrassent le clinicien, qui redoute une complication plus grave. Quant à leur nature et cause, les auteurs les considèrent comme des névralgies ou névrites toxiques des fibrilles terminales de la peau.

Guérison rapide de la pleurésie sèche par l'iodure de potassium.

MM. Jacquet et Lozoir ont observé trois cas, où une résolution remarquablement rapide de pleurésie sèche suivit l'administration de l'iodure. Avec trois grammes d'iodure par jour ils ont constaté une disparition rapide des bruits de frottement. Bouillaud et Gubler employaient déjà ce médicament dans le même but.

Angor pectoris.

M. Rist a suivi une malade, qui avait plusieurs crises par jour. Il a pu examiner la tension artérielle et a constaté une élévation à 19.5, 22, 23 et 25 mm. pendant la crise. A la fin de la crise, la tension diminua, sans revenir à l'état antérieur. A l'autopsie on ne trouva pas de lésions des coronaires, mais des capsules surrénales altérées. M. Rist serait porté à mettre la genèse de l'angine de poitrine sur le compte de l'hypertension paroxystique d'origine surrénale.

M. Vaquez dit qu'il y a des angines coronariennes et des angines sans lésions des coronaires. Parfois la tension reste normale, parfois elle s'élève. Il n'y a qu'une pathogénie univoque pour cette maladie : le retentissement d'une lésion sur le plexus cardiaque.

Stomatite mercurielle après injection de sels insolubles datant de cinq mois.

M. Ménétrier a soigné une femme atteinte de stomatite mercurielle intense, qui prétendait n'avoir jamais suivi un traitement mercuriel. Guérison par le traitement ordinaire de la stomatite, puis rechute. On trouva cependant un nodule, reliquat d'une injection faite pour douleurs cinq mois

auparavant. L'urine contenait du Hg. L'examen du nodule enlevé démontra la présence de globules de mercure.

M. Balzer a noté des accidents semblables, mais jamais après un laps de temps si long. Il faut donc suivre ces malades très longtemps afin de pouvoir intervenir utilement et à temps en cas d'accident.

M. Queyrat. — Dès qu'on constate deux nodules, il faut abandonner les injections, car dans ce cas elles sont inutiles et même dangereuses, lorsque la barrière fibreuse du nodule cesse de fonctionner.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 23 juin 1906. — Présidence de M. Berne, vice-président.

La séance est ouverte à 4 heures 50. — Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté à l'unanimité.

A propos du procès-verbal, M. Tissier fait observer que M. Dubar avait signalé les conséquences parfois fâcheuses de la trachéotomie et que, pour sa part, il estimait que les trachéotomisés jeunes étaient en général de futurs candidats à la tuberculose.

Correspondance imprimée. — Journaux habituels : *La Normande médicale.*

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Président Desnos s'excusant de ne pouvoir venir présider la séance et priant M. Berne, vice-président, de le remplacer ;

2° Lettre de M. le Dr L. de Grandcourt, donnant sa démission de membre titulaire. Cette démission est acceptée.

3° Lettre de M. Lucien Pemjean, homme de lettres, indiquant à la Société un cas d'exercice plus ou moins légal de la médecine ;

4° Lettre de M. Buret, alité, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

5° Lettre du Dr Bizard, souffrant, qui s'excuse de ne pouvoir lire son travail de candidature ;

6° Lettre de M. le Secrétaire-général du deuxième Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'habitation, pour solliciter l'adhésion de la Société de Médecine et la désignation d'une délégation officielle ;

7° Lettre du Dr Depasse, s'excusant de ne pouvoir lire son travail de candidature, en raison de la santé de sa femme qui le tient éloigné de Paris ;

8° Dépêche de M. Suarez de Mendoza, expédiée de Nancy et arrivée après la séance, où il s'excuse de ne pouvoir lire son travail.

Sur la proposition de M. le Président, la Société de Médecine délègue pour la représenter au deuxième Congrès international d'assainissement et de salubrité d'habitation, M. le Dr Lucien Graux.

M. Mortier, au nom de M. Buret, demande au trésorier quelle est la quotité disponible du Prix Duparcque.

M. Monel répond que ce prix Duparcque s'élève en totalité pour 1907 à la somme de 1300 francs.

La Société propose de nommer une Commission qui devra choisir un sujet pour le Concours du prix Duparcque. — Sont nommés membres de cette commission : MM. Godlewski, Coudray et Dubar.

M. Leudet lit son éloge de Gustave Hameau (d'Arcachon (*sera publié*).

M. le Président, au nom de la Société, remercie M. Leudet d'avoir fait, d'une si remarquable façon, l'éloge de Gustave Hameau.

M. Berne fait une communication sur « **Deux cas de luxation du tendon de la longue portion du biceps** » (*sera publié*).

M. Coudray. — La communication de M. Berne est fort intéressante ; pour ma part, je n'ai jamais vu de luxation de la longue portion du biceps, et je me demande si elle ne se manifesterait pas de préférence chez des athlètes ou des individus très musclés.

M. Berne. — Ceci n'est pas obligatoire, puisque les deux cas que je rapporte concernent deux jeunes femmes. Mais ce que je tiens à préciser, c'est que ces luxations ne peuvent se produire que pour adduction, rotation en dehors et légère élévation du bras.

M. Coudray. — Ces luxations peuvent-elles se réduire facilement ?

M. Berne. —. Très facilement, mais leur traitement est assez long. Ainsi dans le premier cas que je viens de communiquer, mon malade a souffert pendant un ou deux mois. Ces luxations sont, de plus, très douloureuses, et il faut les mobiliser très prudemment.

M. Duclaux. — Puisque M. Berne admet que le traitement peut durer pendant deux ou trois mois, je crois qu'il y aurait avantage à faire une intervention chirurgicale dans ces cas de luxation.

M. Berne. — Je sais très bien que, dans les cas de luxation du long péronier latéral, on pratique avec succès l'opération qu'a préconisée le Prof. Lannelongue.

Aussi, dans des cas de luxation de la longue portion du biceps, avec récidive, ou chez des malades qui ont besoin de travailler, l'intervention chirurgicale pourrait être justifiée.

M. Godlewski. — Doit-on employer le massage dès le 1er jour, et comment doit-on le pratiquer ? — J'ai pu constater, en effet, que, dans certains cas de fractures et de luxations, le massage, pratiqué aussitôt le traumatisme, avait occassionné une aggravation du mal.

M. Berne. — Quand on est en présence d'une luxation ou entorse d'une articulation, on a avantage à masser avant la coagulation du sang, par suite aussitôt après le traumatisme. Mais, dans les luxations de la longue portion du biceps, il doit y avoir peu de sang épanché, et on peut agir avec moins de précipitation. Dans mon premier cas, j'ai dû faire un massage très léger, et ne le pratiquer que 15 jours après le traumatisme, voulant laisser au tendon la possibilité de réintégrer la gouttière osseuse. — Je n'ai pas constaté dans la suite, d'atrophie du deltoide, car mon massage s'est plus adressé au deltoïde qu'à la gouttière même. Chez mon deuxieme malade, j'ai constaté 3 ou 4 récidives ; mais celles-ci étaient à chaque fois guéries par les mouvements volontaires que faisait le malade. Aucun auteur jusqu'à présent, n'avait recherché sur le cadavre la production de ces luxations ; j'ai tenu à faire personnellement des recherches à ce sujet, et je suis arrivé à constater que ces luxations se faisaient en dedans de la petite tubérosité, et non de la grosse tubérosité.

M. Godlewski. — Je crois donc que le mieux est d'attendre un peu, après le traumatisme, masser legèrement autour de la lésion et non au niveau de la lésion elle-même.

En fin de séance, MM. Godlewski, Coudray et Dubar, proposent à la Société de donner comme sujet pour le prix Duparcque la question suivante :

« **Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse**. »

M. Tissier. — Je trouve que cette question fait, pour le moment, l'objet de très nombreuses discussions, et je crois que nous aurions avantage à proposer un autre sujet.

M. Dubar. — Les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse ne sont pas près d'être enterrés ; l'Académie s'en occupe personnellement, et n'est-ce pas une occasion d'intéresser les jeunes que de poser la question de cette façon.

M. Godlewski. — Il y a longtemps qu'on s'occupe de cette question et elle ne sera pas encore élucidée dans un an. En ce moment, il y a deux partis opposés : ceux qui admettent l'appendicite avec entéro-colite, et ceux qui ne l'admettent pas. Je suis convaincu que la discussion va cesser à l'Académie et qu'aucune solution vraie ne sera donnée. Je maintiens donc la proposition de la commission.

M. Dubar. — M. Tissier m'avait proposé tout à l'heure

cette autre question : « *Les conséquences de la trachéotomie* ».

M. Godlewski. — A M. Dubar qui prétend que les jeunes, principalement, prennent part au concours du prix Duparcque, je répondrai que ceux-ci n'auront pas eu peut être le temps de suivre des trachéotomisés pour en voir les conséquences et décrire les effets.

M. Mortier. — Au nom de M. Buret, je propose pour le prix Duparcque cette autre question qui me semble fort intéressante et toujours capable d'inspirer de grands et nombreux travaux, à savoir : « *Etude comparée, avec observations à l'appui, de l'action des différentes injections hydrargyriques, solubles et insolubles, employées dans le traitement général de la syphilis à toutes ses périodes.* »

M. Duclaux. — Je crois, comme M. Dubar, que la question de l'appendicite est plus générale et devra attirer plus de concurrents.

M. Sée.— Il y a eu beaucoup de travaux sur les questions mercurielles, et je crois que c'est une raison pour se rallier de préférence aux rapports de l'appendicite.

M. Dubar. — J'ajoute aussi que cette question de l'appendicite intéresse tous les médecins en général, y compris les médecins d'Eaux et les hommes de sciences et de laboratoire.

M. Godlewski. — Pour faire des recherches sur la syphilis, il faut être spécialisé ; donc ceux qui prendront part au concours seront limités ; tandis que l'appendicite, intéressant tous les médecins, nous pouvons espérer un grand nombre de concurrents.

M. Dubar.— La Société de Médecine ne peut que prendre de l'importance en donnant comme question les rapports de l'appendicite ; les concurrents devront être nombreux, et je crois préférable d'accepter la question que vous propose la commission.

La Société, accepte, à l'unanimité, cette proposition ; la question pour le concours du Prix Duparcque, 1907 est donc la suivante : « *Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.* »

Election. — A l'unanimité des membres présents, M. le Dr Charles de Blois, de Trois-Rivières (Canada), est nommé membre correspondant étranger de la Société de médecine.

La séance est levée à 6 h. 40.

Le secrétaire annuel, Mortier.

PRIX DUPARCQUE

En décembre 1907, dans sa dernière séance (2e samedi), la **Société de Médecine de Paris** décernera le Prix Duparcque (*une somme de 1.300 francs sera disponible*) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur la question suivante : « **Des rapports ds l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.** »

Les mémoires, *inédits et non encore récompensés*, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le secrétaire général, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1907, dernier délai. Le concours sera ouvert le 1er octobre 1906. Chaque mémoire sera désigné par une devise ou épigraphe écrite sur la première page, de la main de l'auteur, et accompagné d'un pli cacheté : ce pli devra porter **uniquement** à l'extérieur, la même épigraphe reproduite ; à l'intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout concurrent qui se serait fait connaître *d'une façon quelconque* avant l'attribution du prix serait de fait exclu du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Paris, le 26 juin 1906.

Pour rédaction conforme,
Le secrétaire général,
F. Buret.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 21 juin 1906.

Difficulté particulière de la délivrance artificielle dans un utérus bicorne à corne formant un diverticule allongé.

M. Guéniot. — A la suite d'un accouchement par le siège, la délivrance présenta quelques difficultés du fait de l'incarcération d'une partie de l'arrière-faix dans une des cornes de l'utérus se prolongeant en long boyau.

M. Budin rappelle qu'il a observé un cas, avec M. Jeannin, où à la suite d'un avortement, l'extraction du placenta fut extrêmement laborieuse par suite de la disposition bicorne de l'utérus.

Grossesse chez une femme atteinte d'anévrysme de la crosse de l'aorte.

MM. Macé et Monnier-Vinard.— La femme enceinte actuellement de 6 mois 1/2, a un anévrysme de la crosse de l'aorte. Que convient-il de faire ? Faut-il laisser évoluer la grossesse, ou l'interrompre avant terme ? L'auteur considère la femme comme perdue à brève échéance ; il estime inutile de provoquer un accouchement avant terme.

M. Tissier ne croit pas le pronostic si grave, il estime que cette femme pourrait supporter la fatigue de l'accouchement, et y survivre. Si l'on veut intervenir pour épargner à cette femme le traumatisme obstétrical, seule l'opération césarienne serait rationnelle.

Statistique de 15 laparotomies pour grossesse extra-utérine

M. Macé. — Ces grossesses se classent en 3 groupes : il y eut 13 inondations péritonéales ; un avortement tubaire ; une grossesse de 8 mois. L'auteur réduit l'opération au maximum ; il ne cherche pas à enlever tout le sang, mais il établit un drainage soigné. Tous ces cas ont guéri.

M. Picqué ne partage pas la manière de faire de M. Macé ; il veut que l'on évacue complètement le péritoine de tout le sang liquide et des caillots qu'il contient. En agissant autrement, on risque tous les accidents infectieux consécutifs. De plus, M. Picqué ne draine pas.

M. Pichevin est absolument de l'avis de M. Picqué ; à moins de cas opérés *in extremis*, il faut absolument faire une intervention complète.

M. Boquel estime qu'il faut tout enlever, trompe, vagin, caillots et sang ; puis il draine systématiquement le péritoine.

Placenta retenu longtemps post abortum in utero.

M. Tissier. — Une femme ayant fait un avortement ne p[illegible] senta aucun accident ultérieur. Elle quitta l'hôpital en bo[illegible] santé, et plusieurs jours après elle expulsa spontanémen[illegible] placenta de 100 gr. Il n'y eut aucun accident.

Un cas de môle hématomateuse.

M. Maygrier. — Une femme fit une fausse couche de [illegible] et demi. Dans l'œuf on trouva de petites tumeurs sous-[illegible] niotiques constituées par de petits hématomes.

Vaste hémorragie méningée prise pour l'hydrocéphalie.

MM. Devraigne et Cathala. — Le diagnostic exact put [illegible] porté grâce à la ponction lombaire, diagnostic qui fut [illegible] firmé à l'autopsie.

M. Macé signale que ce diagnostic différentiel peut être impossible dans les cas où l'hydrocéphalie s'accompagne [illegible] liquide sanglant, ce qui se voit parfois.

Deux cas de rupture du sinus circulaire diagnostique pendant le travail.

MM. Devraigne et Ventouras. — Il s'agissait dans un cas d'une présentation du siège, et dans l'autre d'un sommet. Le sang sortait au début de chaque contraction puis s'a[illegible] pendant la contraction même.

Cyrille Jeannin.

REVUE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE

Rédacteur-spécial : Dr LUCIEN-GRAUX

I. — **Plombières ancien et moderne**; par HAUMONTE. (Paris, 1905.)

Plombières possède des souvenirs historiques intéressants. Dès 1865, M. Haumonte, son maire, écrivait ce livre bientôt épuisé. M. Jean Parisot nous en donne aujourd'hui une nouvelle édition très augmentée et contenant de superbes gravures. Les vestiges séculaires des grands travaux romains témoignent du passé reculé de Plombières.

Après les ducs de la maison de Lorraine, Stanislas Leckzynski, contribua grandement au développement de la ville et y laissa des traces splendides. Napoléon III y fit faire des travaux importants.

II. — **Traitement thermal sulfureux de la syphilis**; par DRESCH. (Doin, 1906.)

La cure thermale est devenue le complément par excellence du traitement de la syphilis à évolution normale et correctement traitée. Elle s'impose dans les formes anormales, rapides ou malignes. Elle s'impose doublement quand la syphilis se surajoute à des états diathésiques antérieurs et dans une multitude d'états bâtards relevant d'une combinaison de diathèses qui nécessitent des combinaisons de traitements.

Cet intéressant travail a fait l'objet d'une communication au Congrès de Venise.

III. — **La cure de la Roche-Posay dans l'arthritisme**; par MORICHAU-BEAUCHANT et ŒNOMO. (Paris, 1906).

Autorisées en 1898, les eaux de la Roche-Posay sont connues et utilisées depuis 1573. Les eaux sont athermiques. Elles ont surtout de la valeur dans le traitement de l'arthritis et de ses manifestations viscérales, articulaires, nerveuses et surtout cutanées.

IV. — **Le Mont-Dore**; par le professeur LANDOUZY (1906).

Cette brochure reproduit la conférence que fit M. le professeur Landouzy lors du passage du V.E.M. au Mont-Dore. Comme toujours, cette *Leçon de choses de thérapeutique thermale pratique* est écrite avec la concision et l'éloquence qui caractérisent les œuvres du directeur scientifique du V. E. M.

Répandue largement, elle ne pourra que contribuer au succès d'une station intéressante et inspirer à plusieurs confrères le désir de se joindre aux voyages d'études médicales.

V. — **Annuaire des eaux minérales**; par le Dr MORICE. (Paris, Librairie de la *Gazette des Eaux*, 1906).

Cet excellent volume, qui en est à sa 48e année, renferme : 1o Une étude très complète et très précise sur la *Législation des Eaux minérales* en France, aux Colonies et à l'Etranger ; — 2o Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris ; 3o La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Conseil supérieur d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — 4o La liste des hôpitaux thermaux militaires ; 5o Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique : — 6o La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France : — 7o Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages d'études médicales aux Eaux minérales ; — 8o La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises ; — 9o Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — 10o La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises ; — 11o La nomenclature générale des sanatoriums populaires et payants, maisons de cure et de convalescence, dispensaires colonies de vacances, hôpitaux marins, thermaux, jardins ouvriers, etc. ; — 12o La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

En ce qui concerne l'étranger, l'Annuaire des Eaux minérales passe successivement en revue : a) Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions : b) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.) Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières complètent ce volume.

VI. — **Communications scientifiques sur Kreuznarch**, 1906.

C'est un recueil des travaux sur des sujets les plus divers mais ayant tous trait à cette ville d'eaux. Citons les mémoires qui nous ont paru les plus intéressants : *Radioactivité des eaux de Kreuznach*, par *M. Aschoff. Scrofulose et tuberculose* par *M. Engelmann*, *Balnéologie et otologie* par *M. Steppetat.*

Le recueil édité par la Commission municipale des eaux contient aussi des renseignements pratiques concernant le séjour et les pratiques balnéologiques.

VII. — **Sur l'acide borique**; par ETTERLEN (*Lyon Médical*).

Un gramme d'acide borique donné en cachets de 0,50 augmente l'acidité urinaire de 0,40 en moyenne. A partir de 1 gr. 50 par jour le volume des urines est presque doublé de l'effet diurétique persiste 2 ou 3 jours et acquiert son maximum le lendemain du jour où l'acide borique a été administré. L'acidification de l'urine est causée principalement par l'augmentation de l'excrétion de l'acide phosphorique. Avec 1 gr. d'acide borique cette augmentation est en moyenne d'un tiers.

VIII. — **Soufre urinaire et bains carbo gazeux**; par HEITZ et MIGNARD. (*Journal de physiothérapie.*)

Chez les malades dont le régime alimentaire est stable comme qualité des aliments sans que la quantité de ces aliments soit maintenue absolument constante, la cure des bains carbo-gazeux élève d'une façon générale le coefficient d'oxydation du soufre, c'est-à-dire que, sous cette influence l'oxydation des dérivés soufrés issus des albumines se fait plus complètement, cette oxydation plus complète pouvant coïncider, en beaucoup de cas, avec une diminution de la quantité absolue des matériaux des oxydés.

IX. — **Essai de bibliographie analytique**; par ROUX (Paris, Masson 1906.)

Important travail contenant une bibliographie très méthodique et très complète des eaux de Saint-Nectaire.

X. — **Indications de la cure de Vichy chez les enfants**; Par DÉLÉAGE (*Congrès de Lisbonne.*)

Les indications de la cure de Vichy chez les enfants sont beaucoup plus nombreuses qu'il ne le semble au premier abord.

La première indication s'adresse à la constitution, aux tares héréditaires chez les fils d'hépatiques, d'uricémiques, de goutteux, d'obèses, de diabétiques, chez lesquels il est nécessaire de modifier, de régulariser les échanges nutritifs, les fonctions hépatiques, de combattre l'hyperacidité organique.

La cure chez les enfants doit être surveillée de très près ; son intensité et sa durée doivent être en rapport avec un certain nombre de données physiologiques et pathologiques en tête desquelles vient l'âge de l'enfant.

Le nourrisson lui-même, hépatique héréditaire, dont la mère, nourrice ou non, fait une cure à Vichy, retirera un heureux résultat de l'ingestion d'eau minérale à des doses minimes en même temps qu'il bénéficiera de sa mère-nourrice dont le lait gagnera en qualité et en quantité.

L'indication se précise chez les enfants plus âgés et portant l'empreinte de l'hérédité hépatique, de la cholémie, qui ont des poussées de congestion douloureuse du foie s'accompagnant de troubles gastriques et souvent d'entérite de même que chez les petits paludéens, pour lesquels les sources Mesdames et Lardy, bicarbonatées, ferrugineuses et arsenicales, sont très précieuses. Les lithiases biliaire et rénale, moins rares chez l'enfant qu'on pourrait le croire, sont en-

rayées, chez lui comme chez l'adulte, par le traitement de Vichy. De nombreux enfants de 6 à 10 ans sont dyspeptiques avec les symptômes de l'hyperchlorhydrie ; la cure alcaline combattra cette hypersthenie stomacale. Dans le diabète infantile, les indications sont plus réduites que dans celui de l'adulte la maladie prenant rapidement, et souvent d'emblée les allures du diabète grave maigre. L'indication de Vichy est réservée aux cas de diabète infantile latent, sans tendance marquée à l'amaigrissement, et chez les enfants de diabétiques. L'obésité et la maigreur sont heureusement modifiées par la cure de Vichy quand elles relèvent, la première d'une dystrophie héréditaire goutteuse arthritique, la seconde de troubles nutritifs, de troubles gastro-intestinaux ou hépatiques. Les contre-indications sont fournies par les affections aiguës, fébriles, la tuberculose, les ictères graves dus à des lésions profondes de la cellule hépatique ou à une compression du cholédoque, les affections cardiaques mal compensées.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel technique d'Histologie ; par Ph. Stohr, traduit par les docteurs Toupet et Critzman (troisième édition fr. complètement remaniée d'après la dixième édition allemande, par le Dr P. Mulon, préparateur d'histologie à la Faculté de Médecine. Préface du Pr Cornil. 1 vol, grand-jésus de 514 p. avec 339 figures en noir et en couleur. G. Steinheil, éditeur).

Cet ouvrage comprend deux parties très distinctes : l'une théorique, l'autre pratique. C'est un Traité théorique d'abord. Les détails de la cytologie, de l'histologie, de l'anatomie microscopique, y sont exposés avec une exactitude et une précision rigoureuses. Tout y est, et pourtant rien qui ne soit utile ne vient surcharger les descriptions. « Les faits, dit le Pr Cornil dans sa préface, simplement et clairement décrits, se détachent en pleine lumière ». Les théories récentes même y sont consignées lorsque l'auteur les a jugées définitivement admises. C'est donc un livre tout à la fois complet et clair. C'est dire que l'étudiant trouvera en lui un guide sûr tant au début de ses études que plus tard. Le médecin praticien lui-même, qui désormais doit connaître de mieux en mieux la morphologie et la physiologie cellulaires, bases fondamentales de la pathologie et de la thérapeutique aura avantage à le consulter.

C'est aussi un Manuel pratique, avons-nous dit. Et à ce titre encore il s'adresse à la fois au débutant, à l'étudiant ignorant du microscope et à l'histologiste de profession. Le Pr Stöhr, s'est en effet, attaché à donner des méthodes très simples, en indiquant bien tous leurs détails : en suivant le texte à la lettre, tout étudiant quelque peu attentif peut préparer et voir les éléments antomiques et leurs rapports. Il trouvera même dans cette troisième édition des procédés nouveaux et en particulier les méthodes de Golgi et de Ramon y Cajal qu'il n'est plus permis d'ignorer. L'étudiant au courant des pratiques du laboratoire y trouvera de son côté l'indication de techniques plus compliquées destinées à montrer les détails les plus fins de la structure microscopique.

Chaque chapitre théorique est immédiatement suivi des techniques spéciales qui s'y rapportent chacune des nombreuses figures porte l'indication de la méthode employée pour faire la préparation qui est dessinée ; le travail est, encore une fois, rendu plus facile. Benjamin Bord.

École préparatoire de médecine de Clermont. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des beaux-arts et des cultes en date du 20 juin, un concours s'ouvrira, le 8 janvier 1907, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement médical des adénites chroniques non suppurées.

La diathèse scrofuleuse est caractérisée au point de vue symptomatique par des hypertrophies ganglionnaires habituellement chroniques, par des inflammations catarrhales à répétition, par une tendance aux localisations infectieuses et particulièrement bacillaires sur les muqueuses et le derme desquamés par des poussées fluxionnaires répétées.

De toutes ces manifestations diathésiques, nous ne nous occuperons ici que des adénites strumeuses fermées, qui existent surtout pendant l'enfance. Il n'est pas rare à cet âge de les voir rétrocéder par la médication iodée. Elles se présentent aussi et le plus souvent chez les mêmes sujets, à l'adolescence. Nous les avons vues alors presque toujours plus tenaces, mais elles cèdent généralement encore au traitement iodé, qui donne les meilleurs résultats et par lequel on doit toujours commencer. Plus tard, pour maintenir les résultats acquis on pourra s'adresser à l'arsenic et au chlorure de sodium. Et pour ce qui est de la thérapeutique iodée, nous trouvons bien préférable de réunir la méthode externe et la méthode interne en un seul et même procédé représenté pratiquement par les frictions *loco dolenti* du vasogène iodé.

Les raisons qui autorisent à recommander ce procédé sont les suivantes : l'Iodosol employé en frictions sur les ganglions hypertrophiés y détermine sans douleur, sans lésions inflammatoires, une pénétration intime de l'iode. Cet iode imprègne la tumeur, y développe son action trophique et fondante. Il se propage ensuite dans l'organisme et il est, comme l'a démontré Pouchet pour l'ensemble des iodiques, le point de départ, par ses mutations chimiques, d'un véritable ébranlement moléculaire, d'une suractivité vitale pour les cellules,

L'iodosol est donc à la fois un agent de thérapeutique locale et générale, et c'est son innocuité pour la peau et les muqueuses, son absence de toxicité, qui le font préférer à la teinture d'iode et aux iodures.

Si nous frictionnons deux fois par jour la région malade avec une demi-cuillerée à café d'iodosol nous ne déterminons aucune excoriation et nous pouvons indéfiniment faire pénétrer dans l'économie une quantité d'iode chaque fois active au point de vue local et général. Les résultats suivants viennent, d'ailleurs, le démontrer.

Chez une jeune fille de 12 ans, il s'était produit dans la région cervicale gauche, une adénite strumeuse atteignant en 8 jours le volume d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur était dure, douloureuse et glissait un peu sous le doigt. Les tissus voisins étaient légèrement œdématiés. La malade n'avait dans la cavité buccale aucune érosion qui permit d'expliquer cette lésion. Parfois elle toussait, mais il n'y avait pas de signes suffisants pour admettre la tuberculose.

Nous avons alors conseillé des frictions matin et soir sur l'adénite avec, chaque fois, une demi-cuillerée de vasogène iodé. La blépharite continua à être soignée seulement à l'eau boriquée. Le remède ne laissa aucune trace sur la peau et ne causa pas la moindre souffrance. Au bout du septième jour la tumeur était en voie de régression, la blépharite était guérie et, en deux semaines environ, l'adénite avait disparu.

Nous avons alors soumis la malade à la médication arséniée, puis de nouveau iodée, et l'affection n'a pas reparu.

Chez plusieurs autres enfants de 4 à 10 ans nous avons constaté des résultats analogues et jamais il ne s'est produit le même phénomène inflammatoire cutané, jamais la moindre trace d'iodisme.

Sans prétendre que la médication interne soit absolument plus active que la médication externe, car on sait que les vasogènes ont, par définition, la propriété de faire pénétrer rapidement dans l'organisme les médicaments qu'ils renferment et de leur laisser toute leur puissance, nous pensons que l'iodosol est supérieur à la teinture d'iode, puisqu'il ne colore pas la peau, ne détermine aucune douleur et permet ainsi le traitement externe prolongé. En second lieu nous avons pu constater que le vasogène pris à l'intérieur n'est ni

caustique ni toxique et que son action est peut-être plus rapide que celle de l'iodure.

Nous constatons encore que l'iode du vasogène est absorbé par l'économie, car il exerce sur les hypertrophies ganglionnaires une action fondante manifeste ; cette action thérapeutique n'est pas seulement locale, et le vasogène iodé détermine dans l'organisme des effets trophiques et antiphlogistiques certains.

Chez un autre enfant de 7 ans atteint en même temps d'adénopathie trachéobronchique, nous avons assisté à la régression des symptômes de cette affection et la percussion nous a révélé une diminution notable des ganglions médiastinaux postérieurs.

Ces résultats sont une preuve de l'action trophique générale du vasogène iodé, qui est aussi le remède de choix de la diathèse scrofuleuse, qui est précisément caractérisée par le ralentissement et comme la paresse de toutes ces fonctions vitales.

Les frictions d'iodosol ou l'ingestion d'iodosol sont donc à l'heure actuelle le procédé de choix pour soumettre les adénites strumeuses à l'influence curative de l'iode et si nous usons largement de ce remède, dans tous les cas de ce genre, nous devons ajouter que nous avons l'habitude, une fois le résultat acquis, de le compléter par l'arsenic et le chlorure de sodium. (Dr Babou, *Médecine Moderne.*)

VARIA

Histoire et Médecine : L'ancienne faculté de la rue de la Bûcherie.

L'Association générale des Etudiants vient d'adresser au Conseil municipal une pétition demandant de devenir locataire de la ville en occupant l'ancienne faculté de Médecine de la rue de la Bûcherie près la place Maubert.

Cette vieille maison, dont l'histoire, des plus intéressantes, a été clairement résumée par notre ami le Dr Noir (1), a été construite au XVe siècle et abandonnée depuis longtemps.

Des particuliers peu respectueux des souvenirs attachés aux murs, des industries, comme un lavoir, menacèrent, jusqu'en 1904, date à laquelle le Conseil municipal cessa de louer, de dégrader cet immeuble si intéressant.

Nombreuses furent les sociétés qui pétitionnèrent pour obtenir un changement ; le Dr Noir prit une part active a cette campagne desintéressée qui avait été menée au début par le regretté Dr Le Baron, fondateur du syndicat des médecins de la Seine. C'est du reste le Dr Le Baron qui avait obtenu l'achat par la ville de la vieille Faculté.

L'Association obtiendra ce que d'autres n'ont pu obtenir, nous l'espérons, nous le souhaitons. La rotonde sera conservée, son caractère historique étant indéniable ; il devrait en être de même de la salle du XVe siècle ; mais il est probable que l'on reconstruira le reste des bâtiments afin de rendre cet antique immeuble apte à sa nouvelle destination, c'est-à dire un lieu de réunion des étudiants de Paris succursale de l'A, qui prendra le nom de « *Maison des étudiants* ». Voilà ce que l'on nous dit quant aux intentions des futurs locataires.

Nous disons « futurs locataires » car nous pouvons croire que notre espoir ne sera pas déçu. Ce sera une œuvre artistique sauvée, un souvenir conservé et conservé en bonnes mains. Les médecins s'occupent aujourd'hui d'histoire, nous l'avons prouvé, ils peuvent donc avoir l'espoir d'être appelés à conserver les souvenirs historiques de leur profession.

La prise de possession de l'ancienne faculté n'est qu'un début.

Mar 'el B.

Les conserves américaines.

Un scandale vient d'éclater à Chicago, au sujet des procédés criminellement répugnants auxquels se sont livrées de grandes fabriques de viandes conservées de Chicago.

M. Roosevelt eu transmettant le rapport officiel dit :

« Je vous soumets ce rapport parce qu'il montre le besoin urgent qu'il y a, pour le Congrès, de prendre des mesures immédiates pour établir une inspection rigoureuse et complète, par le gouvernement, de tous les abattoirs et fabriques de conserves, ainsi que des produits en sortant.

« La brève inspection qui a amené la rédaction de ce rapport montre que l'état de choses existant actuellement à Chicago est révoltant, et qu'il est absolument nécessaire, dans l'intérêt de la santé publique, que des mesures soient prises pour apporter un changement radical à l'état de choses actuel.

« Ce rapport, dit encore M. Roosevelt, montre que la plus grande malpropreté règne dans les abattoirs et les fabriques de conserves, et que la manière dont sont préparés les produits sortant de ces fabriques est malpropre et dangereuse pour la santé publique. »

Des le début, le rapport Nell-Reynolds montre que la plus grande malpropreté règne partout dans les abattoirs et fabriques de conserves de Chicago. Les cours et le sol des abattoirs sont pleins de trous remplis de purin et autres matières corrompues qui dégagent une odeur infecte. Sur le sol des quais, sur lesquels les trains viennent débarquer les animaux amenés des diverses parties des Etats-Unis, on aperçoit souvent des cadavres d'animaux morts au cours du voyage et qui ont été jetés là. Les inspecteurs, en quelques instants, ont compté une fois vingt cinq cadavres de porcs déposés sur deux quais.

Les règles les plus élémentaires de l'hygiène ne sont point observées. Il n'y a pas ou trop peu de lavabos ; quant aux « buen retiros », il y en a peu, mais presque tous sont situés dans quelque coin des ateliers, et c'est par des prises d'air donnant dans les ateliers qu'ils sont aérés. Dans quelques cas cependant, continue le rapport, les water-closets sont situés à une telle distance des ateliers que les hommes se soulagent sur les planchers des abattoirs ou dans quelque coin des ateliers, et l'odeur d'urine se mêle alors aux odeurs nauséabondes que dégagent les planchers pourris, sales, trempés de sang, véritables terrains de culture pour tous les germes morbides.

* * *

L'émotion causée a été rendue plus vive encore par la publication du rapport officiel Nell-Reynolds. L'indignation du public a été également rendue plus intense par les déclarations d'un général de l'armée américaine qui a dit : Je connais depuis sept ans les faits révélés et si, à cette époque, on m'avait écouté, des milliers d'existences auraient pu être épargnées.

« Selon moi, environ 4.000 soldats des Etats-Unis ont péri et beaucoup d'autres ont eu leur sang ruiné à la suite de l'absorption de viandes mauvaises et traitées chimiquement.

On comprendra facilement qu'à la suite de ces déclarations du général Nelson Miles, que publient tous les journaux, les cris de réprobation s'élèvent, plus violents que jamais, de toutes parts, aux Etats-Unis, contre les beefpackers coupables, et les prêtres mêmes, du haut de leurs chaires, dans les églises et les temples, appellent les foudres du ciel sur les usines de Chicago et déclarent que les propriétaires de ces usines devraient être mis en prison.

M. B.

La médecine française en Perse.

La récente maladie du Shah de Perse a attiré l'attention sur la façon dont ce souverain reçoit les soins médicaux.

Bien que la Perse, en tant que nation, soit encore dépourvue presque totalement des ressources de la science moderne, le Shah reçoit des soins éclairés et soignés « à la française ». Il y a même à Téhéran une petite pépinière de médecins français, venus sur la demande expresse du souverain.

Actuellement, c'est le médecin principal de 1re classe Schneider qui, ayant remplacé l'ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce Tholozan, remplit les fonctions de médecin-chef de S. M. I. le Shah ; MM. les médecins-majors Galley et Georges, répétiteurs à l'Ecole du service de santé de Lyon, sont chargés des fonctions de professeurs à l'Ecole de médecine, naissante, de Téhéran.

Cette colonie médicale française tient très dignement sa place en Perse. Elle y fait honneur à la science médicale française.

Ajoutons que le père de notre ami Lucien Graux est spécialement attaché à la personne du Shah pendant son séjour à Contrexeville.

M. B.

Hommage posthume au Pr Nocard.

M. Ruau, ministre de l'agriculture, a récemment présidé l'inauguration du monument du Pr Nocard à l'école vétérinaire d'Alfort. Nous reproduisons les passages du discours du ministre qui indiquent bien la valeur des travaux du regretté savant :

« Nocard fut un des pastoriens de la première heure. Comme l'a dit le docteur Roux, « son nom doit être inscrit

(1) Au *Progrès Médical*, une plaquette.

« sur tous les bulletins de victoire des doctrines microbiennes ». Sa théorie et sa méthode furent celles de Pasteur, la théorie microbienne et la méthode expérimentale, avec un contrôle rigoureux et répété des résultats obtenus. Il étudia ainsi, soit seul, soit avec le docteur Roux, la rage, le tétanos, la clavelée, la fièvre aphteuse.

Il aida de toutes ses forces à l'organisation de la sérothérapie diphtérique et il étudia soigneusement le sérum antitétanique. Mais ce qui l'a mis principalement en lumière, ce sont ses travaux considérables sur la péripneumonie et sur la tuberculose.

Nocard a découvert, en 1887, avec le docteur Roux, la méthode de culture du bacille de Koch en milieux glycérinés ; il a démontré l'identité de la tuberculose des oiseaux et de celle des mammifères, et il a proclamé victorieusement l'unité fondamentale de la tuberculose humaine et de la tuberculose des animaux domestiques. Il a fait entrer dans la pratique vétérinaire la tuberculine qui sert au diagnostic précoce de la tuberculose, et la malléine, révélatrice de la morve.

Entre temps, Nocard, membre de l'Académie de médecine, de la Société centrale de médecine vétérinaire, de la Société de biologie et de la Société de pathologie comparée, participait assidûment aux travaux de ces compagnies. Il était l'âme du comité consultatif des épizooties et du comité d'hygiène et de salubrité de la Seine. Son cours, à Alfort, était remarquable d'érudition et de clarté.

Par sa contribution à l'étude des maladies contagieuses, entreprise grâce à la plus rigoureuse méthode expérimentale, Nocard a projeté une vive lumière sur une profession trop longtemps décriée.

Emule des Bouley, des Chauveau, qui sont avec lui les gloires de la science vétérinaire, il ne s'est pas contenté de rassurer des milliers d'agriculteurs en défendant notre cheptel contre les maladies qui l'assaillent, mais transportant l'application pratique de ses découvertes du domaine des animaux au domaine de l'homme, il a réussi, comme l'avait fait Pasteur, à réduire la somme de la douleur humaine. Son œuvre est donc de celles qui le classent parmi les maîtres, dans la pléiade des bienfaiteurs de l'humanité. »

Jurys des prix de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine vient d'arrêter la liste des commissions qui examineront dans l'année les travaux que leurs auteurs auront présentés. Voici les listes de ces jurys :

Prix de l'Académie: MM. François-Frank, Gaucher, Netter. — *Prix Alvarenga*: MM. Chatin, Pozzi, Chantemesse. — *Prix Apostoli* : MM. Gariel, d'Arsonval, Regnard. — *Prix Baillarger* : MM. Magnan, Motet, Joffroy. — *Prix Barbier* : MM. Laveran, Ménard, Reynier. — *Prix Boullard*: MM. Brouardel, Richer, Raymond. — *Prix Bouceret* : MM. Ed. Perrier, Gley, Reynier. — *Prix Buignet* : MM. Riche, Robin, Marty, Delorme, Pouchet, Gréhant.— *Prix Campbell-Dupierris* : MM. Guyon, Ch. Perrier, Reclus. — *Prix Capuron* : MM. Moissan, Hanriot, Bourquelot.— *Prix Chevallier* : MM. Hérard, Dieulafoy, Duguet. — *Prix Chevillon* : MM. Labbé, Cornil, Monod.—*Prix Civrieux* : MM. Bouchard, Motet, Troisier. — *Prix Clarens* : MM. Besnier, Vallin, Chauffard. — *Prix Daudet* : MM. Lancereaux, d'Arsonval, Chauvel. — *Prix Desportes*: Section de thérapeutique et d'histoire naturelle. — *Prix Godard* : MM. Bucquoy, Debove, Gilbert. — *Prix Guzmann* : MM. Hayem, Huchard, Fernet. - *Prix Herpin* (de Genève) : MM. Empis, Magnan, Landouzy. — *Prix Herpin* (de Metz) : MM. Lereboullet, Laveran, Hutinel. — *Prix Hugo* : MM. Lancereaux, Yvon, Hamy. — *Prix Itard* : MM. Duguer, Hallopeau, Landouzy. — *Prix Laborie* : Section de chirurgie. — *Prix Larrey* : MM. Sée, Pinard, Kermorgant. — *Prix Laval* : MM. Guéniot, Debove, Josias. — *Prix Lorquet* : MM. Brouardel, Magnan, Raymond. — *Prix Meynot* : MM. Duplay, Kirmisson Poirier. — *Prix Monbinne*: MM. Cauvel, Duguet, Benjamin. — *Prix Nativelle* : MM. Jungfleisch, Prunier, Guignard. — *Prix Orfila* : MM. Bouchardat, Vallin, Hanriot, Pouchet, Netter. — *Prix Saintour* : MM. Dieulafoy, Pinard, Motet, Richelot, Cadiot. *Prix Stanski* : MM. Laveran, Roux, Chauffard. — *Prix Tarnier* : MM. Budin, Pinard, Doléris. — *Prix Vernois* : MM. Delorme, Chantemesse, Vaillard.

L'État sanitaire à Madagascar.

La *Liberté* du 26 juin publie les nouvelles pessimistes suivantes qu'il est bon de ne pas accepter sans réserves, car elles servent de prélude à une attaque contre le gouverneur de l'île, le Pr Augagneur :

« Une épidémie de fièvre paludéenne, dit la *Liberté*, compliquée de dysenterie, sévit à Tananarive-Ville et dans la province de l'Imérina. La mortalité des indigènes a augmenté dans des proportions considérables et, dans le seul mois d'avril, plus de 800 décès à Tananarive et 2.000 dans la province ont été enregistrés. A Ankazobé, à Manjakandrina et à Antsirabé, la situation est tout aussi grave et les froids prochains font malheureusement craindre qu'elle ne devienne complètement désastreuse pour une population affaiblie, appauvrie, manquant de nourriture, de vêtements et de soins,

On cite des villages entiers qui sont, à l'heure actuelle, complètement déserts, les derniers survivants — recueillis par l'administration — ayant été obligés de fuir leurs demeures, chassés par les odeurs pestilentielles des morts laissés sans sépultures. »

La question de la Céruse au Parlement.

Le rapport de M. le Dr Pédebidou sur le projet de loi interdisant l'usage du blanc de céruse qui va être distribué aux sénateurs avant d'être discuté au Parlement se termine par les conclusions suivantes :

La céruse est un poison qui s'infiltre dans tous les tissus, imprègne l'organisme tout entier et exerce en particulier ses ravages sur la moelle, sur les reins. Son action est d'autant plus efficace que l'ouvrier travaille dans des conditions hygiéniques plus défectueuses.

La réglementation, telle qu'elle existe à l'étranger et en particulier en Belgique et en Allemagne, ne saurait atteindre le but poursuivi par le législateur. Elle suppose une éducation hygiénique préalable de l'ouvrier, mais cet ouvrier idéal n'existe pas. Bien des années passeront avant que les peintres, préoccupés d'abord de leur santé, s'astreignent à porter, pendant le travail, des vêtements spéciaux et à les quitter aux heures des repas : à nettoyer par un brossage énergique leurs mains et leurs ongles avant de se mettre à table ; à s abstenir de fumer pendant le travail ; en un mot, à observer la propreté la plus complète. Et si dans les usines de fabrication de la céruse, dans les chantiers bien organisés et rigoureusement surveillés, il est possible de mettre le personnel à l'abri de l'intoxication saturnine, il ne faut pas oublier que les petits chantiers sont légion, que la plupart des peintres en bâtiments travaillent isolément et que, pour eux, toutes les mesures de surveillance et de contrôle deviennent illusoires par le fait de la dissémination des ouvriers.

Cet état de choses pourra être modifié par la loi sur les maladies professionnelles, déposée devant la Chambre. L'extension de la législation sur les accidents du travail à ce genre d'affection entraînera pour les entrepreneurs de peinture de telles responsabilités que le devoir s'imposera à eux de donner la préférence à des produits non toxiques et d'exiger, par une surveillance étroite de leurs chantiers, la pratique, par leurs ouvriers de toute règle d'hygiène. En l'absence de cette législation coercitive, toute règlementation nous paraît destinée à demeurer lettre morte.

Nous sommes ainsi amené à demander au Sénat l'adoption du projet de la loi voté par la Chambre. A nos adversaires qui, au nom des intérêts d'une industrie florissante et éminemment française, protestent contre l'interdiction de l'emploi de céruse dans l'intérieur des habitations, nous répondrons que la défense de la vie humaine doit passer avant le souci des intérêts de quelques-uns, et que le législateur manquerait à son devoir s'il hésitait à restreindre l'usage d'un produit susceptible d'altérer l'organisme humain et de frapper l'homme jusque dans sa descendance, menaçant ainsi de tarir les sources mêmes de la population française.

Cette considération emprunte d'autant plus de valeur que nul n'ignore la faiblesse de la natalité dans notre pays et le souci du Parlement affirmé par des lois récentes de contribuer plus que jamais à la protection de la femme et de l'enfant. On ne saurait désormais adresser au Sénat le reproche dirigé contre la décision de la Chambre, qui avait repoussé la demande d'indemnité des fabricants de céruse. L'atteinte portée à cette industrie recevra une large compensation, votre commission ayant admis le principe de l'indemnité fixée par le conseil de préfecture du département où résidera le fabricant visé.

Enfin le Sénat, désireux de favoriser la transformation de l'industrie de la céruse, a étendu à deux ans, au lieu d'une année, le délai imparti par la Chambre pour l'interdiction des travaux à l'intérieur.

Telle est la pensée qui a dirigé les travaux de la commission et la plume de votre rapporteur. Nous vous prions de donner votre approbation à une œuvre législative élaborée avec le souci des intérêts les plus élevés et les plus nobles, ceux que commandent l'humanité et l'amour de notre pays.

FORMULES

XLVIII. — Contre la migraine ophtalmique.

Eau de laurier-cerise .... } — laitue .... }	ââ 50 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50
— narcéine	0 gr. 20
Eau distillée	100 gr.

Chauffer au bain-marie et appliquer en compresses chaudes. Puis donner 2 des cachets suivants, à 2 heures d'intervalle :

Sulfonal	0 gr. 25.
Antipyrine	0 gr. 50.

(Galezowski.)

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat — *Mercredi, 4 juillet.* — *M. Teisseire* : Contribution à l'étude des calculs de l'uretère pelvien (MM. Pinard, Segond, Lepage, Duval (Pierre). — *M. Deswarte* : Les crèches, leur passé, leur présent, leur avenir, étude d'hygiène sociale (MM Pinard, Segond, Lepage, Duval (Pierre). — *M. Roblot* : La syndactylie congénitale (MM. Segond, Pinard, Lepage, Duval (Pierre). — *M. Mercade* : Kystes et abcès de l'utérus (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset). — *M. Pageix* : Etude d'un nouveau procédé d'anesthésie en art dentaire (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset. — *M. Bertrand* : Du diagnostic différentiel des grands kystes de la mâchoire inférieure et du sarcome (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset). — *M. Courtois* : Contribution à l'étude du délire chez les hépatopathiques (MM. Landouzy, Brissaud, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Morhardt* : Les maladies vénériennes et la réglementation de la prostitution au point de vue de l'hygiène sociale (MM. Brissaud, Landouzy, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Durocher* : Tuberculose et démence précoce (MM. Brissaud, Landouzy, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Provotelle* : De l'idiotie amaurotique familiale. Maladie de Warren Tay-Sachs (MM. Brissaud, Landouzy, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Hennon* : Contribution à l'étude des gastro-entérites du nourrisson : la maladie spasmodique intestinale ; la dysenterie (MM. Blanchard, Gaucher, Balthazard, Branca). — *M. Lebailly* : Recherches sur les hématozoaires des téléostéens marins (MM. Blanchard, Gaucher, Balthazard, Branca). — *M. Firpi* : La paralysie générale infantile et juvénile et ses rapports avec la syphilis (MM. Gaucher, Blanchard, Balthazard, Branca).

Jeudi, 5 juillet. — *M. Favier* : Un médecin grec du IIe siècle après J. C.; Ménodote, de Nicomédie (MM. Dieulafoy, Raymond, Chantemesse, Jeanselme). — *M. Grenier* : Le foie syphilitique hypersplénomégalique (MM. Dieulafoy, Raymond, Chantemesse, Jeanselme). — *Mlle Rabinovitch* : Sommeil électrique (inibition des mouvements volontaires et de la sensibilité) par des courants électriques de basse tension, et à interruptions modéremen fréquentes (MM. Raymond, Dieulafoy, Chantemesse, Jeanselme). — *M. Durand* : Contribution à l'étude de la tuberculose rurale (statistique en Beauce) (MM. Chantemesse Dieulafoy, Raymond, Jeanselme). — *M. Verrier* : Des premiers secours à donner aux blessés. — Coup d'œil sur les organisations existantes (MM. Berger, Budin, De Lapersonne, Demelin). — *M. Thebault* : Contribution à l'etude clinique de l'actinomycose. L'actinomycose à Rennes (MM. Berger, Budin, De Lapersonne, Demelin). — *M. Richard* : Contribution à l'étude du traitement des rétentions placentaires après l'avortement (MM. Budin, Berger, De Lapersonne, Demelin). — *M. Auge* : Recherches statistiques sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique (MM. De Lapersonne, Berger, Budin, Demelin.

Examens de doctorat. — *Lundi, 2 juillet.* — 1er (Chirurgien-dentiste, Salle Béclard) : MM. Blanchard, Gley, Rieffel. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Déjerine, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Roger, Claude, Labbé (Marcel).

Mardi, 3 juillet — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Broussais) : MM. Cornil, Thiery, Langlois. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Charcot) : MM. Poirier, Gley, Rieffel. — 2e (Chirurgien-dentiste, Salle Corvisart) : MM. Déjerine, Legueu, Richaud. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Joffroy, Thiroloix, Carnot. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Hutinel, Dupré, Gouget.

Mercredi, 4 juillet. — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Sebileau, Legry. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Pasteur) : MM. Roger, Retterer, Cunéo. — 1er (Chirurgien-dentiste, 3e série, Salle Broussais) : MM. Gley, Rieffel, Macaigne.

Jeudi, 5 juillet — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Broussais) MM. Retterer, Langlois, Guiart. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Pasteur) : MM. Gley, Thiery, Rieffel.

Vendredi, 6 juillet. — 1er (Chirurgien-dentiste 1re série, Salle Richet) : MM. Ch. Richet, Retterer, Cuneo. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Corvisart) : MM. Roger, Sebileau, Legry. — 1er (Chirurgien-dentiste, 3e série, Salle Béclard) : MM. Gley, Rieffel, Branca.

Samedi, 7 juillet. — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Béclard) : MM. Poirier, Launois, Langlois. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Pasteur) : MM Gley, Thiéry, Guiart. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Gilbert, Vaquez, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Renon, Bezançon.

Concours du clinicat. — Ces concours se sont terminés par les nominations suivantes : *Chefs de clinique obstétricale* : MM. Coudert et Mouchotte, titulaires ; MM. Cathala et Lacane, adjoints. — *Chef de clinique chirurgicale* : M. Schwartz. — *Chef de clinique psychiatrique* : M. Dupouy. — *Chef de clinique pédiatrique* : M. Armand Delille, titulaire, M. Babonneix, adjoint.

NOUVELLES

Natalité de Paris — Du dimanche 10 au samedi 16 juin 1906 les naissances ont été au nombre de 988, se décomposant ainsi : légitimes 717, illégitimes 271.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 840, savoir : 439 hommes et 401 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 11. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 193. — Tuberculose des méninges : 21. — Autres tuberculoses : 19. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 38. — Maladies organiques du cœur : 74. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 71. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 4 ; autre alimentation : 11. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 27. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 29. — Morts violentes : 42. — Suicides : 11. — Autres maladies : 117. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : légitimes 47, illégitimes 41.

Distinction honorifique. — M. le Dr Verneau (René-Pierre), assistant au Muséum d'histoire naturelle ; 36 ans de service. Missions scientifiques aux îles Canaries en 1877-1878 ; 1885 ; 1886, 1887, vient d'être promu chevalier de la Légion d'honneur. Nos plus sincères félicitations au distingué et savant anthropologiste, qui depuis de longues années méritait la distinction qui vient de lui être donnée.

Corps de santé colonial. — Le médecin aide-major de 1re classe Heckenroth, 8e inf. col., est désigné pour le Congo français.

Ecole de médecine de Rouen. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes en date du 22 juin 1906, un concours s'ouvrira, le 7 janvier 1907, devant la fa-

culté de médecine de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

La désinfection des livres. — M. Marsoulan, conseiller municipal de Paris, vient d'écrire au président de l'assemblée départementale pour l'informer qu'il a découvert le moyen pratique de désinfecter les livres de classes, papiers, dossiers, etc., de la préfecture de la Seine. M. Marsoulan offre gratuitement au Conseil général ce procédé nouveau. Il met toutefois à son offre la condition que le travail de désinfection sera exécuté exclusivement dans les ateliers départementaux d'estropiés et d'infirmes. Ces ateliers ont été créés par M. Marsoulan il y a quelques années, et il voit dans ce travail nouveau qui leur serait apporté le moyen d'assurer leur existence et de donner à ces ouvriers rejetés par l'industrie privée un rôle des plus intéressants dans la protection de l'hygiène publique. (*Le Temps*).

Union Fédérative des Médecins de Réserve et de l'Armée Territoriale. — Le Conseil d'Administration de l'Union fédérative des Médecins de réserve s'est réuni le 13 juin 1906 au Cercle Militaire. Après lecture du procès-verbal et de la correspondance, le Secrétaire général a communiqué les noms de dix nouveaux adhérents, ce qui porte à 366 le nombre actuel des Membres de l'Union. Le Trésorier, dans son rapport financier a fait ressortir la situation prospère de la Société.

Le Conseil aborde ensuite la question des projets de loi pouvant intéresser l'organisation générale de la médecine militaire : ces projets sont étudiés par une commission spéciale. Une autre commission poursuit l'organisation d'un Congrès de Médecins militaires.

Les exercices spéciaux du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris étant fixés cette année du 30 juillet au 3 août, la Société émet le vœu que la date annuelle de ces manœuvres soit fixée en dehors de l'époque habituelle des vacances, afin de permettre au plus grand nombre possible de Médecins des réserves d'y assister. — Le Secrétaire général, L. Tollemer.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Barthélemy, médecin de Saint-Lazare, à Paris ; de M. le Dr Dousson, à Largentière ; de M. le Dr Dupuis à Villiers-Morgon ; de M. le Dr Reulos, ancien maire de Villejuif, ancien conseiller général de Seine, membre du Conseil d'hygiène de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur ; de M. le Dr Plédran, de Maulévrier (Maine-et-Loire).

Chronique des hôpitaux.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 17 septembre 1906 à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures ; du mercredi 1er août au 31 août inclusivement.

Concours de l'Internat de Brévannes, Chardon Lagache et Rossini. — Sont nommés MM. Dumas, Séguinot, Ancibure et Delapchier.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — En vertu d'un décret du 7 juin, il est ouvert au budget de l'administration de l'Assistance publique de Paris pour l'exercice 1906 au titre 2, chap. 2, sous-chap. 82 : Capitaux divers. Emploi de capitaux provenant du pari-mutuel, un crédit de 300.000 francs pour gager la dépense devant résulter de l'agrandissement de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Concours pour les places d'assistant titulaire et d'assistant adjoint des services d'oto-rhino-laryngologie. — *Epreuve opératoire* : Samedi 16 juin : Trépanation du sinus maxillaire par la fosse canine. MM Lemaître 17, Hautant 17, Laurens 18, Wicart 18, Gibert 18. — *Epreuve clinique* : Mercredi 20 juin : MM. Gibert 18, Lemaître 17. Vendredi 22 juin : MM. Hautant 18, Laurens 19, absent : M. Wicart. A la suite de ces concours, sont nommés : 1° assistants titulaires : MM. Laurens et Gibert ; 2° assistants adjoints : MM. Hautant et Lemaitre. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ancien interne, ami et collaborateur, le Dr Laurens.

Hôpital de la Charité. — *Conférences de vacances* (chirurgie clinique.) — Deux internes en chirurgie de l'hôpital de la Charité commenceront une série de conférences le 1er juillet. Pour tous renseignements, s'adresser au concierge de l'hôpital.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 27 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 7 JUILLET 1906

Le Progrès Médical

AVIS IMPORTANT A NOS ABONNÉS

Renouvellement des abonnements.

L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, et, par suite de l'application du nouveau règlement, les frais de recouvrement des abonnements par la poste étant devenus très onéreux, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire le 30 juin, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DIX FRANCS pour la FRANCE, DOUZE FRANCS, pour l'ÉTRANGER, ÉTUDIANTS, FRANCE, 6 fr.: ÉTRANGER, **7 fr. 50**. *Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée (nous prenons à notre charge les frais de 3 °/o prélevés par la poste) ou par une valeur à vue sur Paris.*

Les mandats ou valeurs doivent être faits au nom du PROGRÈS MÉDICAL ou de M. A. ROUZAUD, administrateur.

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnements et à toutes leurs réclamations la BANDE du journal.

AVIS AUX AUTEURS ET AUX EDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs que les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires** seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

Laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Saint-Louis.

Nous apprenons de source tout à fait autorisée que le décret laïcisant ces deux établissements vient d'être signé.

OBSTÉTRIQUE

A propos de trois cas de fausses grossesses chez des femmes obèses ;

Par le Dr Bélisaire **NARICH** (de Smyrne),
Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

Dans les fausses grossesses, l'enfant imaginaire étant presque toujours très attendu, un diagnostic précis jette naturellemment le trouble dans la famille. La curiosité des voisins s'en mêlant, tout un quartier peut s'intéresser à l'évènement, parfois même la ville entière, celle-ci fût-elle une capitale.

« Pour ne pas faire un si long discours, dit Mauriceau (1721. T. I, page 94), contentons-nous seulement de rapporter un exemple connu de tout Paris, qui est celui de Madame la présidente de Nesmond, qui en l'année 1668, fut jugée être grosse d'enfant durant plus d'un an, par plusieurs médecins, chirurgiens et sages-femmes, qui étaient tous de ce sentiment contre la vérité, s'étant fondés sur la grosseur de son ventre, et sur quelques autres signes équivoques de grossesse qu'elle avait ; mais enfin après avoir été l'espace d'une année et demie en cet état, la montagne des fausses espérances qu'on lui avait données n'enfanta qu'une souris ».

Parmi les fausses grossesses que j'ai eu l'occasion d'observer depuis 1882, je crois que les trois suivantes ne manquent pas d'un certain intérêt.

OBS. I. — En 1884, je suis appelé pour examiner Mme X..., qui se croit enceinte. Depuis cinq mois ses règles, qui persistent, sont moins régulières et moins abondantes. Agée de 37 ans et mariée depuis vingt mois, cette grossesse est la première. De légers troubles digestifs éveillèrent d'abord son attention, mais ce sont *les mouvements qu'elle sent* depuis plusieurs jours qui ont triomphé de ses doutes et motivé mon invitation. Son cinquième mois serait accompli et même dépassé.

Cette femme, de peau très brune, comme tous ses parents, est d'une souche où règnent l'arthritisme, la goutte, l'obésité et certains désordres nerveux assez graves. Obèse elle-même ; son abdomen est *très épais, très tendu*, et il présentait ces caractères avant son mariage, sans qu'il y ait jamais eu tympanisme. Il en résulte que la palpation est réduite à néant, L'auscultation est négative.

Au toucher le col a sa consistance et sa longueur normales.

L'index poussant par de petites saccades juge que l'utérus est plutôt léger et mobile, mais cette mobilité est relative comme nous l'avons plus d'une fois constaté chez des femmes obèses, au ventre tendu. La recherche, dans les culs-de-sac, du globe utérin surplombant le col, signe si bien décrit et représenté par le professeur Budin dans ses *Leçons cliniques*, de 1889, est difficile, car la poussée par la main gauche sur l'hypogastre ne se répercute pas facilement dans le petit bassin, tant l'abdomen est épais et dur. Cependant je conclus de mon examen que la cavité utérine n'est pas dilatée. Je ne compte pas sur la percussion, car, la vessie étant vidée, l'abdomen est presque mat, tant la couche graisseuse est épaisse et compacte.

Avec les circonlocutions de rigueur, je déclare à cette dame qu'elle n'est pas enceinte, me bornant à lui dire que les mouvements qu'elle sent ne sont pas dus à un fœtus. Inutile de citer la discussion oiseuse où elle m'entraîna ; cependant de tous ses arguments je rapporte celui-ci à cause de sa précision : « Voyons docteur, dit-elle, est-ce qu'on va me faire croire que la matrice a des mouvements par elle même ? Mais alors pourquoi ne les sentais-je pas avant mon mariage ? Pour les intestins, je connais les borborygmes ; mais est-ce que les intestins donnent des coups de pieds ? Je vous ai dit et je vous répète, docteur, que je sens de véritables petits coups de pieds, et que même je les ai souvent sentis de ma main appliquée sur le ventre, ce que j'ai cent fois affirmé à mon mari et à mes parents. »

Appelé depuis pour d'autres membres de la famille, je voyais préparer la layette que l'expiration du dixième mois fit enfermer pour toujours dans l'armoire, car en 1899, cinq ans après la fausse grossesse, je constatai chez cette personne, qui n'eut pas de grossesse et pour laquelle on m'appela de nouveau, un néoplasme utéro-annexiel auquel elle succomba peu de semaines après ma visite.

Quatre ans avant la mort de cette femme, c'est-à-dire un an après ma toute première visite, je fus consulté pour savoir s'il n'y avait pas lieu de soigner l'utérus en vue d'une grossesse. Ayant trouvé le col normal, sans écoulement, l'utérus avec la même mobilité relative et l'abdomen sans aucune espèce de douleur spontanée ni provoquée, je déconseillai à l'intéressée de se livrer à des traitements gynécologiques.

En admettant même que le néoplasme auquel elle devait succomber fût en germe dès cette époque et qu'il eût contribué au développement des symptômes de fausse grossesse, ce qui est admis, nous ne perdons pas de vue que cette femme était âgée de 37 ans lors de sa fausse grossesse, et que, vu son âge, elle rentre dans la catégorie des femmes au sujet desquelles le professeur Pajot (*Travaux d'obstétrique*, 1882, page 34.) écrivait ces lignes qu'il termine cependant par une phrase ironique où il semble mettre en doute l'existence des mouvements musculaires.

« Il convient, à cet égard, dit-il, de se défier particulièrement des femmes parvenues à l'âge de 30 à 40 ans, n'ayant jamais pu avoir d'enfant, et en désirant avec d'autant plus de passion qu'elles sentent approcher l'heure où toute espérance sera perdue. Ces affolées de grossesse prennent aisément leurs désirs pour des réalités ; elles trompent le jeune médecin avec tant de conviction et de bonne foi qu'il serait vraiment difficile, si l'on n'était suffisamment prévenu, de ne pas tomber dans le piège de leurs illusions. « Elles ont leurs règles, disent-elles, mais une de leurs amies a vu plusieurs fois ses règles pendant sa grossesse ; et elle n'en est pas moins accouchée parfaitement bien. D'ailleurs leur ventre grossit beaucoup, et *elles sentent toujours remuer*. Combien de fois ai-je entendu tout cela ! et quel vieil accoucheur, devenu sceptique, ne se souvient d'avoir manqué d'y être [illegible] pendant sa jeunesse ? ».

Cependant nous verrons plus loin que, le plus souvent, ces mouvements dont parlent les femmes qui se croient enceintes ne sont pas des mouvements imaginaires.

Obs. II. — Dans le courant de l'été de 1888, la gouvernante d'une dame étrangère, dont le mari avait eu un enfant de sa première femme morte de fièvre puerpérale, vint m'inviter à aller examiner sa maîtresse « dont trois médecins, disait-elle attendent la délivrance depuis plusieurs jours. Mais rien ne vient et tout est prêt pour recevoir l'enfant. Déjà le mois dernier, ajouta-t-elle, alors qu'on la croyait à terme, il y eut une fausse alerte. Il est vrai que les règles ne sont pas supprimées, mais diminuées et moins régulières. Elle a des douleurs et les médecins lui répètent que la matrice commence à se dilater, et que cela ira. Ce matin, impatientée, elle leur écrivit, après leur départ, qu'elle ne les attendrait plus. Du reste, me dit la gouvernante, nous n'avons jamais eu de médecin traitant de la famille ».

La patiente fut très embarrassée lorsque je lui fis demander une lettre de la part de mes confrères ; mais devant l'impossibilité de l'obtenir, j'acceptai son invitation et me rendis chez elle. En entrant dans son appartement, je vis arriver vers moi une personne ayant de la tendance à l'obésité et le ventre assez proéminent. Je la fis marcher de profil, l'attitude et la démarche ressemblaient beaucoup à celles d'une femme enceinte et presque à terme. Elle me dit que son ventre n'est gros et proéminent que depuis qu'elle est enceinte. Elle a environ 28 ans ; n'a pas eu d'autre grossesse. Non seulement *elle sent l'enfant bouger*, mais aussi elle s'assure de cela en appliquant la main sur le ventre. Elle m'engage même à ne pas attribuer ce signe à un effet de son imagination.

Peut être y a-t-il un léger degré de tympanisme abdominal. La couche graisseuse de l'abdomen est épaisse, mais elle n'est pas uniformément répandue, ni surtout tendue comme dans l'observation I. Cela permet d'y pincer de larges plis, et par conséquent de déjeter la paroi graisseuse au-dessus des mains qui palpent pour explorer la cavité abdominale et plonger dans le petit bassin. Nulle part je ne constate de parties solides et l'abdomen est partout sonore. Naturellement l'auscultation est négative. Au toucher l'excavation est vide, l'utérus mobile, sans globe surplombant le col ; sans signe de Hegar. « D'après votre examen, monsieur, me dit la dame d'un air un peu altéré, vous ne me semblez pas admettre que je sois enceinte .» A peine avais-je nié la grossesse avec les ménagements voulus, qu'elle s'assied vite et écrit nerveusement. Que faites-vous madame, lui dis-je ? J'écris à vos confrères, répondit-elle, que je ne suis pas enceinte ! Je l'en dissuadai par de bonnes paroles à l'égard de mes confrères et par quelques phrases sur le thème *errare humanum est*, et je l'invitai à me laisser compléter mon examen au spéculum. Le col est volumineux, mou, violacé, gorgé de sang, avec quelques œufs de Naboth, et un orifice plutôt petit. La patiente présente à la peau un trouble des vaso-moteurs : ce sont de larges taches framboisées, à bords déchiquetés, s'effaçant à la pression, mobiles, se présentant aux régions supérieures du thorax, mais surtout aux épaules et au cou. Un jour, elle m'en montra une plus large que la paume de la main, occupant la région latérale du cou et la région sus-claviculaire. Avant sa fausse grossesse, elle avait parfois ces taches, mais elles sont plus fréquentes depuis ; on dirait qu'au moyen d'une piqûre très superficielle d'épingle on en ferait facilement baver du sang. Pas d'épistaxis chez cette personne, ni d'hémorrhoïdes. L'état de sa peau ne me semble pas sans analogie avec [illegible] du col où une première et légère piqûre de scarifi[illegible] faite quelques jours plus tard, après que le mari m'eût [illegible] à soigner la patiente, provoque un véritable jet veine[illegible] je laissai couler quelques instants, puis je tamponai pour remplacer les scarifications par l'ignipuncture, dont je fis trois séances dans l'espace de trois mois, et je terminai par une dilatation à la laminaire et un écouvillonnage. Je fis [illegible] ce traitement par l'hydrothérapie, douches générales [illegible]

en pluie, continuées pendant plusieurs mois. Je lui défendis énergiquement le massage (surtout aux reins et sur l'abdomen) le croyant contre-indiqué à cause du trouble des vaso-moteurs que je viens de décrire.

Mais on la décida, à l'établissement, à en subir quatre séances qui aboutirent à une ménorrhagie très profuse qui la guérit de son imprudence. Les taches de la peau, le tympanisme abdominal, la surcharge graisseuse de l'abdomen, disparurent graduellement avec ce traitement. Le col utérin perdit la moitié de son volume ; il n'y avait pas de catarrhe ; et lorsque, peu de temps après, cette dame se rendit en Angleterre pour voir ses parents, le professeur Williams, de Londres, lui dit de se considérer comme bien portante. Je fus souvent consulté depuis par cette personne, qui se porte bien, mais qui n'a pas eu de grossesse.

En 1894, la dame qui fut l'objet de l'observation précédente engagea une de ses amies, propriétaire à deux heures de chemin de fer de Smyrne, à faire venir la femme de son jardinier, primipare, dont on attendait vainement l'accouchement, afin qu'elle pût me consulter. Voici ce cas, où j'ai pu moi-même constater des mouvements sur l'abdomen à la vue et à la main.

Obs. III. — Cette femme, agée d'environ 24 ans, n'a eu, en dehors de l'incident actuel, ni accouchement ni avortement. Elle est obèse ; se croit à terme ; cependant ses règles sont venues trois ou quatre fois pendant sa grossesse. Trois confrères lui dirent « que les douleurs qu'elle ressent finiront par ouvrir la matrice, son col étant de ceux qui se dilatent lentement ». Dans une dernière visite l'un d'eux même prétendit sentir les doigts de la main de l'enfant. Mais rien ne venant, elle quitta définitivement le lit.

Le ventre de cette femme est très gros et uniformément arrondi. La couche graisseuse est également répartie partout, même le long des arcades de Fallope : elle est surtout *très serrée, très compacte* ; c'est une *cuirasse* épaisse à la dureté de laquelle contribue peut-être un épiploon surchargé de graisse. La patiente affirme que son abdomen offrait les mêmes caractères avant sa grossesse et que celle-ci n'en a pas augmenté le volume. A la percussion, et dans diverses situations, il est presque mat partout. Auscultation négative.

Au toucher, le doigt parvient difficilement au col qui est profondément situé. Il est normal, entier et mobile ; mais c'est une mobilité diffuse, et l'insistance pour maintenir l'index si haut en diminue la sensibilité et la liberté d'action. Malgré cela, le cul-de-sac postérieur me paraît normal, mais il n'est pas facile d'explorer la paroi postérieure de l'utérus dont la cavité cependant me semble vide. J'annonçai à cette personne que malgré les difficultés que certainement mes confrères ont eues dans l'examen de son cas, difficultés que je lui expliquai parce que je venais de les éprouver moi-même, je ne la tenais pas pour enceinte. Elle accepta ce diagnostic, mais elle me parla « de *mouvements qu'elle éprouvait, qu'elle voyait, et qu'elle a cent fois sentis en appliquant la main* ». Et comme son mari me priait d'attendre pour constater ces mouvements, j'attendis plus d'une demi-heure, tout en lui affirmant qu'il ne s'agissait pas de mouvements fœtaux. La patiente me dit que c'était la première fois que ces derniers mirent un si long intervalle avant de se reproduire.

A la fin je constatai ces mouvements et à la vue et à la main : c'était de petites secousses, brèves comme des coups de pied de fœtus, mais qui paraissaient imprimées à la *totalité* de la paroi abdominale et dans le sens *horizontal*. Ils n'avaient pas de foyer principal comme c'est le cas lorsque le pied du fœtus frappe en dedans et brusque la paroi sur un point limité. En examinant attentivement, je crus devoir admettre que le diaphragme n'y participait pas et que ces mouvements résidaient dans les muscles obliques, et plutôt dans ceux du côté gauche.

Pour publier cette observation je fis prendre des nouvelles de cette femme que je n'avais pas revue depuis 13 ans, par l'intermédiaire d'un de ses parents, jardinier à Smyrne. Elle me fit dire qu'elle n'a pas eu de grossesse, qu'elle a pris sa stérilité en patience ; qu'elle se porte bien et qu'elle a suivi mon conseil de ne pas se livrer à de multiples traitements en vue d'une grossesse. Je lui avais en effet déconseillé d'entrer dans la phase des traitements interminables, et ce surtout afin de « ne pas remplacer une suggestion par une autre », comme le dit si bien actuellement le professeur Dubois, de Berne, dans son récent ouvrage (1905) sur les *Psychonévroses*.

Réflexions. — I. — En général, quand le diagnostic de fausse grossesse a été posé, les praticiens se contentent de dire que les *mouvements* sentis par la femme sont dus à l'intestin. Cette insuffisante explication ne saurait convaincre les affolées de grossesse, il nous semble même qu'elle peut contribuer à les maintenir dans leur erreur jusqu'au dixième mois. En effet, en admettant même qu'elles prennent parfois pour des mouvements lents de fœtus les mouvements péristaltiques de l'intestin, plus souvent elles tiennent pour de vrais coups de pieds d'enfant les mouvements cloniques des muscles de la paroi abdominale, car dans les deux circonstances il y a saccades qui peuvent être vérifiées par l'application de la main sur l'abdomen, ce que ne manquent pas de faire les intéressées, comme elles l'ont réellement fait dans nos trois observations. Au médecin d'analyser le caractère de ces mouvements s'ils se produisent en sa présence, ainsi que nous l'avons fait dans notre observation III, ce qui n'a pas peu contribué à confirmer le diagnostic là où le palper, l'auscultation, la percussion et même, dirions-nous, le toucher étaient d'une application si difficile. Il nous semble donc utile que le praticien ne se montre pas sceptique sur ces mouvements réels qui maintiennent les femmes dans leur erreur. En leur expliquant bien la nature et le siège de ces secousses musculaires, on aura plus de chance de leur faire admettre qu'elles ne sont pas enceintes, et de calmer ainsi leur anxiété et l'attente inquiète des familles.

II. — Des trois femmes dont on vient de lire les observations, aucune n'est restée enceinte après sa fausse grossesse. La première est morte cinq ans après d'un néoplasme. Des deux autres, celle de l'observation II seulement avait besoin d'un traitement qui la guérit effectivement des signes et symptômes qu'elle présentait. Il nous semble que l'on est parfois trop enclin à intervenir, même chez des personnes jeunes et saines, lorsque la grossesse tarde un peu à se produire.

Nous avons plus d'une fois vu venir la grossesse là où nous avions conseillé la patience, et plus souvent la stérilité a persisté malgré une série de traitements divers échelonnés sur une période de plusieurs années. En engageant dans ces derniers cas les patientes à ne pas trop rechercher des traitements, nous amenons au moins le calme dans leur système nerveux, les affolées de grossesse étant presque toujours des affolées de traitements. N'est-il pas sage, du reste, de mettre un terme à la série des interventions, dans les cas surtout où le mari n'est jamais examiné ?

III. — Dans certaines erreurs de diagnostic, alors surtout que l'insuffisance d'examen et l'inattention interviennent, la *suggestion collective* entre confrères ne joue-t-elle pas un certain rôle ? Nous croyons l'avoir plus d'une fois constaté dans nos vingt-trois années de pratique, le premier confrère entraînant les autres à son opinion d'autant plus aisément qu'il subit lui-même la suggestion de la femme et de la famille, très

convaincues de la grossesse. Dans notre observation II, trois praticiens qui connaissaient le col et la dilatation grâce une longue expérience, affirmaient qu'il se dilatait, et cependant en examinant la femme le même jour je trouvai un col long avec un orifice normal et plutôt petit. Dans l'observation III, le premier médecin ayant dit que le travail, quoique très lent, est en marche, le second croit sentir une main dans le vagin, erreur par suggestion d'autant plus admissible que l'absence de toute région fœtale dans l'excavation invitait à l'idée d'une présentation de l'épaule.

Quittant le terrain de l'obstétrique, nous pouvons citer quelques autres erreurs de même origine. Il y a plusieurs années nous étions quatre confrères auprès d'une patiente. Celui qui pratiqua le premier le toucher, sentant sous le canal de l'urèthre certains plis du vagin plus saillants que normalement, se hâta de dire « qu'il y avait là peut-être bien un chancre ». Un autre confrère, croyant que le premier indiquait un chancre entre le clitoris et l'orifice vulvaire, s'empressa de dire « oui le voilà ! », et le montra même du doigt. Mais il montrait l'orifice de l'urèthre. Un meilleur éclairage, le cathétérisme et un examen plus attentif prouva qu'il n'y avait nulle part d'accident spécifique. Le deuxième confrère avait pourtant de nombreuses fois sondé des femmes durant sa carrière, et la bonne expérience qu'avait le premier de la syphilis ne l'empêcha pas de se laisser suggestionner par le fait, qui lui était connu ainsi qu'à moi, que le mari de la patiente avait eu jadis la syphilis.

En 1879, étant externe du professeur Vulpian à la Charité, son interne, palpant un malade entré, je pense, pour une colique de plomb, croit constater un kyste hydatique du foie faisant une petite saillie à l'épigastre à droite de la ligne médiane ; tous les élèves du service constatèrent ce kyste ; quelques-uns même confirmèrent le diagnostic en affirmant avoir senti le frémissement hydatique. Le lendemain, je demande à M. Cuffer s'il ne s'agit plutôt là d'un lobe du muscle droit de l'abdomen, me basant surtout sur ce fait qu'en faisant contracter le muscle par l'effort pour s'asseoir conseillé au malade, la tumeur devenait plus dure et plus saillante, ce qu'il admit en effet et le fit constater aux autres élèves.

Le cas suivant ne manque pas d'intérêt. En 1878, on reçoit à l'hôpital de la Pitié, au service de M. Polaillon, un homme pour fracture des côtes gauches. Personne n'ayant pu constater la crépitation caractéristique, M. Polaillon me dit, en s'éloignant du lit, d'appliquer tout de même la bande de sparadrap. *En levant le bras gauche* du malade jusqu'au-dessus de sa tête, je sens se produire la crépitation et j'en parle à M. Polaillon qui constate le signe, et fait remarquer aux élèves qu'il ne se produit que pendant l'élévation du bras qui agit sur les côtes par la tension des muscles. Resté seul auprès du patient je lève une dernière fois le bras pour appliquer la bande, et c'est seulement alors que je remarque non seulement qu'il s'agit d'un bruit *sourd* n'ayant pas les caractères de la crépitation osseuse, mais que ce bruit que l'on entend et que l'on sent en appliquant la main sur les côtes est un bruit transmis à distance, dont le foyer serait l'articulation même de l'épaule ; il se produirait, chaque fois qu'on lève le membre supérieur, par échappement de la tête humérale sous le tendon de la longue portion du biceps. A la fin de la visite, je fais part à M. Polaillon de la possibilité de mon erreur, qui avait agi par suggestion sur mon maître et sur les élèves, et de ma seconde interprétation. Il revient auprès du malade, constate cette fois que la crépitation n'est pas caractéristique, et admet que le bruit se produit dans l'articulation de l'épaule. Les jours suivants, cette dernière manière de voir fut maintenue.

La suggestion étant toujours de même nature, on nous permettra peut-être de citer le cas suivant, complètement étranger à la médecine, mais contribuant à corroborer les faits médicaux. Gustave Le Bon, dans *Psychologie des foules* (1903, page 31), rappelle le cas de la frégate la *Belle-Poule* croisant en mer pour retrouver la corvette le *Berceau* dont elle avait été séparée par un orage. L'attente de l'objet produisit d'abord l'erreur dans l'esprit de la vigie qui signale au loin une embarcation désemparée. Instantanément, tout le monde à bord aperçoit un radeau chargé d'hommes tendant les bras, et remorqué par des embarcations sur lesquelles flottent des signaux de détresse. On s'y dirige et on arrive hâtivement : c'étaient quelques branches d'arbres couvertes de feuilles, arrachées à la côte voisine. On nous excusera peut-être de cette digression sur un domaine si étranger à notre sujet. Nous ne l'avons faite que pour mieux faire ressortir la part que prend la suggestion dans les erreurs humaines en général, part que nous croyons très importante en médecine et surtout en obstétrique, plus particulièrement encore dans les cas de fausses grossesses.

IV. — Quoique la palpation repose « sur des principes précis » comme le dit le professeur Pinard dans son traité du *Palper abdominal* (1889, page 115), il est cependant un certain nombre de ventres sur lesquels cette remarquable méthode ne peut aisément donner tous les résultats désirables. Ces abdomens à palpation très difficile sont assez nombreux en Orient.

Les confitures, les farineux et surtout la vie casanière dont on commence à revenir un peu dans certaines villes de l'empire ottoman, rendent obèses en ce pays tant de femmes que le palper gynécologique et obstétrical trouve un champ fertile pour s'exercer, quand on le veut, aux difficultés de ce moyen d'investigation.

Pour mettre plus d'ordre dans mes idées, j'ai divisé les ventres obèses d'Orient en deux catégories : 1° les ventres obèses *flasques* et 2° les ventres obèses tendus ou en *cuirasse*. La flaccidité des premiers est due non seulement à ce que la couche graisseuse est peu compacte, on le sait, et qu'elle glisse sur la paroi musculaire, mais aussi à ce que cette dernière participe au relâchement général grâce à sa faible tonicité.

Quant aux ventres en cuirasse, ils ont, d'une manière exagérée, les qualités contraires des précédents : couche graisseuse très serrée, très compacte, une vraie cuirasse, ne glissant pas, ou à peine, sur la couche sous-jacente à laquelle elle semble *adhérer*, par conséquent ne permettant d'aucune manière la formation d'un pli. Ensuite couche musculaire également très tendue, soit à cause d'une tonicité normale parfaite, soit parce qu'à celle-ci s'ajoute de dedans en dehors la poussée d'une masse épiploïque surchargée de graisse et contribuant à rendre ces abdomens presque complètement mats à la percussion. C'est dans ces ventres très tendus que j'ai presque toujours constaté une mobilité très relative, très diffuse de l'utérus, ce qui ne contribue pas peu aux difficultés du diagnostic.

Ce sont les parois des ventres flasques qui, avec les années et les grossesses, tombent sur le pubis pour former le tablier classique, et c'est plus particulièrement

chez ces femmes, inutile de le dire, que l'on rencontre les ptoses viscérales. Si les accoucheurs, en palpant les ventres flasques peuvent déjeter au-dessus des deux mains un large pli de la paroi pour explorer selon les règles la cavité abdominale et même plonger dans le petit bassin, les ventres en cuirasse s'opposent le plus souvent radicalement à cette exploration. Les qualités anatomiques de ces abdomens dont nous avons parlé plus haut rendent parfaitement compte de ce résultat négatif. Les trois observations, choisies parmi tant d'autres et publiées dans cet article concernaient des nullipares Dans l'observation II, la palpation n'étant pas trop difficile, le diagnostic en a largement bénéficié. Dans les observations I et III, mais surtout dans cette dernière, la tension, combinée à l'épaisseur, à l'état compact et à l'immobilité des parois, faisaient de celles-ci une cuirasse tellement résistante que la palpation était réduite presque à néant. Ce qui n'a pas empêché, pourtant, le diagnostic de fausse grossesse de se faire. Ce ne sont, certes, pas ces parois compactes et tendues qui permettront jamais ces déformations abdominales locales, ces pseudo-tympanites, « tumeurs fantômes » de Lawson-Tait, qui disparaissent sous le chloroforme pour reparaître au réveil, et qui en imposent parfois pour une grossesse avant terme : tel le cas remarquable cité et figuré par Spencer Wells dans *Tumeurs abdominales* (1886), tel aussi le cas du professeur Potain cité par Bernheim dans *Hypnotisme* et *suggestion* (1903, page 303) où la fausse tumeur de l'hypochondre droit et de l'épigastre, prise pour un kyste hydatique, avait attiré deux fois la pointe du trocart.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Epilepsie de Napoléon.

Napoléon était-il épileptique? C'est un problème que cherche à résoudre M. le Dr Cabanès dans une 3e série sur *les Indiscrétions de l'Histoire* (1).

Tout le monde sait avec quelle sagacité notre érudit confrère de la *Chronique médicale* sait examiner les documents ayant trait aux problèmes médico-historiques ; tout le monde connaît la sûreté de son jugement, la conscience de sa critique dans ces délicates recherches rétrospectives de la vérité : aussi, est-ce toujours avec le plus grand intérêt qu'on lit, dans chacun des nouveaux ouvrages de ce travailleur acharné, les points obscurs de l'histoire qu'un médecin peut seul élucider. Cette année, après avoir abordé plusieurs problèmes médico-historiques : le poison donné à Socrate, la cause de la mort du Grand Alexandre, la maladie secrète de Calvin, etc., il pose et traite la question : Napoléon était-il épileptique? Nous nous permettrons d'analyser ce chapitre avec quelques détails.

Parmi les nombreuses femmes pour lesquelles Napoléon éprouva un caprice momentané, car, avec lui, on ne saurait guère parler d'amour, la tragédienne, Mlle George, tint une place à part. Le premier Consul l'aurait, brusquement selon son habitude, enlevée à son frère, Lucien Bonaparte, qui lui faisait la cour. Ce serait Mlle George qui, ayant été témoin d'une crise convulsive, aurait divulgué l'épilepsie dont Bonaparte subissait secrètement les attaques. Mais, si Mlle George était une impériale beauté, dont Gérard a fixé les traits dans un beau portrait que M. Cabanès reproduit en gravure, elle n'avait aucune autorité médicale pour poser un diagnostic aussi délicat. Il faut donc d'autres renseignements pour élucider le problème.

M. Cabanès, qui a consulté les travaux peu connus en France de Andrews (in *The Journal*, Chicago, 22 déc. 1895 et 4 avril 1896) et de Cesare Lombroso (in *Deutsche Revue*, janv. 1898), passe en revue les accidents qui paraissent plaider en faveur de l'épilepsie.

M. de Norvins, le comte de Ségur, notent, qu'à l'école de Brienne, une punition, une simple réprimande, déterminaient chez le jeune Bonaparte des troubles nerveux inquiétants (vomissement subit, violente attaque de nerfs). Mme de Rémusat raconte une crise dont Joséphine et le général Rapp auraient été les témoins, en 1804, à Mayence. Talleyrand aurait assisté à un autre accident semblable avec le comte de Rémusat, à Strasbourg. D'autre part, Constant, valet de chambre de Napoléon, nie ces troubles nerveux, et les six médecins qui ont publié des observations sur l'Empereur restent muets à ce sujet.

Lombroso examine la question en psychiâtre expert et consigne, dans les anamnestiques héréditaires de Bonaparte : l'alcoolisme et le manque de sens moral de son père, l'impudicité et l'hystérie de ses sœurs, en particulier de Pauline, l'ambition de sa mère ; il signale les stigmates physiques suivants chez Napoléon : manque de proportion des membres et du tronc, prognathisme lémurien, saillie de l'os malaire, grandeur des orbites, voussure du dos, etc.

L'Empereur aurait été, en outre, d'une sensibilité très grande au froid et aux changements atmosphériques. Il souffrait souvent d'une céphalalgie unilatérale, paraissait être sujet à des illusions sinon des hallucinations de l'ouïe. Il avait des tics du bras, de l'épaule droite et des lèvres. Ajoutons à cela une irritabilité excessive, qui le portait à des actes de violences intempestifs et le rendait inabordable. Chaptal raconte qu'il avait la rage de la destruction, qu'il coupait le bras de son fauteuil, ou la table devant laquelle il était assis, à coups de canifs, pendant les Conseils, qu'il brisait les objets qu'on lui présentait, pinçait les enfants en les caressant, prenait plaisir à saccager les serres et à tuer à coups de carabine les oiseaux rares dont Joséphine avait peuplé la Malmaison. Le moindre obstacle à ses désirs le mettait dans un état de fureur paroxystique. Corvisart lui aurait donné des soins, pendant le Consulat, pour un eczéma consécutif à la gale, et le bruit a couru qu'on lui aurait fait contracter la gale pour le guérir de son épilepsie selon une méthode de traitement admise à cette époque, même par des médecins distingués.

Le pouls de Napoléon était tout particulièrement lent

(1) Cabanès. — *Les Indiscrétions de l'Histoire*, 3e série, 14 gravures hors texte (Albin Michel, édit., Paris, 1906).

★

(normalement 30 à 35, ne dépassant jamais 50 à 55), et cette lenteur est un phénomène ordinaire chez les épileptiques. Napoléon était encore sujet à des périodes de dépression excessive, allant jusqu'à la syncope. On a voulu faire de lui un hystérique (Corre et Laurent, Félix Regnault); Huchard, avec raison, fait remarquer que le manque de volonté, l'irrésolution des hystériques, n'étaient guère le fait de ce conquérant. On ne saurait le doter d'un égoïsme excessif. Maintes fois il a donné des preuves de pitié et nombreuses sont les personnes auxquelles il a témoigné un réel intérêt et une véritable sympathie.

De toutes ces constatations, que conclure ? M. Cabanès est, certes, loin de faire du cas de Napoléon un type clinique parfait de la névrose épileptique mais il incline, sans être trop affirmatif, à considérer ses troubles nerveux et son état mental comme relevant du mal comitial.

Fou, certes, on ne peut le qualifier de la sorte. Mais son ambition démesurée amenait une rupture d'équilibre dans ses facultés intellectuelles et il paraît lui-même s'être rendu le mieux compte de son état en disant, « J'ai couché dans le lit des rois et j'y ai contracté une terrible maladie ». J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1906.

Sur l'indication de la voie digestive pour la vaccination antituberculeuse des jeunes ruminants.

M. S. Arloing donne le résultat de ses expériences sur la vaccination antituberculeuse :

Quatorze chevreaux à la mamelle ont reçu par voie digestive des bacilles tuberculeux d'origines diverses (t. humaine, bovine, équine, aviaire), dont la virulence avait été préalablement expérimentée sur le cobaye ou le lapin, parfois sur des caprins. Le nombre des ingestions a été de 5, échelonnées sur un espace d'un mois.

Sept mois et demi après la première ingestion, le pouvoir agglutinant du sérum sanguin des animaux en expérience, nul au début, atteignait de 1 5 à 1 15, et l'épreuve de la tuberline donnait des réactions variant de 0°7 à 2°2. Or, les animaux ayant été sacrifiés, ce n'est que dans un très petit nombre de cas que l'autopsie et l'examen histologique des organes ont révélé l'existence de lésions tuberculeuses ; encore celles-ci n'étaient-elles considérables que chez un seul animal.

On peut déduire de ces faits que l'organisme des jeunes chevreaux se défend efficacement contre l'infection intestinale par les diverses variétés de bacilles tuberculeux, et que, par suite, la voie digestive s'offre à nous pour produire, chez les tout jeunes ruminants, l'immunisation à l'égard de ces microbes. Ils prouvent en outre que la réaction à la tuberculine et le pouvoir agglutinant du sang révèlent avant tout l'infection tuberculeuse, puisque ces deux procédés donnent des résultats positifs dans des cas où ni à l'œil nu, ni sous le microscope, on ne trouve de lésions certaines de tuberculose.

Sur le traitement sérothérapique de la tuberculose pulmonaire.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard ont extrait du bacille de Koch une antitoxine efficace contre la tuberculose pulmonaire expérimentale du cobaye, animal qui offre à l'égard de la tuberculose humaine des réactions comparables à celles de l'homme lui-même.

Les auteurs relatent deux nouvelles expériences ayant porté, l'une sur 4 lots de 30, et l'autre sur 4 lots de 50 de ces animaux.

Dans la première expérience, tous les cobayes reçurent en même temps dans le poumon une même dose de culture virulente ; le premier lot servit de témoin, le deuxième fut traité par le sérum d'âne normal, le troisième par du sérum d'âne présumé antituberculeux ; enfin ce dernier sérum avait été appliqué à titre préventif au quatrième lot.

La mortalité s'élevait, trois cent soixante et onze jours après l'inoculation, à 90 % pour les témoins et, respectivement, à 87.40 et 60 % pour les trois derniers lots. L'efficacité du traitement préventif et surtout curatif s'accusait donc nettement.

Dans la deuxième expérience, les auteurs ont cherché à établir les propriétés thérapeutiques d'un sérum de cheval présumé antituberculeux.

Tous les animaux, dont le premier lot servit encore de témoin, furent aussi inoculés simultanément et avec la même dose de virus. Les deux derniers lots avaient reçu au préalable un traitement préventif ayant consisté en injections de sérum antituberculeux puis de toxine, et enfin, mais pour le quatrième lot seulement, de bacilles morts.

Après seize mois et demi, la mortalité s'élevait à 78 0/0 pour les témoins et respectivement à 40, 55, 48 0/0 pour les trois groupes soumis à la sérothérapie. Au bout de vingt mois et demi, terme de l'expérience, cette mortalité s'élevait à 97, 76, 75 et 73 0/0.

Là encore, le résultat favorable du traitement s'accuse très nettement ; mais on remarquera que, tout au moins au début, le traitement préventif par la toxine et les bacilles morts a été plutôt nuisible et s'est traduit par une augmentation de la mortalité.

Tous les animaux furent autopsiés. C'est chez les témoins que l'on constata, le plus fréquemment, la généralisation des lésions et, le plus rarement, l'absence de toute lésion macroscopique. Ces lésions furent plus souvent localisées au thorax chez les animaux traités. Mais il est à remarquer que ce mode de classification des réactions organiques est incertain, en ce qu'on ne tient compte ni des altérations microscopiques, parfois isolées, ni des phénomènes de régression possible ; de plus, les lésions localisées ne sont pas forcément les plus légères.

C'est l'examen des courbes de mortalité qui donne l'idée la plus exacte de la marche de la tuberculose dans ces expériences. Celles-ci ne doivent pas être prolongées démesurément, la durée normale de la vie des cobayes dans le laboratoire étant assez courte.

Etude sur la transmissibilité de la tuberculose par la caséine alimentaire.

M. M. Guédras démontre par des expériences que la caséine extraite, par les procédés industriels, du lait de vaches tuberculeuses, peut servir de véhicule aux germes tuberculeux. Or, il existe, dans le commerce, sous les noms les plus divers, un grand nombre d'aliments destinés aux enfants, et dont la base est constituée par la caséine du lait. Il importe donc à la protection de la santé publique que l'on n'emploie, pour la préparation de ces produits alimentaires, que du lait exempt de tout germe tuberculeux.

Identification des trypanosomes pathogènes ; essais de séro-diagnostic.

MM. A. Laveran et H. Mesnil ont constaté que le sérum d'un animal qui a acquis l'immunité contre un trypanosome se montre actif quand on l'emploie à dose suffisante en mélange avec le sang contenant ce trypanosome, inactif au contraire, quand on fait le même essai avec d'autres trypanosomes. Et c'est ainsi que cette méthode, malgré les difficultés auxquelles se heurte son application pratique (variabilité de l'activité des sérums, etc.), a permis de voir que le trypanosome de Nha-Trang est différent de celui de l'Inde ; d'autre

[illegible]rt que le virus de Togo de M. Schilling n'est pas le nagana, et que celui de M. Martini n'est ni le nagana, ni le surra.

Les auteurs ont employé, pour ces essais de sérodiagnostic, les sérums de trois chèvres guéries, la première, du nagana du Zoulouland, la seconde du même nagana, puis du surra (virus indien), la troisième du surra de Maurice, puis de la trypanosomiase équine de Nha-Trang.

Rôle des éléments cellulaires dans la transformation de certains hydrates de carbone par le suc intestinal.

MM. H. Bierry et A. Froin. — On admet en général que le suc intestinal peut hydrolyser et dédoubler l'amidon, le maltose et le saccharose ; mais si l'on a soin de se mettre à l'abri de tout traumatisme, comme ont fait les auteurs pour des animaux porteurs de fistules permanentes de Thiry, on peut recueillir un suc limpide qui, même si on l'acidifie, ne dédouble que le maltose, à l'exclusion du saccharose et de l'amidon ; c'est le suc physiologique, celui qui s'écoule dans les premières heures après le repas ; plus tard, il s'y mêle de nombreux éléments cellulaires et le suc acquiert la propriété que possède aussi la macération intestinale, de dédoubler en même temps l'amidon et le saccharose.

Cette dernière propriété est liée à la présence de chlorures et n'existe plus après dialyse dans la macération faite avec l'eau distillée : mais il suffit, pour la rétablir, d'ajouter à cette macération dialysée de petites quantités de chlorure de sodium, de potassium ou de calcium. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet.

La typhlo-colite.

M. Huchard montre que le point douloureux de l'appendicite peut occuper l'épigastre. On croit alors soit à une dyspepsie hyperchlorhydrique, soit à de l'hypocondrie.

M. Huchard discute les rapports entre l'appendicite et la typhlo-colite. Il montre que les divergences d'opinions s'expliquent par le fait qu'il y a deux variétés de typhlo-colite. La première bien décrite par Blondel, est un simple spasme avec trouble sécrétoire sans inflammation ni infection. La seconde est au contraire inflammatoire et infectieuse. Celle-ci seulement peut s'accompagner d'appendicite par extension de l'infection.

M. R. Blanchard insiste sur le rôle important des vers intestinaux : ascarides, oxyures, tricocéphales, dans l'étiologie de l'appendicite.

[illegible] vers sont loin d'être inoffensifs. Ils déterminent des érosions de la muqueuse, graves en elles-mêmes et graves par l'irritation des filets nerveux.

Dans trois cas fort intéressants d'appendicite à répétition observés par M. Metchnikoff, l'administration d'antihelmintiques amena la guérison des accidents. Certains cas d'é[illegible]démies soit familiales, soit estivales d'appendicite, s'expliquent fort bien par ce rôle des parasites intestinaux.

M. Blanchard termine en insistant sur la prophylaxie : 1° l'épandage, l'emploi de l'engrais humain devraient être sur[illegible] et interdits, au moins pour les légumes et fruits desti[illegible] à être consommés crus ; 2° les parasites de ce genre étant transmis par les eaux de boisson et surtout les eaux d'arrosage et de puits, il y a lieu d'éviter l'emploi des eaux [illegible] genre ; 3° il y a lieu de soumettre tous les cas d'appendicite au traitement antihelminthique. Comme il s'agit le plus fréquemment du tricocéphale, il faut recourir au *thymol* que les enfants supportent aussi bien que les adultes.

La discussion est close après ces deux importantes com[illegible]ications.

La régénération des nerfs sectionnés.

M. Durante étudie le mécanisme de cette régénération. Il montre le rôle de certaines cellules particulières du tissu ner[illegible]. Ces éléments, après la suture, permettent une régénéra[illegible] complète.

Le dosage du chloroforme.

M. [illegible] présente un appareil destiné au dosage du [illegible]forme.

Elections.

M. le Dr Fernand Widal est élu membre de la section d'hygiène à la belle majorité de 67 voix sur 80 votants.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juin 1906.

Kyste hydatique du poumon.

M. Tuffier fait un rapport sur deux cas opérés par M. Launay. Le premier concerne un malade chez lequel on diagnostiqua une pleurésie de la base du poumon droit de nature tuberculeuse. La thoracentèse ayant montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, on réséqua deux côtes et on ouvrit le kyste. Guérison rapide, mais il y eut une fistule bronchique secondaire qui persista longtemps.

Chez le deuxième malade, on fit la même erreur de diagnostic, la guérison après l'opération survint en deux mois. M. Tuffier ajoute aux deux cas de M. Launay un cas personnel. Ici encore on fit le diagnostic de pleurésie. La ponction permit de retirer 1500 gr. de liquide eau de roche ; séance tenante, on injecta dans la poche 60 gr. de liqueur de Van Swieten, ce qui provoqua une dyspnée très intense. Quelque temps après on fit une deuxième ponction qui montra un liquide purulent ; on intervint alors plus largement en réséquant des côtes et en ouvrant la poche. Guérison avec persistance, longtemps après l'opération, d'une fistule bronchique secondaire.

Ablation totale du vagin pour épithélioma du moignon cervical.

M. Faure fait un rapport sur une observation intéressante de M. Pierre Duval. Il s'agit d'une malade qui avait subi une hystérectomie supra-vaginale pour fibrome ; quelque temps après, la malade revint avec une dégénérescence cancéreuse du col. Pour extirper le col et la paroi vaginale infiltrée, M. Duval eut recours à l'opération suivante : dans un premier temps, il incisa le vagin à la vulve, le décolla le plus haut possible, puis le ferma en bourse. Dans la même séance, il fit une laparotomie, dégagea de haut en bas col et vagin et enleva le tout comme une cavité septique close.

M. Duval s'est demandé si cette façon d'agir ne pourrait s'appliquer utilement à toute hystérectomie pour cancer de l'utérus afin d'assurer l'asepsie complète de tout le champ opératoire. M. Faure a mis en pratique ce procédé dans quatre cas d'hystérectomie pour cancer et y a trouvé un avantage considérable : grâce à la dissection du vagin, au premier temps de l'opération, l'utérus se laisse facilement élever de 4 à 5 centimètres, ce qui facilite considérablement l'opération abdominale et particulièrement la dissection péri-cervicale et celle des uretères.

M. Walther, M. Monprofit, ont plusieurs fois employé cette méthode combinée et s'en sont très bien trouvé.

M. Lejars pense que ce qui fixe l'utérus et empêche son ascension ce sont avant tout les pieds des ligaments larges ; ce sont eux qu'il faut sectionner pour faire subir à l'utérus une ascension.

Séance du 20 juin 1906.

Sur la jéjunostomie.

M. Lejars a pratiqué cette opération dans cinq cas de cancer de l'estomac et dans trois cas de gastrite ulcéreuse. Deux de ces derniers malades avaient des vomissements continus depuis de longs mois et de temps à autre des hématémèses. Après la jéjunostomie, la guérison survint chez l'un au bout de 5 mois, chez l'autre huit mois après l'opération. La fistule resta parfaitement continente pendant tout ce temps. Chez le troisième malade, l'amélioration après la jéjunostomie fut de courte durée ; le malade recommença à maigrir et M. Lejars dut lui faire ultérieurement une gastro-entérostomie. Quatre semaines après cette deuxième opération, le malade succomba et à l'autopsie on trouva un estomac très épaissi et ulcéré ; il s'agissait vraisemblablement de gastrite alcoolique.

M. Quénu a pratiqué la jéjunostomie chez un homme atteint de gastrite ulcéreuse et chez lequel il avait fait antérieurement deux gastrostomies, à trois ans d'intervalle. Bien que

la fistule n'ait jamais été continente et que le malade ait continué à s'alimenter par la bouche, le malade n'a plus souffert depuis la troisième intervention.

Sténose du pylore par brûlure.

M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Robineau. Un jeune homme fut pris, six semaines après avoir avalé, par mégarde, de l'acide chlorhydrique, de vomissements abondants qui survenaient tous les deux jours et résistaient à toute médication : Après avoir vidé l'estomac, M. Robineau fit une laparatomie et trouva la région pylorique indurée et adhérente. Il fit une gastro entérostomie postérieure transmésocolique ; le résultat fut parfait, l'état du malade est actuellement excellent, les vomissements ont complètement disparu. M. Tuffier qui a observé deux cas semblables attire l'attention sur les deux points suivants : 1° la localisation des lésions au niveau du pylore alors que les voies digestives supérieures restent indemnes, et 2° la longue évolution du rétrécissement qui, en moyenne, s'installe au bout de 7 semaines à peu près.

Péricolite adhésive sténosante.

M. Potherat relate le cas de deux femmes souffrant dans le flanc droit, constipées, et chez lesquelles la palpation permit de constater une tumeur allongée dans le sens vertical, dure, bosselée et très sonore à la percussion. Dans les deux cas, la laparotomie et la libération des adhérences péricoliques ont donné un excellent résultat.

Séance du 27 juin 1906.

Péricolite adhésive,

M. Sieur, à propos de la communication de M. Potherat sur la péricolite adhésive (voir séance du 20 juin), relate le cas d'un jeune soldat chez lequel une péritonite chronique scléro-fibreuse, adhésive, consécutive à une entérite-chronique, avait déterminé une occlusion par étranglement de l'angle doudénojéjunal.

M. Sieur laparotomisa le malade et libéra les adhérences qui étranglaient l'angle duodéno-jéjunal ; les jours suivants, le duodénum se perfora sur plusieurs points et le malade succomba le 8e jour.

Sténose pylorique consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique.

M. Quénu à propos de la communication de M. Tuffier (v. séance du 20 juin 1906) rapporte un cas de sténose pylorique survenu quelque temps après l'ingestion d'une solution concentrée d'acide chlorhydrique. Six semaines après l'accident, M. Quénu voulut lui faire une gastro-entérostomie lorsque, dès le début de l'opération, le malade succomba par syncope cardiaque chloroformique. L'autopsie révéla l'existence d'une sténose pylorique si accentuée que l'orifice laissait à peine passer un stylet métallique.

Volvulus du cæcum.

M. Quénu. — Un jeune homme de 20 ans avait présenté plusieurs crises abdominales, douloureuses, diagnostiquées appendicite. M. Quénu l'opéra après refroidissement complet d'une de ces crises. Incision de Jalaguier : ni le cæcum ni l'appendice ne se trouvent dans la fosse iliaque droite qui est absolument vide. M. Quénu finit par les trouver dans l'hypochondre gauche sous la rate où ils sont maintenus par des adhérences. L'appendice fut réséqué ; le cæcum attiré, dans la fosse iliaque droite, est fixé là par quelques points de suture. Mort au bout de quelques jours. A l'autopsie on constata une coudure à angle droit du cæcum sur le côlon ascendant et de nombreuses ulcérations superficielles de la muqueuse cœcale.

Kystes hydatiques du foie.

M. Routier présente deux malades chez lesquels il fit l'incision des kystes, suivie de suture sans drainage.

Cancer de l'S iliaque, résection, anastomose termino-latérale; guérison.

M. Michaux présente la pièce enlevée.

Election. Au cours de cette séance, M. Thiéry a été nommé membre titulaire. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juin.

Cas de blastomycose.

MM. Hudelo, R. Duval et Lœderich ont observé ce cas : femme de 35 ans, parfumeuse, entra à St-Louis pour gomme ulcérée du tibia et des abcès multiples. Le début remonte à deux mois avec nodule, douleurs lancinantes et poussées fébriles ; d'autres nodules se montrèrent à l'hypogastre et dans la région pariétale gauche. Le nodule du tibia grandit, s'ulcéra et présenta les caractères d'une gomme tuberculeuse. Pas d'adénopathies. La gomme du tibia fut curetée et l'examen d'une parcelle du bord ulcéré montra un tissu tout à fait spécial : cellules géantes creusées de nombreux vacuoles qui renferment des corps arrondis, colorables par le Gram. L'ensemencement montra qu'il s'agissait d'une levure en culture pure à l'exclusion de tout autre microbe. Différents nouveaux abcès survenus sont incisés et guérissent lentement, d'autres se résorbent. Le traitement ioduré institué paraît avoir amené la guérison. La levure cultive sur tous les milieux, mais surtout sur les milieux sucrés et ne se présente que sous la forme cellulaire sans filaments. Pathogène pour la souris, le chat et le cobaye nouveau-né, elle ne l'est que peu pour les animaux plus forts : chien, lapin, cobaye adulte. Le diagnostic différentiel de cette blastomycose est surtout à faire avec la tuberculose et la syphilis, et cela bactériologiquement, puisque le diagnostic clinique est impossible.

Anémie splénique. Hypertrophie myéloïde de la rate. Hémosidérose viscérale.

M. Gaudy et B. Legueule rapportent l'observation d'un homme atteint de splénomégalie notable, de crises splénalgiques, d'hypertrophie hépatique, d'affaiblissement graduel, d'anémie grave et progressive sans hypertrophie ganglionnaire et sans hémorrhagies. Examen hématologique : diminution du chiffre globulaire, poïkilocytose, myélémie. Evolution en 16 mois, mort dans le marasme. A l'autopsie, rate grosse (1 kil. 160) avec hypertrophie simple, hyperplasie myéloïde très nette ; moelle sternale en pleine activité ; foie hypertrophié, surchargé comme les ganglions lymphatiques abdominaux et le pancréas de pigment ferrique. En somme, anémie splénique voisine de l'anémie pernicieuse et de la leucémie myélogène. Deux processus simultanés de régénération sanguine et d'hémolyse.

Formes diverses de l'anémie dans la tuberculose chronique.

M. Labbé est d'avis que, pour apprécier l'anémie des tuberculeux, il faut tenir compte à la fois de la quantité totale du sang et de la proportion des éléments dans le sang. D'après l'examen hématométrique, la pression vasculaire et la coloration des téguments, il distingue trois formes d'anémie, chez les bacillaires :

1° Anémie avec ochrodermie, commune chez les tuberculeux fébriles : pâleur de la peau, abaissement du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, diminution de la valeur globulaire et faiblesse de la tension artérielle. Cette anémie est due à la diminution de la masse sanguine et de destruction globulaire.

2° Anémie sans ochrodermie, chez les tuberculeux apyrétiques : Hématies diminuées, hémoglobine abaissée, valeur globulaire élevée, pression artérielle forte. Masse sanguine peu diminuée, destruction globulaire minime.

3° L'ochrodermie sans anémie est rare et due à une dénutrition lente. Nombre des hématies, hémoglobine et valeur globulaire normaux. Teint pâle, pression artérielle abaissée, oligémie avec composition normale du sang.

Purpura myéloïde.

M. Lenoble (Brest) apporte une observation de purpura hémorrhagique sans globules rouges à noyaux, ce qui est à l'encontre de la théorie de Labbé et Ameuille, qui pensent que la réaction myéloïde est fonction d'un état hémorrhagipare.

Anémies pernicieuses, considérées comme guéries, avec rechute mortelle.

M. Chauffard a observé deux cas d'anémie pernicieuse qui,

après guérison clinique et histologique, ont rechuté sans que le traitement, heureux au début, ait donné aucun résultat. Il semble donc que les guérisons apparentes dans cette maladie ne sont que des trêves, des temps d'arrêt.

M. Ménétrier rapporte un fait semblable. Pour lui, paroxysmes et arrêts sont fréquents dans cette maladie.

M. Vaquez ajoute que la guérison apparente est ordinairement d'une durée de 5 à 8 mois.

M. Labbé a réussi à arrêter l'évolution de la maladie chez une dame de 70 ans, ancienne syphilitique, par un traitement mixte. Au bout d'un certain temps, la médecine demeura sans effets et la malade succomba.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

M. Yvon fait une communication sur la question de savoir *si la suppression dans une nouvelle édition du Codex de médicaments inscrits dans la précédente supprime pour ces médicaments l'existence légale et les fait rentrer dans la catégorie des remèdes secrets ?*

Une commission est nommée par la Société pour résoudre cette question.

M. Simon rend compte des principaux travaux concernant la médecine légale qui ont été publiés au *Congrès de Lisbonne*. Nous passerons en revue quelques-uns des points de ce compte-rendu.

a) Epilepsie. Stanley Atkinson (Londres) soulève la question de la mort par accident au cours d'une attaque et de la conduite, dans ces cas, des compagnies d'assurances. Mme Hanriot (Chicago) fait remarquer combien l'épileptique est suggestible pendant les périodes d'obnubilation. Il peut alors signer des documents légaux, dont la valeur doit être déclarée nulle.

b) Attentat aux mœurs. Adriano e Lopes (Coïmbre) étudie les signes de la virginité et de la défloration dans leurs rapports avec la médecine légale. C'est une revue générale très complète.

c) Mort par submersion. Le même auteur montre que la mort par submersion n'a pas toujours lieu par asphyxie : dans 40 % des cas environ il s'agirait d'une syncope ou d'une congestion encéphalique.

d) Examen mental des détenus. Pactet (Villejuif) rappelle combien nombreux sont les aliénés parmi la population des prisons. D'après lui, on pourrait les évaluer à 5 ou 6 %. Il expose comment la Belgique avait su réaliser la réforme propre à éviter les inconvénients multiples d'une telle situation et il réclame la création dans toutes les prisons d'un service d'un examen psychiatrique. Cette proposition est adoptée comme vœu par le Congrès.

M. Dabout entretient la Société *des sévices exercés sur les enfants*. Se basant sur plusieurs observations personnelles il passe en revue les principaux signes qui peuvent avoir une importance médico-légale. Il n'a pas rencontré, chez les parents coupables de sévices, de cas d'aliénation mentale, mais il s'agissait très fréquemment d'alcooliques.

M. Rocher, à propos de l'affaire Canaby plaidée récemment à Bordeaux, soulève la question de l'attitude de l'expert au point de vue du secret professionnel. Une commission est chargée d'étudier ce point.

Halberstadt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 27 juin 1906. Présidence de M. Bonnier.

Epuration biologique des eaux d'égout.

M. Bezault lit un long travail tendant à réfuter les critiques faites par M. Calmette à son système d'épuration biologique des eaux d'égout. Ce dernier étant absent, la Société décide de remettre à une séance ultérieure la discussion de ce travail.

M. Bechmann insiste toutefois auprès de M. le Président pour faire une rectification à l'une des assertions de M. Calmette : ce dernier a déclaré que la Ville de Paris déversait en Seine *la moitié* de ses eaux d'égout. Or, en 1905, l'année la plus rapprochée, cette proportion est réduite à 15 % des 535.000 mètres cubes circulant par jour dans les égouts. Cette rectification était indispensable à cause de la notoriété de M. Calmette dans les questions d'hygiène. M. Bechmann ajoute qu'il a assisté à la discussion, dans cette assemblée, des divers procédés d'épuration des eaux d'égout : on s'est vivement combattu avec des chiffres visant le coût du procédé employé. Il croit que ces chiffres ne prouvent pas grand'-chose, parce que les expériences sont faites dans des conditions tout à fait variables qui ne permettent pas une comparaison utile. Et il faut se garder, jusqu'ici tout au moins, de proscrire l'un quelconque des procédés discutés : ceux-ci viennent simplement s'ajouter aux procédés plus anciens, fournissant ainsi une plus grande facilité de se débarrasser des eaux vannes.

L'écriture scolaire.

M. Desnoyers est partisan de l'écriture *penchée*. L'écriture *droite* a été pratiquée par les peuples primitifs, alors qu'on n'avait pas beaucoup à écrire. Dès le XVIe siècle, l'écriture penchée a fait son apparition, et M. le Dr Javal reconnaît que celle-ci est plus rapide. Pour éviter la torsion de la colonne vertébrale, il suffit d'incliner à gauche la feuille de papier. On a remarqué que les personnes sujettes à la *crampe des écrivains* avaient une écriture *droite*. Deux enfants, dont le torse est nu, sont amenés devant l'Assemblée, et écrivent devant elle en écriture penchée, tout en conservant le torse parfaitement droit. M. le Président fait toutefois observer que si la main droite de ces enfants reste à peu près fixe, cela tient à ce que leur main gauche déplace constamment la feuille de papier à mesure de l'avancement de l'écriture. M. Desnoyers voudrait que les pouvoirs publics donnent des instructions aux instituteurs pour l'enseignement de l'écriture, afin déviter les inconvénients provoqués par la mauvaise position des enfants occupés à écrire.

M. Javal reproche à M. Desnoyers de ne s'être pas inspiré des nombreux ouvrages qui ont traité cette question de l'écriture, et, entre autres, d'un gros volume publié par lui-même, il y a déjà longtemps. Il y aurait vu que l'écriture *droite* ne produisait pas les méfaits dont on l'accuse : quand l'enfant *commence* à écrire, alors qu'il *dessine* les lettres comme on fait de la copie d'un dessin, l'écriture droite lui est toute naturelle. Ce n'est que plus tard, quand il a besoin d'écrire rapidement, qu'il se sert de l'écriture penchée. Reste à résoudre la petite question suivante : à quel âge devra-t-on faire cesser l'écriture droite, pour prendre l'écriture penchée? M. Javal n'ose se prononcer.

M. Desnoyers réplique que si l'enfant doit apprendre successivement les deux genres d'écriture, mieux vaudrait ne lui en apprendre qu'un, ce qui simplifierait l'apprentissage.

M. Kouyndji dit que la crampe des écrivains est produite par la fatigue des muscles *fléchisseurs* des doigts. Il déclare avoir réussi à faire cesser cette crampe en faisant travailler à peu près exclusivement les muscles *extenseurs* ; il a suffi pour cela de renverser simplement la position de la main.

A. Pujol.

Mesures d'hygiène mal accueillies. — La nouvelle suivante, que publie le *Temps*, prouve à quelles difficultés on se butte dans l'application des mesures d'hygiène si l'on n'a pas eu recours, préalablement, à l'éducation populaire :

« Un quartier de New-York a été récemment le théâtre d'une panique singulière provoquée par le bruit qu'un massacre de juifs avait commencé. Des milliers de juifs se sont précipités vers les écoles pour sauver leurs enfants, à qui, disait-on, on était en train de couper la gorge. Un commencement d'émeute s'est produit. La réserve de la police a été appelée et vingt écoles ont été fermées. La raison de cette panique est la suivante. En présence d'une épidémie dans les écoles, le médecin avait décidé « de couper les amygdales » à plusieurs enfants juifs. »

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

—

Rédacteur spécial : M. le Dr CARRIER.

I. — **Précis de médecine légale**, par A. LACASSAGNE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. in-8° de 891, p. avec 112 fig., 2 planches, Masson, et Cie).

Les problèmes sociaux qui se sont posés en médecine légale, l'obligation créée par la loi du 30 novembre 1892 à tout médecin de déférer aux réquisitions de la justice, ont poussé le professeur Lacassagne à faire paraître ce *Précis de médecine légale*, qui est le reflet de son enseignement et où il a donné une plus grande extension à ces questions scientifiques ou professionnelles. Les différentes questions de médecine légale se sont transformées depuis quelques années grâce aux progrès réalisés. Le groupe des asphyxies a pris un caractère et une netteté qu'il n'avait pas encore eus. Pour les questions d'identité, les unes ont acquis une très grande précision dans l'identification des récidivistes, grâce au bertillonnage et à la dactyloscopie ; les autres ont facilité l'examen médico-légal dans les affaires de dépeçage, de reconstitution, de taille, etc. Grâce aux recherches thanatologiques nouvelles, les signes de la mort, les causes de la rigidité cadavérique, les diverses phases du décubitus, la putréfaction, l'étiologie complexe de la mort subite peuvent être plus nettement différenciés. On a réalisé un véritable progrès dans l'étude des taches de sang, de sperme, dans l'examen des poils. De même pour les empoisonnements, les intoxications et les questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. Sur les questions afférentes au code civil et au code pénal, la loi sur les accidents du travail est venue poser de nouveaux problèmes médico-légaux. Cette transformation de la médecine légale, dit l'auteur, s'est faite par l'adaptation des résultats acquis en physiologie et en clinique, ou par ceux qui proviennent de l'expérimentation ou d'une technique spéciale. De plus, par la mise en œuvre des matériaux fournis par la statistique, l'anthropologie, la sociologie.

Le professeur Lacassagne divise la médecine légale en deux parties : *une générale, une spéciale. La première partie* traite des questions générales pouvant se montrer dans tous les cas. Elle comprend trois chapitres distincts. *Un chapitre premier* sur les droits et les obligations du médecin dans la Société et devant la justice ; droits et devoirs du médecin en général (responsabilité médicale, secret médical) ; droits et devoirs du médecin comme expert (rapports, dépositions, consultations, certificats). Dans le *deuxième chapitre*, c'est l'étude des questions générales relatives à la personne vivante et pouvant se présenter dans toute procédure. Etude de l'inculpé en général et de toutes les questions qui y sont relatives (identité, âge, sexe, état civil, responsabilité criminelle, aliénation mentale, etc.) Le *troisième chapitre* a trait aux questions générales relatives à la mort, au cadavre, aux taches, aux empreintes, aux papiers écrits.

La *deuxième partie* comprend deux chapitres. L'un traite des attentats contre la personne : les coups et blessures, les asphyxies, les empoisonnements, le suicide et le duel. L'autre est consacré aux questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction : les attentats aux mœurs, la grossesse, l'accouchement, l'avortement, enfin le produit de la conception.

Cette classification qui est suivie dans l'ouvrage, a pour avantage, dit l'auteur, de rapprocher les faits qui peuvent l'être, et de séparer nettement les questions qui sont du domaine propre de la médecine judiciaire et les matières qu'elle emprunte aux autres branches des sciences médicales. Il définit, avec Tourdes, la médecine judiciaire : l'art de mettre les connaissances médicales au service de l'administration de la justice.

Le praticien comme l'étudiant auront souvent l'obligation de consulter ce *Précis de médecine légale*, qui contient de nombreux matériaux ou documents exposés avec la plus grande clarté.

II. — **Précis de Médecine Légale**, par le Dr BALTHAZARD, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — (1 vol. petit in-8, de 408 p., 39 fig., 2 planches coloriées. J.-B. Baillière, éditeur, 1906).

Le Précis de médecine légale de M. le Dr Balthazard inaugure la nouvelle « Bibliothèque du doctorat en médecine », publiée sous la direction du Pr A. Gilbert. Cette bibliothèque créera une collection d'ouvrages correspondant au programme imposé aux étudiants en médecine et leur sera d'une grande utilité. M. Balthazard adopte cette définition de Marc, qui délimite nettement le cadre de la médecine légale : « La médecine légale est l'application des connaissances médicales aux cas de procédure civile et criminelle qui peuvent être éclairés par elle. » Il scinde la médecine légale en deux parties : d'une part, la médecine légale proprement dite, c'est-à-dire les faits se rapportant aux causes de la mort ou de la maladie d'un individu, d'autre part la psychiatrie légale, c'est-à-dire les faits qui touchent à l'appréciation de l'état mental d'un accusé.

La première partie fait seule l'objet de ce précis, et elle est déjà infiniment vaste.

L'auteur s'est efforcé surtout de donner un certain développement aux études biologiques qui ont une importance surtout médico-légale comme les intoxications et les empoisonnements. Parmi les intoxications, il étudie en détail surtout un groupe, celui des asphyxies : asphyxie par les gaz et les vapeurs non toxiques, la pendaison, la strangulation, la suffocation et la submersion, qui est tout entier du ressort de la médecine légale. Un autre processus pathogénique, *le traumatisme*, entraîne souvent l'intervention de la justice, tant au civil qu'au criminel ; le médecin, dans les cas de coups et blessures, d'homicide, d'accidents du travail, doit donc invoquer, en dehors de ses connaissances en pathologie, des notions de pathogénie dont la place est mieux indiquée dans les ouvrages de médecine légale.

La médecine légale peut donc se résumer dans l'étude des effets et des conséquences de deux grands processus morbides, l'intoxication et le *traumatisme*.

Les trois premières parties du Précis de M. Balthazard sont consacrées à l'histoire des intoxications et empoisonnements, des asphyxies et des traumatismes. La quatrième partie a pour objet l'étude *des attentats à la pudeur* et du *viol*, de l'*avortement* et de l'*infanticide*.

Bien que toutes ces questions relèvent des mêmes processus pathogéniques signalés, elles se présentent avec une si grande fréquence et sont si spéciales à la médecine légale que l'auteur a vu un intérêt à synthétiser pour chacune d'elles les notions déjà exposées d'une façon générale dans les chapitres précédents.

La cinquième partie a trait à *l'examen des taches* et à la détermination de *l'identité*. Recherche du sang et du sperme dans les taches, examen des cheveux et des poils. M. Balthazard s'est efforcé de simplifier l'étude de ces questions, en éliminant joutes les méthodes ne conduisant l'expert qu'à formuler des probabilités.

Dans une sixième partie, il étudie *les phénomènes cadavériques*. Il montre avec raison combien des réformes radicales sont nécessaires pour modifier les conditions dans lesquelles sont pratiquées les expertises médico-légales. Aussi tant que le *statu quo* existera, l'étude de la putréfaction est-elle très nécessaire et constitue-t-elle un chapitre très important de la médecine légale.

Dans une septième partie, M. Balthazard groupe tous les renseignements qui ont trait aux *expertises médico-légales*, aux réquisitions, commissions, rapports. L'importance prise depuis la loi de 1898 par les expertises médico-légales en matières d'accidents du travail est telle que l'auteur a exposé avec soin les questions relatives à ces expertises. En traitant de l'évolution des traumatismes, il a insisté sur l'influence de l'état antérieur, de même qu'il a discuté longuement la possibilité de l'origine traumatique des maladies internes.

Ce Précis de médecine légale a la grande valeur de condenser d'une façon précise et pratique les matériaux nécessaires

aux étudiants et aux médecins. Il résume très clairement l'enseignement de M. le Pr Brouardel.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Iodothérapie physiologique (1).

L'iode doit être consideré comme l'un des métalloïdes les plus essentiels à notre vitalité, et son emploi commande et domine actuellement la thérapeutique contemporaine, au point qu'il semblerait presque impossible, dans la pratique médicale, de traiter certaines maladies, si nous étions privés de son puissant concours. Vaso-dilatatrice, modificatrice chimique du sang et des humeurs, la médication iodo-iodurée *fouille*, comme l'a dit Fonssagrives, tous les coins et recoins de l'organisme, entraînant dans ce tourbillon d'exosmose nutritive germes, virus et exsudats. L'Iode fait, d'ailleurs, partie intégrante du corps humain (ainsi que l'ont prouvé les analyses de Gautier et de Gley) : c'est un élément constitutif du sang et des cellules organiques.

Il était donc intéressant de perfectionner dans la pratique cette médication iodo-iodurée, et d'en permettre l'administration régulière au malade, sous la forme la plus active, sans amener les accidents désagréables, et parfois dangereux, de l'iodisme aigu ou chronique, occasionnés souvent par l'emploi de l'iode ou des iodures alcalins. C'était sous la forme physiologique que l'iode avait le plus de chance d'être toléré et assimilé, puisque c'est la forme qui se rapproche le plus de celle de l'iode contenu dans notre organisme. La découverte du Peptoniode, faite en 1896 par E. Galbrun, docteur en pharmacie, a véritablement réalisé ce progrès, poursuivi déjà depuis nombreuses années.

Le Peptoniode, première combinaison parfaitement définie, directe, soluble et stable de l'Iode avec la Peptone, a le précieux avantage d'éviter au malade tous les phénomènes d'intolérance inhérents à l'Iode et aux Iodures, souvent impurs, dont il possède absolument toutes les propriétés curatives, avec un pouvoir que nos travaux sur son dosage et son emploi ont démontré vingt fois plus actif, à doses égales d'iode ingéré. Son action résolutive, fondante et altérante sur le système lymphatique, l'impulsion qu'il imprime à la phagocytose, sa valeur éliminatrice et rénovatrice sur l'histogenèse, son influence antiplastique et vaso-dilatatrice sont, aujourd'hui, démontrées par huit années d'observations cliniques. Il n'est pas décomposé par les sucs de l'estomac, et son emploi ne donne jamais lieu aux divers accidents d'iodisme, accidents produits tant par l'intolérance des voies digestives pour l'iode libre, que par les doses exagérées d'iode (76 %), qu'il faut introduire dans l'organisme pour obtenir une action thérapeutique avec les iodures alcalins.

Son affinité pour nos cellules vivantes, son assimilation et son élimination régulière, la facilité de son emploi, sous forme de gouttes concentrées et titrées (Iodalose Galbrun), en font la préparation iodothérapique de prédilection pour les praticiens. Son titrage même, pour en faciliter l'application, a été réglé de la façon suivante : cinq gouttes d'Iodalose contiennent un centigramme d'iode combiné ; vingt gouttes correspondent, comme action, à un gramme d'iodure alcalin en raison de l'activité thérapeutique de l'iode physiologique, intégralement assimilé par l'organisme.

Résolutif et anti-scléreux, anti-obésique et anti-uricémique, vaso-dilatateur et décongestif par excellence, l'iode physiologique s'applique utilement à toutes les manifestations de l'arthritisme, et principalement aux affections chroniques des articulations, du cœur, des gros vaisseaux, du rein, etc. Il remplace aussi avantageusement l'iodure dans la cure de la syphilis, surtout dans les accidents tertiaires.

Le Peptoniode est particulièrement indiqué dans le rachitisme et les affections osseuses, les anémies graves, la leucémie, le lymphatisme, les adénopathies, l'asthme et les affections respiratoires rebelles, la dermatose constitutionnelle, etc. En résumé, l'iode physiologique, sous la forme d'Iodalose, possède tous les avantages de fidèle activité curative dévolus à l'iode et aux iodures, avec le privilège très important d'une tolérance constante, qui permet de l'ordonner aux enfants, aux dyspeptiques, aux cachectiques, aux femmes enceintes et aux nourrices.

(1) *Journal des Praticiens*, Paris, 26 mai 1906.

VARIA

Circulaire relative à l'ouverture du concours pour les emplois de chef de clinique et de travaux à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Un concours s'ouvrira, le 10 septembre 1906, à l'école d'application du service de santé militaire (Val-de-Grâce) pour les emplois suivants de chef de clinique et de travaux à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales : 1° Chef de travaux d'anatomie et de médecine opératoire ; 2° Chef de clinique externe, chirurgie d'armée et maladies spéciales ; 3° Chef de clinique interne et maladies des pays chauds ; 4° Chef des travaux de bactériologie, parasitologie, hygiène militaire et coloniale, prophylaxie des maladies tropicales, police sanitaire ; 5° Chef des travaux d'histoire naturelle, chimie, toxicologie, pharmacie.

En exécution de l'article 11 du décret du 3 octobre 1905 portant création de l'école d'application, les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe et aides-majors de 1re classe ayant au moins deux ans de grade et présents en France à la date du 10 septembre, sont seuls admis à concourir.

Le programme du concours a été déterminé par une note ministérielle du 12 janvier 1906, insérée au *Bulletin officiel*, p. s., page 23.

Les demandes formulées par les officiers du corps de santé des troupes coloniales du grade voulu pour être admis à concourir doivent être parvenues au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 1er bureau, avant le 31 août au plus tard. Les candidats sont autorisés à concourir pour plusieurs emplois. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de tour de service colonial aux candidats qui en solliciteraient en vue de pouvoir prendre part au concours. Toutefois, les candidats ayant reçu une désignation coloniale et qui ne seraient pas encore embarqués à l'ouverture des épreuves, pourront obtenir un sursis de départ. — EUG. ETIENNE.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Dans sa séance du 2 juillet, ce Conseil était appelé à se prononcer sur la présentation à une place d'auditeur (gratuite), 19 candidats se sont présentés. La Commission, dont M. Gariel était le rapporteur, concluait à mettre en 1re ligne M. Dienert, en 2e ligne M. Guiart. Au 1er tour de scrutin, sur 28 votants, MM. Diénert et Guiart ont obtenu chacun 7 voix. Au 2e tour sur 24 votants MM. Dienert, Guiart, chacun 9 voix. — Au 3e tour, sur 24 votants, M. Diénert a eu 12 voix et M. Guiart 7 voix. — Pour la seconde ligne, 1er tour de scrutin, sur 23 votants. — M. Guiart obtient 11 voix, M. Lecouppey, 10. — Au 2e tour, sur 22 votants : M. Guiart 11 voix, M. Lecouppey, 10. — Au 3e tour sur 21 votants, M. Lecoupey, 12 voix, M. Guiart, 9. — Le Conseil a émis le vœu que le nombre des auditeurs soit porté de 15 à 20. Avis aux candidats.

Missions hygiéniques au Congo contre la variole et la Maladie du sommeil.

Un certain nombre de centres populeux du Congo et de la Haute-Sangha étaient décimés par la variole, le ministre des colonies fit prendre immédiatement toutes les mesures sanitaires indispensables. Une mission composée de deux médecins-majors de 1re classe et d'infirmiers militaires a été organisée et s'est embarquée. Elle est chargée de visiter toutes les régions atteintes par la petite vérole, de traiter les malades, de faire connaître aux indigènes les mesures prophylactiques qui sont de nature à enrayer le développement du mal, d'organiser des consultations, de créer des centres vac-

cinogènes aussi nombreux que possible et de pratiquer la vaccination. Les centres vaccinogènes seront alimentés par des envois de vaccin qui seront faits tous les mois, de France et de l'institut de Boma. Afin d'avoir du vaccin frais sur place des génisses du pays seront inoculées et on créera avec elles des parcs aussi nombreux que possible.

Une mission composée de deux médecins et d'un naturaliste partira pour Brazzaville à l'automne, afin d'étudier la « maladie du sommeil » dont les ravages deviennent inquiétants dans plusieurs régions du Congo. Cette mission est en train de s'organiser avec le concours de la Société de géographie. Elle est placée sous le contrôle scientifique de l'Institut Pasteur de Paris.

Les subsides nécessaires à son fonctionnement seront fournis par le ministère des colonies, par la Société de géographie et par différentes sociétés qui s'intéressent à cette œuvre humanitaire. Des pourparlers sont également engagés avec la Caisse des recherches scientifiques, en vue de sa participation à cette mission. La direction en sera confiée au docteur Gustave Martin, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, élève de l'Institut Pasteur, et qui s'est déjà occupé de la maladie du sommeil dans la Guinée française.

Le naturaliste sera spécialement chargé de l'étude des mouches du genre « glossina », agents vecteurs de la maladie, et des transformations que pourraient subir dans leur appareil digestif les trypanosomes, parasites que l'on trouve dans le sang et dans les ganglions des malades, ainsi que dans le liquide céphalo-rachidien, à une période avancée de la maladie. (D'après le *Temps*.)

La question de la dépopulation.

Sur les instances de M. Piot, sénateur de la Côte-d'Or, une commission extra-parlementaire avait été créée pour rechercher les causes et les remèdes de la dépopulation. Cette commission comptant parmi ses membres un nombre respectable de savants célibataires ou dont les ménages étaient restés stériles, la malignité publique avait souligné le fait, et la Chambre, doutant beaucoup de l'efficacité de la commission en travail, supprima purement et simplement tout crédit. M. Piot ne fut pas content. Il expose dans une lettre au ministre de l'intérieur ses regrets sur l'arrêt des travaux de la commission : Le Sénat, écrit M. Piot, avait voté le crédit, mais le projet de budget revenu au Palais-Bourbon, la Chambre persista dans sa première décision, et malgré l'opinion formulée par le Sénat, le crédit, dans la hâte d'une clôture de session, est finalement supprimé. Au cours de cette séance du 11 avril l'honorable M. Savary, rapporteur de la commission des finances, de qui l'hostilité au rétablissement du crédit que nous demandions n'avait d'autre cause que des raisons d'ordre budgétaire, donna pour en justifier la suppression l'argument suivant :

« Le chapitre 1er du budget de l'intérieur relatif au personnel, le chapitre 2 relatif aux impressions sont assez largement dotés pour que la commission extraparlementaire de la dépopulation y trouve certainement le payement des travaux qu'elle a encore à effectuer. »

C'est sur l'argumentation du rapporteur lui-même, parlant au nom de la commission des finances, que je prends la liberté de m'appuyer, en réclamant le bénéfice des chapitres 1er, 2 et 9 du budget du ministère de l'Intérieur, pour vous demander, Monsieur le ministre, les moyens de réunir notre commission, qui a le devoir et le souci d'achever sa tâche. La commission a fourni, en effet, depuis quatre ans, un travail considérable. Ses membres ont déposé des rapports importants et susceptibles d'apporter une solution au problème de la dépopulation de la France. Ils s'étonnent de ne pas être mis en situation de terminer l'étude à laquelle les avait appelés M. le président du conseil, Waldeck Rousseau, par arrêté du 22 janvier 1902... Le caractère social et patriotique des graves questions sur lesquelles il porte ne me laisse pas de doute sur votre détermination, et j'ai confiance dans votre esprit de haute justice qui saura trouver le moyen de concilier à la fois :

1° Le vote émis à l'unanimité par le Sénat le 29 novembre 1901, qui réclamait l'étude de la question, et le vote émis par la même Assemblée à une énorme majorité, le 11 avril 1906, demandant qu'il soit possible de donner une conclusion à l'enquête poursuivie depuis quatre années.

2° Le refus, par la Chambre des députés, du modeste crédit de 4,000 francs inscrit temporairement au budget dans le but ci-dessus indiqué.

3° L'opinion de la commission des finances du Sénat, qui déclarait dans son dernier rapport (page 60 du budget de l'intérieur) :

« Les dépenses de la commission de la dépopulation, comme celles d'un grand nombre d'autres commissions extraparlementaires doivent être prélevées sur les chapitres de l'administration centrale. Ces chapitres sont assez largement pourvus pour permettre de faire face aux dépenses de l'espèce. »

4° La nécessité pour notre démocratie de prendre en faveur des familles fécondes — qui augmentent la réserve vivante de la patrie et accroissent ainsi la prospérité et la grandeur de la République — des résolutions qui établissent enfin pour elles un régime d'équité en même temps qu'une aide sérieuse.

Surmenage scolaire.

Nous relevons dans le *Matin* un écho signé de M. Gustave Téry, que nous recommandons à la Ligue des médecins et des familles et aux futurs congrès d'hygiène scolaire :

« Ne croyez-vous pas que nos maîtres de l'enseignement primaire seraient eux-mêmes embarrassés pour traiter comme il faut ce sujet de conférence ? Ecoutez ce « canevas » :

L'école est aujourd'hui la vraie Maison du peuple. Elle est ouverte à tous, à l'enfant, à l'adulte, à la famille. Chacun peut y trouver à son heure tout ce qui lui est utile ou agréable. Dites dans quelles conditions et avec quels avantages matériels, intellectuels ou moraux. Montrez, pour conclure, que c'est par l'école ainsi comprise que se fait l'éducation d'une République.

Eh bien ! cela n'est pas un sujet de conférence proposé aux instituteurs ; c'est un sujet de dissertation donné *à des enfants de onze ans*, candidats au certificat d'étude ! Cet attentat fut commis le 16 juin, à Levallois-Perret. L'école est ouverte à tous : chacun y peut trouver *à son heure* ce qui lui est utile ou agréable... Ayant médité ce texte, une petite fille a écrit gravement : « Maintenant, les élèves peuvent arriver à l'école à l'heure qui leur plaît, les uns à sept heures et demie, les autres à neuf heures... »

Bravo, petite fille ! Tu as été « recalée », bien entendu ; et pourtant, c'est très bien ce que tu as fait là ; tu as donné une excellente leçon à tes maîtres. Mais veux-tu parier qu'eux non plus ne l'ont pas comprise ?

L'ancienne Faculté de Médecine de la rue de la Bûcherie devenue l'Hôtel des Etudiants.

Nous sommes heureux d'annoncer que, sur le rapport de M. Grébauval, le Conseil Municipal de Paris autorise la location, à l'Association générale des étudiants, d'un immeuble communal situé rue de la Bûcherie et rue de l'Hôtel-Colbert. Le bail est de 99 ans, moyennant un loyer annuel de 3,000 francs.

L'Association devra dégager et restaurer à ses frais les parties de l'immeuble qui ont un intérêt historique, et édifier sur le terrain libre des constructions nouvelles dont les plans seront approuvés par la Ville.

Rappelons que cet immeuble n'est autre que l'ancienne Faculté de Médecine de Paris qui, grâce à l'insistance du Syndicat des médecins de la Seine et aux démarches incessantes de son fondateur et président, le regretté Dr Le Baron, a été achetée le 12 août 1896 par la ville de Paris. Cette vieille relique médicale était de nouveau oubliée et tombait en ruine quand, sur notre proposition, le Syndicat des Médecins de la Seine fit de nouvelles démarches pour la faire sauvegarder. Le *Progrès Médical*, le 8 juillet 1893 et le 12 décembre 1903, a consacré à la vieille Faculté d'importants articles et a réclamé sa restauration. Il ne peut qu'applaudir au vote du Conseil Municipal qui donne à ce vieux monument une destination digne de son origine et de son histoire. J. Noir.

Progrès en Amérique.

Nous lisons dans le *Chicago medical Recorder* que les deux écoles homéopathiques de Chicago ont dû se réunir en une par suite de la diminution du nombre des futurs homéopathes. Il était évident que l'instruction donnée dans ces écoles était inférieure à celle des autres écoles, ou, pour mieux nous exprimer, beaucoup des futurs praticiens allaient à cette école parce qu'ils obtenaient avec moins de travail leurs diplômes. L'homéopathie a prospéré aussi longtemps qu'on l'a persécutée. La tolérance réduit les adeptes de cette secte et, comme le dit le *Recorder*, les jours de l'homéopathie sont probablement comptés. On pourrait mieux dire que l'homéopathie disparaît avec le progrès de la civilisation.

LES CONGRÈS

Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences (Lyon, 2-7 août).

Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des Sciences se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain, sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; le vice-président est le Dr Henrot, directeur de l'école de Médecine de Reims, correspondant de l'Académie de Médecine. Il y aura trente-trois ans, jour pour jour, que s'ouvrait dans cette ville, après l'éclatante réunion de Bordeaux, le deuxième Congrès présidé par de Quatrefages. Un grand nombre des savants qui ont pris part à cette grande fête scientifique (les congrès étaient plus rares à cette époque) ne sont plus : Balard, Baillon, Cl. Bernard, Broca, Cornu, Dumas, Friedel, Mangini, Ollier Wurst, pour ne citer que les plus connus. Les Sciences médicales furent, dans ces premières sessions, brillamment représentées et l'on se souviendra — ce qui offre un certain intérêt en les rapprochant des travaux récents de MM. Calmettes et Roux — que ce fut à ce Congrès que le professeur Chauveau, alors directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, procéda à des expériences sur la transmissibilité de la tuberculose par les voies digestives et rendit témoin de ses premiers résultats les membres de la section médicale, présidée par Benedict Teissier.

Au Congrès d'août prochain, les Sciences médicales (médecine, hygiène, électricité médicale, odontologie) seront aussi brillamment représentées. Les présidents de ces sections ont mis à l'ordre du jour un grand nombre de questions d'actualité dont les rapports seront mis en distribution avant l'ouverture de la session. M. le professeur Joseph Teissier, président de la section des sciences médicales, s'est assuré le concours de la plupart de ses collègues de la Faculté de Lyon et d'un grand nombre de savants étrangers, parmi lesquels nous pouvons citer comme ayant accepté l'invitation de la ville et du comité local, MM. Fouquet, du Caire; Henrijean, de Liège; Forel, de Morges ; Mariani, de Pérouse : Maragliano, de Gênes; Bourget, de Lausanne: Kossel, d'Heidelberg ; Rubino, de Naples : Lydtin, de Baden ; Roux de Lausanne, Aug. Reverdin, de Genève ; etc.

Voici la liste des questions proposées pour la discussion dans les sections et les noms des rapporteurs. Signalons également les questions mises à l'ordre du jour de la 18e section (enseignement et pédagogie) présidée par le Dr Bérillon :

1° Le problème des enfants anormaux, traitement et assistance ; 2° Les enfants turbulents, procédés pédagogiques applicables à ces enfants : 3° L'éducation du caractère à l'école primaire et au lycée.

12e *Section* (*Sciences médicales*). — Président : Dr Teissier, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant de l'Académie de médecine, 7 rue Bossac, Lyon.

Questions à l'ordre du jour. — 1° La Syphilis. — Pathogénie expérimentale. — Rapporteur : M. le Dr Nicolas, chargé du cours de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Lyon. — Prophylaxie et réglementation. Rapporteur : M. le Dr Manquat, agrégé au Val-de-Grâce, à Nice.— Pour cette question, la section des sciences médicales se réunira à la section d'hygiène). — 2° Influence des rayons X sur le sang. Traitement des maladies hématopoiétiques. Rapporteurs : M. Belot, de Paris et M. Barjon, médecin des hôpitaux de Lyon. — 3° Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle Traitement de l'hypertension et, accessoirement, traitement du diabète. Rapporteurs : M. le professeur Doumer, de Lille, et M. Chanoz, docteur ès sciences, chef des travaux de physique médicale à Lyon. (Pour les questions 2 et 3, la section des sciences médicales se réunira à la section d'électricité médicale). 4° Le phénomène de l'agglutination (valeur diagnostique et pronostique chez les tuberculeux). Rapporteur : M. le professeur Ferré, de Bordeaux, et le Dr Paul Courmont agrégé, médecin des hôpitaux, à Lyon. — 5° Essais d'immunisation antituberculeuse. Rapporteurs : M. le professeur Rappin, de Nantes et le Dr F. Arloing, de Lyon. — Conférence du professeur Maragliano, de Gênes. — 6° Pathogénie des ankyloses et particulièrement des ankyloses vertébrales. Rapporteur : M. le professeur Poncet et M. Leriche, de Lyon, Dr Léri, de Paris.—7° Tuberculose du gros intestin. Indications de l'intervention chirurgicale. Rapporteurs : Dr L. Bérard, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon et le médecin-major Loison, agrégé au Val-de-Grâce (hôpital militaire de Versailles).

13e *Section* (*Electricité médicale*). — Président : M. le Dr Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Questions à l'ordre du jour. — Influence des rayons X sur le sang : traitement des maladies des organes hématopoiétiques Rapporteurs : MM. Belot, de Paris, et Barjon, de Lyon. Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension Rapporteurs : MM. Doumer, de Lille et Chanoz, de Lyon. (Pour l'étude de ces questions, la section d'électricité médicale sera réunie à la section des sciences médicales.)

14e *Section* (*Odontologie*) Président : M. le Dr Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole dentaire, 99, boulevard Haussmann, à Paris ; 1° sur les causes de la carie dentaire dans les différentes régions de la France. 2° Sur les manifestations dentaires de l'arthritisme. 3° Sur les ciments-porcelaine. 4° Sur les articulateurs.

15e *Section* (*Hygiène et médecine publique*). Président : M. le Dr Courmont, professeur à la Faculté de médecine, 34, quai de la Charité, Lyon. 1° Le dispensaire antituberculeux de Lyon (type d'organisation pouvant se réaliser dans toutes les grandes villes). Rapporteurs : MM. André et Lesieur. 2° Du rôle des urines typhiques dans la propagation de la fièvre typhoïd Rapporteur : M. Lesieur. 3° Stérilisation des eaux potables par l'ozone. Rapporteur : M. Lacomme. 4° Résultats que peut produire un bureau municipal d'hygiène (15 ans de fonctionnement à Lyon). Rapporteur : M. Roux.

Le Congrès s'ouvrira le 2 août ; le dimanche 5 août, aura lieu une excursion dans les monts lyonnais (Charbonnières, Limonest, Mont-d'Or et la vallée de la Saône, de Neuville à Lyon). A la clôture de la session, 7 août, une excursion de trois jours permettra aux congressistes de visiter une des plus belles régions du Bugey et de la Savoie (vallée de l'Albarine, gorges du Fier, Annecy et son lac, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix). Les Compagnies de chemin de fer français accordent une réduction de 50 0/0 avec validité des billets du 30 juillet au 20 août. Pour profiter de ces avantages et participer aux visites industrielles, promenades et excursions, il faut être membre de l'Association. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente ; moyennant une cotisation de 20 francs on devient membre annuel ; moyennant 200 francs, membre à vie. Les membres fondateurs doivent verser une cotisation de 500 francs. Les membres de l'Association reçoivent les comptes rendus du Congrès (2 vol. in-8°), publiés dans les mois qui suivent la réunion.

SEIZIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (Lille, 1-7 août 1906). — Pour toutes les communications s'adresser au secrétaire général, M. le Dr G. CHOCREAUX, médecin en chef de l'Asile public d'aliénées de Bailleul (Nord).

SECOND CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE. (Bruxelles, 29 au 31 août 1906.) — *Présidents d'honneur* : M. LE BARON VAN DEN BRUGGEN, ministre de l'Agriculture ; M. VAN DEN HEUVEL, ministre de la Justice. *Vice-Présidents d'honneur* : M. BÉCO, gouverneur de la province de Brabant ; M. DE LATOUR, directeur général au ministère de la Justice. — La Société belge

de neurologie et la Société de médecine mentale de Belgique ont décidé de tenir à Bruxelles, du 29 au 31 août 1906, le second congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 11 juillet.* — *M. Bosc* : Contribution à l'étude du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la méthode des injections extra-intra-articulaires (MM. Lannelongue, Reclus, Legueu, Mauclaire). — *M. Nazim* : De l'infection en chirurgie et son traitement par le sérum de Petit (MM. Reclus, Lannelongue, Legueu, Mauclaire). — *M. Broca* : Sur un cas de plegmon juxta-laryngo-trachéal à la période terminale du croup chez un nourrisson tubé (MM. Reclus, Lannelongue, Legueu, Mauclaire). — *M. Wicart* : Abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique (MM. Reclus, Lannelongue, Legueu, Mauclaire). — *M. Tardif* : Des complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse (MM. Pinard, Terrier, Kirmisson, Lepage). — *M. Vidal* : Considérations sur la dermatose gravidique autotoxique (MM. Pinard, Terrier, Kirmisson, Lepage). — *M. Mathieu* : Contribution à l'étude des chondromes des fosses nasales et de leur traitement (MM. Terrier, Pinard, Kirmisson, Lepage). — *M. Larue* : Des contractures congénitales (MM. Kirmisson, Pinard, Terrier, Lepage). — *M. Bertheol* : Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire (MM. Landouzy, Brissaud, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Bellou* : Formeriemésographie ; Etat sanitaire, considérations médicales (MM. Landouzy, Brissaud, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Girault* : Les hémorragies occultes du tube digestif (MM. Brissaud, Landouzy, Claude, Labbé (Marcel). — *Mme Grandjean* : Etude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques (MM. Gaucher, Roger, Teissier, Balthazard). — *M. Druelle* : La gangrène des membres par artérite syphilitique (MM. Gaucher, Roger, Teissier, Balthazard). — *M. Hebert* : Les lésions de la muqueuse gastrique au cours des infections (MM. Roger, Gaucher, Teissier, Balthazard).

Jeudi, 12 juillet. — *M. Fleig* : La radiothérapie en dermatologie (MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Renon). — *M. Lebar* : Des hyperresthésies systématisées et troubles connexes (MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Renon). — *M. Cartier* : Contribution à l'étude expérimentale de la pleurésie séro fibrineuse tuberculeuse (MM. Debove, Dieulafoy, Troisier, Renon). — *M. Trouillet* : Abcès pulmonaires métapneumoniques (MM. Dieulafoy, Debove, Troisier, Renon). — *M. Baudin* : Contribution à l'étude des dilatations idiopathiques de l'œsophage (MM. Cornil, Chantemesse, Besançon, Guiart). — *M. Meurice* : Hygiène du chauffage et en particulier des chauffages à l'eau chaude et à la vapeur (MM. Chantemesse, Cornil, Bezançon, Guiart). — *M. Binet* : Des luxations ouvertes de l'articulation du coude (MM. Le Dentu, de Lapersonne, Langlois, Morestin). — *M. Gaudelut* : Complications pleuro-broncho-pulmonaires consécutives aux traumatismes thoraciques sans fracture de côte (MM. Le Dentu, de Lapersonne, Langlois, Morestin). — *M. Deloge* : Anisométropie et vision binoculaire (MM. de Lapersonne, Le Dentu, Langlois, Morestin). — *M. Bousseau* : De la paralysie du muscle grand oblique dans les opérations sur les sinus par voie frontale (MM. de Lapersonne, Le Dentu, Langlois, Morestin). — *Mlle Voulich* : Etude sur les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales (MM. Raymond, Hutinel, Dupré, Méry). — *M. Français* : De l'apepsie (MM. Raymond, Hutinel, Dupré, Méry). — *M. Hays* : Un hôpital d'enfants en 1906 (MM. Hutinel, Raymond, Dupré, Méry). — *M. Camacho* : Recherches sur l'involution utérine (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Vaille* : Contribution à l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétroversions utérines (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Leduc* : La syphilis à la Maternité de l'hôpital Tenon, 1905-1906. Etude statistique et diagnostique (MM. Budin, Bonnaire, Demelin, Brindeau). — *M. Gely* : De l'abcès sous-phrénique d'origine biliaire (MM. Gilbert, Vaquez, Desgrez, Carnot). — *M. Paupe* : La forme hémorragique de la méningite tuberculeuse (MM. Gilbert, Vaquez, Desgrez, Carnot). — *M. Enebuske* : Contribution à l'étude clinique et bactériologique des kystes hydatiques sonores (MM. Gilbert, Vaquez, Desgrez, Carnot). — *M. Lamarre* : Contribution à l'étude du rythme de l'élimination urinaire ; l'anisurie chez les hépatiques (MM. Gilbert, Vaquez, Desgrez, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi, 9 juillet.* — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Gaucher, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Landouzy, Roger, Labbé (Marcel). — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Brissaud, Teissier, Claude. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Déjerine, Balthazar, Macaigne.

Mardi, 10 juillet. — 2e (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Béclard) : MM. Cornil, Gilbert, Morestin. — 2e (Chirurgien dentiste, 2e série, Salle Broussais) : MM. Pozzi, G. Ballet, Vaquez. — 2e (Chirurgien dentiste, 3e série, Salle Corvisart) : MM. Robin, Launois, Marion. — 2e (Chirurgien-dentiste, 4e série, Salle Pasteur) : MM. de Lapersonne, Ménétrier, Desgrez. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Renon. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Troisier, Gouget. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Raymond, Méry, Janselme. — 5e (2e partie, 2e série, Charité) : MM. Hutinel, Achard, Bezançon. — 5e (2e partie, 3e série, Charité) : MM. Chantemesse, Dupré, Carnot.

Mercredi, 11 juillet. — 5e (2e partie, Laënnec) : MM. Déjerine, Legry, Macaigne.

Jeudi, 12 juillet. — 2e (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Pasteur) : MM. Pouchet, Thiroloix, Marion. — 2e (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Corvisart) : MM. Robin, Gouget, Rieffel.

Vendredi, 13 juillet. — 2e (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Béclard) : MM. Pouchet, Gosset, Macaigne. — 2e (Chirurgien-dentiste, 2e série, Salle Broussais) : MM. Landouzy, Mauclaire, Labbé (Marcel). — 2e (Chirurgien-dentiste, 3e série, Salle Corvisart) : MM. Brissaud, Legueu, Desgrez. — 2e (Chirurgien-dentiste, 4e série, Salle Pasteur) : MM. Segond, Richaud, Claude.

FORMULES

XLIX. — Contre les Comédons.

Lait de soufre	5 gr.
Alcool de vin	30 gr.
Alcoolat de lavande	15 gr.
Glycérine	10 gr.

pour se laver.

Se servir de la pommade

Kaolin	1 gr.
Glycérine	ãã 10 gr.
Vinaigre	ãã 10 gr.

S. Bernheim.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 17 au samedi 30 juin 1906, les naissances ont été au nombre de 1.055, se décomposant ainsi : légitimes 820, illégitimes 235

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 892, savoir : 453 hommes et 439 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 0. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 7 — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 109. — Tuberculose des méninges : 7. — Autres tuberculoses : 8. — Cancer et autres tumeurs malignes : 19. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : [illegible] — Maladies organiques du cœur : 26. — Bronchite aiguë : [illegible] — Bronchite chronique : 8. — Pneumonie : 12. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 37. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4 — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 21. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 7. — Néphrite et mal de Bright : 14. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 0. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 12. — Débilité sénile : 9 — Morts violentes : 25. — Suicides : 12. — Autres maladies : 67. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : légitimes 43, illégitimes 14.

Madame le Dr Lipinska, ancienne externe des Hôpitaux, lauréate de l'Académie de médecine de Paris, exerce à *Luxeuil-les-Bains*.

Prix de médecine navale. — Par décision ministérielle du [illegible] juin 1906, le prix de médecine navale pour l'année 1905 a été décerné à M. le médecin de 1re classe Denis (J.-E.), pour son rapport sur les installations médicales et hygiéniques du *Léon-Gambetta*.

Médecins légistes. — A la suite des examens spéciaux passés à la Faculté, MM. les Drs Cornatiano, de Croenc, Dervieux, Grosset, Guyot, Régnier et Toulzac, ont été nommés médecins légistes de l'Université de Paris.

Bibliothèque Centrale de l'internat. — La bibliothèque centrale de l'internat, créée grâce au concours de l'Association

des Internes des Hôpitaux, est ouverte tous les jours, y compris les mois de vacances, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, PARIS-4e (service des Archives, escalier A. 5e étage), de 2 heures à 5 heures du soir et de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 du soir, la séance pouvant être prolongée, sur la demande des lecteurs, jusqu'à 6 heures et jusqu'à 11 h. 1/2. La Bibliothèque centrale de l'Internat est ouverte à tous les Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Paris, ainsi qu'aux Externes des Hôpitaux en fonctions. Elle comprend des collections générales de Médecine et de Chirurgie, une série importante de Thèses et de nombreux périodiques étrangers, en lecture dès leur publication. Pour atténuer les inconvénients résultant de l'impossibilité de consentir des prêts, les Internes des Hôpitaux sont autorisés à transmettre à M. le Chef du Cabinet (Archives) des demandes de renseignements bibliographiques par l'intermédiaire des commissionnaires des établissements.

Legs Roussilhe a l'Académie de Médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine est autorisé à accepter, sous bénéfice d'inventaire, aux clauses et conditions imposées, le legs universel fait au profit de cette Académie par M. Roussilhe (Guillaume-Marie-Albert) en vertu de ses testaments et codicilles, en date des 2 janvier 1900 et 20 juin 1905. Conformément à la volonté du testateur, l'actif de la succession sera placé en rentes 3 % sur l'Etat français, pour. les arrérages, être affectés à créer un prix périodique de dix mille francs, dit prix Roussilhe, à décerner au savant qui aura fait accomplir le plus de progrès à la dermatologie et sous condition que l'Académie de Médecine exécutera diverses autres dispositions énumérées dans les testaments et codicilles précités.

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris. — M. Guignard, professeur de botanique, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 31 mai 1906.

Société des médecins de sanatoriums français. — Il vient de se fonder à Paris, entre les médecins de sanatoriums français, une société ayant pour but : de traiter les questions scientifiques du domaine de la tuberculose, notamment celles relatives au fonctionnement des sanatoriums, tant publics que privés. Cette Société qui ne comprend que des membres titulaires est ouverte à tous les médecins de sanatorium français, chefs de service et assistants. Elle est administrée par un conseil composé de cinq membres, dont un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier. Le président est le Dr Calmette ; le vice-président, le Dr Hervé ; le secrétaire-trésorier, le Dr Guinard. Les réunions, au nombre de trois par années, ont lieu deux fois à Paris et une fois dans un sanatorium de province. Toute demande de renseignements doit être adressée au Dr Guinard, secrétaire-trésorier, 56, rue de la Victoire.

Commission de l'hygiène publique a la chambre des députés. — Cette commission est composée de MM. Villejean, Feron, Schmidt, Breton, Dubouyt, Cosnier, Lachaud, Vaillant, Chambige, Clament, Baduel, Demellier. Levraud, Cazeneuve, Vacherie, Ferrero, Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Delaunay, Vival Cibiel (Vienne), Durand (Aude), Delbet, Pourteyron, Chamerlat, Hugon, Fitte. Renard, Meslier, Rozier, Schneider (Belfort), Baudet (Eure-et-Loir), Bachimont, Delelis-Fanien.

Voici le bureau qui a été élu à la première réunion de la Commission : Président : M. Villejean ; vice-présidents : MM. Cazeneuve, Lachaud, Levraud, Delbet ; secrétaires : MM. Baudet, J.-L. Breton, Delaunay, Dudouyt, Durand, Schmitt.

La céruse au parlement. — M. le Pr Dieulafoy, de l'Académie de médecine, est nommé commissaire du gouvernement pour assister le ministre du commerce dans la discussion, qui viendra bientôt devant le Sénat, du projet de loi sur l'emploi des composés de plomb dans les travaux de la peinture en bâtiment. M. Dieulafoy remplira la même fonction lors du débat qui s'ouvrira ultérieurement à la Chambre sur le même projet.

Accident dans un hopital. — Une malade, soignée à l'hôpital Beaujon, âgée de vingt-neuf ans, s'est précipitée, dans un accès de délire, du 1er étage dans la cour pendant la visite. La malheureuse est morte peu après des suites de sa chute.

L'Hygiène Sociale en Allemagne. — Guillaume II a ordonné que la brochure : *L'alcool et la valeur militaire*, édité par la ligue antialcoolique allemande, soit distribuée à toutes les recrues de l'armée lors de leur arrivée au corps. Les officiers commenteront cette brochure en des conférences spéciales. (*Münch. med. Wochschr.*)

Clinicat Médical de la Faculté de Bordeaux. — Après un brillant concours, M. le Dr Dumora est nommé chef de clinique, et MM. les Drs Galtier et Cruchet, chefs de clinique adjoints.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. Fritz Schaudinn, à peine âgé de trente-quatre ans, à la suite d'une maladie infectieuse. C'est lui qui a découvert le microbe de la syphilis, le *spirochaete pallida*. Depuis janvier, M. Schaudinn était chef de service de l'Institut pour les maladies maritimes et des tropiques à Hambourg. Il rédigeait les *Archives pour l'étude des protozoaires*.

Nous apprenons encore avec regret la mort du Dr Philippe Enninger, qui fut une des figures bien connues et sympathiques du vieux Strasbourg et celle de M. le Dr Henrion, conseiller général de Nancy-ouest, ancien député de la deuxième circonscription de Nancy, âgé de 71 ans.

Manuel Garcia, l'inventeur du laryngoscope, vient de mourir à l'âge de cent un ans. Ce célèbre professeur de chant, fils du chanteur Garcia, était frère de la Malibran et de Mme Pauline Viardiot. Manuel Garcia, qui était né le 17 mars 1805, à Madrid, s'était, dès sa jeunesse, adonné à l'étude du chant au double point de vue artistique et scientifique. C'est en Angleterre qu'il passa la majeure partie de son existence, et c'est en Angleterre qu'il est mort dans sa villa de « Mon Abri », à Cricklewood.

Le monde artistique lui doit des élèves comme Mme Blanche Marchesi, et le monde scientifique lui est redevable du laryngoscope, le premier appareil qui ait rendu possible l'examen des cordes vocales.

A l'occasion de son centenaire, qui eut lieu l'an dernier à Londres, Manuel Garcia avait reçu la commanderie de l'ordre de Victoria d'Angleterre, la grand'croix d'Alphonse XIII, la grande médaille d'or des sciences de Prusse, que l'empereur d'Allemagne lui envoya avec un message personnel. (*Le Temps*).

L'esprit des autres. — Petite annonce relevée à la quatrième page d'une gazette spéciale : « Bouledogue à vendre. Très docile. Facile à nourrir ; mange n'importe quoi. Aime surtout les enfants. S'adresser, etc. » (*Avenir du Cher*, 3 juin.)

Chronique des hôpitaux.

Clinique Tarnier. — Un cours de pratique obstétricale avec manœuvres sera fait pendant le mois de juillet par MM. les docteurs Guéniot, chef de clinique et Cathala, chef de laboratoire. Les leçons auront lieu tous les matins (dimanche excepté), à 10 heures 1/4, à partir du lundi 2 juillet. Le droit d'inscription est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Concours de l'externat. — L'ouverture d'un concours pour la nomination aux places d'élève externe des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 17 septembre 1906 à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49. Les étudiants qui désirent prendre part a ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, tous les jours, les dimanches et les fêtes exceptés, de onze heures, à trois heures du mercredi 1er août 1906 au vendredi 31 août inclusivement.

Enseignement médical libre.

Cours pratiques par d'anciens internes. — La 2e série des cours pratiques aura lieu du *20 juillet au 11 août 1906*. Conçus dans un esprit absolument pratique, ils s'adressent aux étudiants à la fin de leurs études et aux praticiens. Chaque cours comprend 9 à 10 leçons qui se suivent à deux jours d'intervalle, les heures différentes permettent de suivre plusieurs cours. Pour chaque cours, le droit d'inscription est de 20 francs.

La 2e série comprend les cours suivants : *Lundi, mercredi, vendredi* : Larynx, nez, oreilles : M. Bourgeois ; Gynécologie pratique : M. Bender ; Chirurgie journalière : M. Delaunay ;

Orthopédie : M. TRIDON ; Maladies nerveuses : M. ROSE ; Obstétrique : M. LEQUEUX : Voies urinaires : M. MINET. — *Mardi, jeudi, samedi* : Maladies de la peau : M. LENGLET : Thérapeutique générale : M. OPPENHEIM : Estomac et intestin : M. LIPPMANN ; Maladies des enfants : M. BALL ; Electrothérapie : M. DELHERM.
Pour programmes et inscriptions, s'adresser au Dr MINET, 15, rue Malebranche, les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille

BROUARDEL et MOSNY. — Traité d'hygiène fasc III. — Anthropologie, hygiène individuelle, éducation physique par R. Antony, E. Dupré, G. Brouardel, P. Ribierre, M. Boulay, V. Morax et P. Lafeuille 1 vol. In-8o de 300 pages. Prix .... 6 fr.
CAMESCASSE ET LEHMANN. — La chirurgie enseignée par la stéréoscopie. Fac. VIII. In-18 de 16 pages. Prix : 1 fr. 50.
JULLIEN (Louis). — La blennorragie (formes rares et peu connues). In-8o de 84 pages.
LEGUEU. — Le rein mobile. 1 vol. In-18 de 96 pages Prix : 1 fr. 50
MARTIN (Odilon). — Nouveau formulaire magistral. 1 vol. in-18 de 900 pages. Prix .... 9 fr.
WIDAL (F) et JAVAL (A.) — La cure de déchloruration 1 vol. In-16 de 96 pages. Prix .... 1 fr. 50

Librairie A. MALOINE
25, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PELON (Henri). — Guide pratique de thérapeutique hydro minérale. 1 vol. in-18 de 200 pages. Prix .... 3 fr.

Librairie DE RUDEVAL
4, rue Antoine-Dubois.

SARAZIN (A.). — La Bourboule, son climat et ses eaux minérales. 1 vol. in-18 de 300 pages. Prix .... 3 fr. 50

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

FABRE. — Sur les phénomènes d'intoxication dus aux piqûres d'hyménoptères. In-8o de 104 pages.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

DENUCÉ (M.). — Spina bifida. Anatomie pathologique et embryogénie. 1 vol. in-8o de 614 pages. Prix .... 10 fr.

Librairie ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

VILLAR (Francis). — Chirurgie du pancréas. 1 vol. in-8o de 328 pages. Prix .... 15 fr.

Librairie BONVALOT-JOUVE
15, rue Racine.

FEYTAUD (Jean). — Des anévrysmes de l'aorte d'origine rhumastismale. 1 vol. In-8o de 80 pages. Thèse de Paris.
PEYRON (Raymond). — La marche du choléra de 1902 à 1906. 1 vol. In-8o de 158 pages. Thèse de Paris.

Librairie MASSON
120, Boul. Saint-Germain.

GRASSET (J.) — La claudication intermittente des centres nerveux In-8o de 8 pages. Extrait de la *Revue Neurologique*.
BAUER (A.) — Recherches sur les voies de la circulation sanguine intra-hépatique. 1 vol. In-8o de 134 pages, Thèse de Paris.

Librairie FÉLIX ALCAN
108, Boul. Saint-Germain.

MASSELON (F.) — La mélancolie. 1 vol. In-16 de 282 pages. Prix 4 fr.
SABOURIN (Ch.) — Les embolies bronchiques tuberculeuses. 1 vol. In-16 de 264 pages, Prix : 4 fr.

PRINCIPALES LOIS ITALIENNES EN VIGUEUR SUR L'ASSISTANCE ET LA BIENFAISANCE ET SUR LES MATIÈRES VOISINES DE L'ASSISTANCE. Publiées en français avec le concours de MM. A. Muteau et Marescal. 1 vol. in-16 de 197 pages. Au siège de la Société internationale, 16, rue Miromesnil, Paris.
LE PAGE-VIGIER. — *Bulletin annuel du bureau municipal d'hygiène de la ville d'Orléans.* 1 vol. in-8o de 118 pages. A. Gont, à Orléans.
PAGÈS (Louis). — Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente. 1 vol. in-8o de 92 pages. Impr. commerciale et industrielle, à Bordeaux.

ANTONINI (Giuseppe). — I principi della antropologia criminale. 1 vol. in-16 de 167 pages. Ulrico Hoepli, éditeur, à Milano.
GIHO-VOLPI-GIRARDIHI. — Considerazioni sopra un caso di tumore comprimente la metà destra del ponte di Varolio diagnosticato in vita. In-8o de 20 pages. Reggio Emilia.
HUISMAN (A.). — Méthodes de coloration des diverses granulations des éléments figurés du sang. In-8o de 12 pages. Bruxelles.
INGLIS PARSONS (J.). — The operative treatment of prolapse and retroversion of the uterus. In-8o de 90 pages, John Bale, Sons et Cie, à London.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES et THIRON, CLERMONT (OISE)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 28 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 14 JUILLET 1906

Le Progrès Médical

SERMENT DES PHARMACIENS. — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté ; Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — Sont et demeurent abrogées les prescriptions édictées par l'art. 16 de la loi du 21 germinal an XI en ce qui concerne la prestation de serment des pharmaciens diplômés. La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et la Chambre des députés, sera exécutée comme loi d'Etat.

THÉRAPEUTIQUE

—

Recherches sur les propriétés thérapeutiques de l'acide vanadique comme topique, en particulier en gynécologie ;

Par le Dr H. **LE BLOND**
Médecin de St-Lazare,
Et M. Charles **DAVID**, interne des hôpitaux.

Nous venons exposer ici le résultat des recherches auxquelles nous nous sommes livrés depuis le début de l'année 1902 sur l'emploi thérapeutique de l'acide vanadique. Les premières constatations découlant de nos expériences ont déjà été présentées à la Société de thérapeutique dans sa séance du 27 mai 1903. Depuis cette époque, nous avons constamment poursuivi l'étude de cet agent médicamenteux ; c'est donc sur une expérimentation déjà longue, puisqu'elle porte sur quatre années, que nous pouvons tabler ; les conclusions de notre travail reposent donc sur des bases solides.

I. LE VANADIUM ET L'ACIDE VANADIQUE. — Le vanadium, métal découvert en 1806 dans le minerai de fer de Talberg, est depuis longtemps utilisé par l'industrie comme oxydant. Mais son introduction dans la thérapeutique est de date relativement récente. On avait, jusqu'à présent, après les travaux d'Hélouis, Lyonnet, Marty et Martin, employé les vanadates de soude, de fer, de lithine, etc., l'acide vanadique lui-même n'avait guère été employé. Deux chimistes, M. Witz et Osmond, ont démontré la singulière propriété que possède l'acide vanadique lorsqu'il se trouve en présence d'une matière organique et d'un corps oxydant. Il oxyde la matière organique, reprend ensuite de l'oxygène à la matière oxydante pour l'abandonner de nouveau à la matière réductrice et ainsi de suite. Cédant et reprenant tour à tour de l'oxygène, passant nécessairement de l'acide hypovanadique à celui d'hypervanadique, il établirait un mouvement de va et vient d'oxygène analogue à celui que Beinz et Schultz ont décrit à propos de l'arsenic (Arnozan). C'est à cause de ce phénomène que MM. Witz et Osmond ont donné à l'acide vanadique le nom très expressif de « médicament navette ». Donc l'acide vanadique est un oxydant très énergique et qui possède la faculté de se régénérer indéfiniment. Aussi

les moindres doses suffisent-elles à produire des actions thérapeutiques manifestes ; elles agissent comme de véritables ferments, servant de véhicules d'oxygène.

M. Laran, en collaboration avec MM. Bernard et Pécourt, a repris l'étude des propriétés chimiques de l'acide vanadique. Cette étude lui a permis de faire, avec des produits parfaitement déterminés et chimiquement purs, une étude très approfondie de la toxicité et des propriétés physiologiques de l'acide vanadique, et des principaux sels de vanadium, au laboratoire de M. François-Franck, avec la collaboration du Dr Hallion, chef du laboratoire de physiologie pathologique du Collège de France.

Ces divers travaux ont démontré que les sels de vanadium n'étaient actifs que par l'acide vanadique qu'ils renferment et que, par ailleurs, ces sels étaient instables et le plus souvent impurs ; il était donc rationnel de partir de l'acide vanadique chimiquement pur, le seul principe actif et qui puisse être facilement dosé (1).

D'autre part, les expériences du Dr Laran sur le cobaye tuberculeux lui ont permis de conclure que l'acide vanadique enraye d'une façon manifeste la marche de la tuberculose par transformation fibreuse de lésions. C'est en partant des expériences du Dr Laran que l'idée nous est venue d'expérimenter à notre tour l'acide vanadique dans notre service de Saint-Lazare. Mais jusqu'à présent, on ne l'avait essayé que comme médicament interne. Nous avons contrôlé nous-mêmes ses bons effets dans le traitement de divers états cachectiques. Mais nous avons pensé qu'il pourrait également donner de bons résultats comme topique dans les plaies cutanées ou muqueuses accidentelles, chirurgicales ou pathologiques. Enfin, élargissant notre expérimentation, nous l'avons essayé comme modificateur des sécrétions muqueuses pathologiques.

Donc, nous avons expérimenté cet agent thérapeutique de deux façons différentes : d'une part, en ingestion par la voie buccale, d'autre part, comme topique en lavages et en pansements externes. Pour répondre à ces deux indications, il nous fallait deux solutions différentes. Pour l'usage interne, nous nous sommes servis de la solution d'acide vanadique Laran, liqueur incolore, inodore, sans saveur, dosée à 0,015 milligrammes de principe actif par litre d'eau.

Pour l'usage externe, nous avons employé une solution beaucoup plus forte, à laquelle, afin d'éviter toute confusion, nous avons donné le nom d'oxydasine pour rappeler sa principale propriété. Cette préparation est de couleur jaune d'or et contient 0,50 centig. d'acide vanadique par litre d'eau.

I. Emploi de l'acide vanadique a l'intérieur. — Tout d'abord, administrée à l'intérieur, la solution d'acide vanadique nous a donné de très bons résultats dans le traitement de tous les états anémiques et cachectiques : nous ne voulons pas insister sur l'emploi de l'acide vanadique comme modificateur de la nutrition générale, voulant surtout insister dans notre étude sur l'action topique locale de ce médicament. Mais nous ne pouvons passer sous silence les résultats vraiment remarquables qu'il nous a donnés chez quelques malades dont l'état général était extrêmement mauvais ; son action est précieuse dans la chlorose, la neurasthénie. Mais c'est surtout dans la tuberculose pulmonaire que ses effets sont vraiment surprenants. Nous avons un certain nombre d'observations fort suggestives à cet égard — concernant des tuberculeux pulmonaires au premier ou au deuxième degré. Nous avons administré à ces malades deux cuillerées à soupe par jour de la solution aqueuse d'acide vanadique à 0,015 milligrammes par litre, et nous avons obtenu un relèvement très rapide des forces, une augmentation de poids très sensible.

Sans doute, cet agent ne possède pas plus qu'un autre une action spécifique à l'égard de la tuberculose pulmonaire, mais il réveille l'appétit d'une façon évidente et pour ainsi dire instantanée, chez les malades anémiés et qui ne s'alimentent plus que d'une façon très insuffisante. Il est donc un adjuvant très utile de la suralimentation. De plus, grâce à son pouvoir oxydant si énergique, il est très plausible d'admettre qu'il apporte aux éléments de l'organisme et en particulier aux cellules lymphatiques un renfort d'oxygène qui les met à même de lutter plus victorieusement contre les bacilles ; il favorise peut-être les réactions congestives autour des lésions tuberculeuses, il active le processus de sclérose qui est le mode de guérison habituel des foyers bacillaires peu avancés. Bref, il met en jeu tous les moyens de défense de l'organisme dans la lutte contre l'infection et lui permet de résister d'une manière plus efficace.

La vraisemblance de cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par la communication de M. François-Franck à l'Académie où il rapporte le résumé de l'examen histologique des lésions pulmonaires des cobayes tuberculisés puis traités par l'acide vanadique ; cet auteur a constaté nettement la transformation fibreuse des lésions.

En tous cas, l'acide vanadique procure toujours aux malades de ce genre une sensation de bien-être et d'amélioration, dont nous avons été maintes fois frappés, même lorsque leurs lésions sont trop avancées pour que l'on puisse espérer une guérison complète.

L'acide vanadique comme topique local. — *Mode d'emploi.* — Nous avons d'abord employé l'acide vanadique comme topique en solution aqueuse à 0,50 c. pour 1000. C'est la préparation connue sous le nom d'oxydasine. C'est un liquide d'un jaune d'or, ne présentant aucune odeur, ce qui est un avantage appréciable ; son application en pansements ou en badigeonnages n'est nullement douloureuse et hâte d'une façon manifeste la guérison de toutes les plaies.

Mais la dose que nous avions employée au début nous a paru dans la suite être un peu trop forte, et nous avons obtenu des résultats plus satisfaisants à l'aide d'une solution plus diluée. Nous avons en effet utilisé la solution mère à 0.50 pour 1000 étendue de trois fois son volume de glycérine, ce qui fait environ 0,1[illegible] ctg. de substance active par litre ; cette dose nous a paru plus favorable ; mais on peut se servir avec succès de solutions beaucoup plus faibles ; c'est ainsi que nous avons eu plusieurs guérisons avec le liquide qui nous sert habituellement pour l'usage interne et qui ne contient que 0,15 milligr. d'acide vanadique par litre. La puissance d'action de ce médicament est donc extrêmement énergique et, d'une manière générale, il nous semble qu'il vaut mieux l'employer à dose très faible. La plupart de nos essais ont été faits avec une solution au 1/10 obtenue en diluant l'oxydasine dans [illegible] fois son volume d'eau ou de glycérine, ce qui donne 0,05 centigr. d'acide vanadique pour 1000. Les solutions aqueuses nous ont servi pour les pansements cu-

(1) Hallion et Laran. — 1° Compte rendu de la *Société de Biologie.* Séance du 26 juin 1899. — 2° Laran. — Recherches sur l'acide vanadique. *Société de Biologie,* Séance du 19 février 1898.

tanés ; aux muqueuses nous avons réservé les solutions glycérinées.

Nous faisons sur les plaies ou les lésions cutanées que nous traitons des badigeonnages quotidiens avec un pinceau ou un tampon d'ouate trempés dans notre solution. Pour les pertes de substance étendues, nous les recouvrons de compresses humides largement imbibées d'acide vanadique et renouvelées tous les jours.

Mode d'action. — On voit, sous l'influence de ce traitement, une colerette épidermique se dessiner dès les premiers jours à la périphérie de la lésion en même temps que le fond devient granuleux et bourgeonnant et la cicatrisation marche très vite. L'acide vanadique, outre son action antiseptique incontestable, et qui lui est conférée par l'oxygène qu'il dégage sans cesse, active la régénération des tissus et lui permet de mieux lutter contre les éléments microbiens.

Indications. — MM. Le Blond et Bourgeois (1) ont déjà rapporté l'action rapidement épidermisante constatée dans un cas de lupus tuberculeux très ancien où les follicules avaient été préalablement détruits à l'aide de multiples scarifications, afin de permettre une meilleure imprégnation des tissus malades par l'agent médicamenteux ; puis on avait fait sur la plaie des pansements à la résorcine, soit pure, soit en solution aqueuse. Malgré ce traitement la cicatrisation ne se faisait pas. C'est alors qu'ils eurent l'idée d'essayer l'acide vanadique et ils employèrent la solution la plus faible à 0,015/1000. La réparation fut extrêmement rapide laissant à sa suite une cicatrice parfaitement lisse, souple et d'excellent aspect. La guérison s'est d'ailleurs maintenue depuis ce moment. C'est à la suite de cette cure très heureuse que nous avons continué à employer l'acide vanadique dans le traitement des affections cutanées. Nous l'avons expérimenté dans des maladies très différentes :

1° Plaies simples, accidentelles ou chirurgicales.
2° Plaies d'anthrax.
3° Lésions tuberculeuses, lupus, abcès froids ulcérés.
4° Lésions syphilitiques, secondaires végétantes ou hypertrophiques (condylomes, plaques muqueuses.)
5° Lésions syphilitiques, tertiaires, gommes ulcérées.
6° Chancres mous.
7° Ulcères variqueux. Eczémas divers.
8° Enfin dans des plaies d'origine dystrophique telles les maux perforants plantaires.

Résultats thérapeutiques. — Dans presque tous les cas nous avons obtenu, sous l'influence de cet agent, une cicatrisation très rapide : il nous est impossible d'établir d'une façon précise une moyenne de la durée du traitement dans cet ensemble d'observations, étant donnée la nature très différente des divers cas. Nous pouvons dire cependant :

1° Que les plaies ordinaires ont guéri le plus rapidement, dans un délai de 10 jours à 3 semaines ; 2° que les lésions tuberculeuses ou syphilitiques ouvertes (gommes scrofuleuses ou syphiliques tertiaires), ont guéri avec une grande rapidité. Les lésions syphilitiques non ulcérées, telles que plaques muqueuses hypertrophiques ou condylomes ont été également modifiées avantageusement et ont diminué de volume.

(1) Le Blond et Bourgeois. — Communication à la *Société médicale du IXe arrondissement.*

Les mêmes résultats ont été obtenus dans les cas d'eczéma. Bons effets également dans les chancres mous. Quant aux ulcères variqueux, ils ont subi du fait de ce traitement une poussée cicatrisante après laquelle la marche a été quelquefois traînante, de sorte que, dans un certain nombre de cas, nous avons dû ne l'employer qu'alternativement avec d'autres agents thérapeutiques.

Cependant l'acide vanadique suffit seul d'ordinaire à amener la guérison ; mais il est bon de remplacer de temps en temps dans les pansements la solution habituelle à 0.05 cent. p. 1000 par la solution forte à 0,50 cent. par litre, qui réveille un peu l'activité paresseuse des tissus. On fait un ou deux pansements avec la solution forte, puis on revient à la solution faible.

Les pansements ont toujours été bien supportés ; jamais nous n'avons observé la moindre sensation désagréable après leur application.

Dans un seul cas, nous n'avons observé des phénomènes d'intolérance caractérisés par des éruptions érythémateuses qui ont d'ailleurs disparu avec la cessation du traitement.

Des applications de l'acide vanadique en gynécologie.

Traitement de la vaginite.

Indications. — Nous arrivons maintenant au groupe d'affections dans lequel nous avons expérimenté notre nouvel agent thérapeutique dans la plus large mesure. Nous voulons parler des inflammations des voies génitales de la femme. Connaissant la désespérante ténacité de ces maladies, nous avons voulu voir si l'acide vanadique ne pourrait pas être substitué avec fruit aux divers topiques employés jusqu'ici dans le traitement des vaginites, uréthrites et métrites, qu'elles soient ou non d'origine gonococcique. Nous pensions que cet agent produisant une suractivité fonctionnelle des épithéliums et des glandes des diverses muqueuses génitales pourrait leur permettre de résister plus efficacement aux agents infectieux et que dans tous les cas où il y aurait des excoriations, des ulcérations ses propriétés régénératrices vis-à-vis des tissus seraient d'un secours précieux.

Manuel opératoire. — C'est partant de ces idées que nous avons traité nos vaginites par des pansements vanadinés. Après nettoyage aussi soigneux que possible des parois du vagin et en particulier des culs-de-sac au moyen de lavages à l'eau oxygénée, nous séchons complètement notre cavité au moyen de tampons d'ouate hydrophile aseptique. Puis nous bourrons complètement le vagin de tampons largement imbibés de notre solution habituelle. Les tampons sont laissés à demeure et changés toutes les vingt-quatre heures. Le traitement est continué sans interruption sauf pendant la durée des règles jusqu'à guérison complète.

Résultats. — Les pansements sont parfaitement bien tolérés; ils ne déterminent aucune sensation désagréable et aucune réaction inflammatoire ; on voit sous leur influence les écoulements purulents diminuer rapidement et bientôt se tarir complètement; les parois vaginales rouges, granuleuses, enflammées et douloureuses perdent leur sensibilité exagérée, pâlissent et redeviennent lisses. La durée du traitement varie

évidemment suivant le degré de l'inflammation, suivant que l'on a affaire à un processus aigu ou chronique ; les vaginites aiguës se modifient plus rapidement que les écoulements invétérés. Mais la guérison est la règle en un temps relativement court. Dans tous les cas que nous avons observés elle est survenue dans l'espace de 16 jours à deux mois; ce dernier terme étant une limite extrême qui n'a jamais été dépassée et le plus souvent n'a pas été atteinte ; les vaginites qui nous ont demandé 6 semaines à deux mois de traitement étaient des cas intenses avec parois irritées chroniquement, plus ou moins végétantes et profondément altérées par le processus inflammatoire. Au contraire dans les cas récents, où l'écoulement était le phénomène prédominant, nous avons pu en débarrasser nos malades en quatre à cinq semaines.

Traitement de l'uréthrite. — Le traitement de l'uréthrite par l'A. V. ne nous a pas, il faut le dire, donné d'aussi bons résultats que celui de la vaginite; de cela personne ne songera à s'étonner, car tout le monde connaît cette ténacité des écoulements uréthraux chroniques aussi bien chez la femme que chez l'homme ; cela tient d'ailleurs à plusieurs causes : difficulté de faire pénétrer un topique dans les culs-de-sac glandulaires, impossibilité de faire sur la muqueuse uréthrale un pansement à demeure. Il faut se contenter de lavages plus ou moins répétés, de badigeonnages dans l'intervalle desquels les agents infectieux ont toute liberté d'exercer leurs ravages. Cependant nous avons traité systématiquement un assez grand nombre d'urèthres féminins au moyen de badigeonnages à l'acide vanadique. Nous avons employé d'abord une solution à 0.17 c. par litre de glycérine puis la solutidn à 0,05 pour 1000.

Voici quel est notre **manuel opératoire** : nous nous servons de tiges métalliques en cuivre rouge recuit, de 8 à 16 centimètres de longueur environ, montées sur des manches en acier nickelé. Ces tiges sont très malléables et prennent très facilement la courbure que l'on veut leur donner, elles sont de section quadrilatère ; leurs faces sont garnies de petites aspérités ou creusées d'un pas de vis ; autour de ces tiges préalablement flambées on enroule une petite quantité d'ouate hydrophile de façon à former une sorte de petit pinceau très étroit, mais aussi long que l'urèthre; les arêtes et les aspérités de la tige de cuivre empêchent la garniture d'ouate de se déplacer et d'abandonner son mandrin. L'instrument ainsi préparé est rapidement passé à la flamme puis trempé dans notre solution vanadinée. La femme étant en position sur le lit à spéculum, on introduit avec précautions l'extrémité de la tige dans l'orifice externe de l'urèthre et on l'enfonce progressivement dans le canal avec précautions. Lorsque le tampon a complètement pénétré on imprime à l'instrument quelques mouvements de va et vient et de rotation de façon à bien badigeonner toute la surface de la muqueuse. Puis la tige est ressortie. Cette petite opération, très simple, n'est nullement douloureuse pour la femme et n'est même d'aucune gêne; quelquefois cependant on observe un léger suintement sanguin qui suit immédiatement le retrait de la tige, mais qui est dû à l'irritation trop vive de la muqueuse enflammée par le passage de l'instrument. Ces badigeonnages à l'acide vanadique doivent être répétés au moins tous les jours et, dans les cas intenses, deux fois par jour. On peut d'ailleurs, dans l'intervalle de ces badigeonnages, introduire dans l'urèthre, au moyen d'une pince de Kocher, un long tampon cylindrique du calibre de l'urèthre que l'on laisse dans le canal ; le tampon est expulsé à la miction suivante : on augmente ainsi la durée du contact de la muqueuse uréthrale avec l'agent actif.

Il nous faut reconnaitre que nous n'avons pas appliqué ce traitement dans toute sa méthodique rigueur dans notre service de Saint-Lazare; nos malades n'ont été écouvillonnées que tous les deux jours ; peut-être est-ce pour cela que nos résultats n'ont pas été meilleurs ? ?

Traitement des métrites. Nous avons encore essayé l'acide vanadique dans le traitement des *endométrites* et surtout des métrites d'origine blennorrhagique, le gonocoque étant la grande cause des infections utérines que nous observons à Saint-Lazare. Nous avons traité ainsi une quarantaine de métrites, les unes de date récente, les autres chroniques, dont le début remontait parfois à plusieurs années.

Manuel opératoire. Dans cette affection c'est encore à l'écouvillonnage que nous avons eu recours. Nous nous sommes servis, pour porter notre topique au contact de la muqueuse utérine, des mêmes tiges de cuivre que pour le traitement des uréthrites. Quant à la solution employée, son titre a été progressivement abaissé ; au début, nous prenions une solution forte à 0, 50 pour 1000 ; nous sommes descendus à 0,25, 0,15, et enfin 0,05 par litre. En effet, nous avons remarqué que là, comme partout ailleurs, l'acide vanadique paraît agir d'autant mieux qu'il est plus dilué. Il est en effet probable que, trop concentré, il produit une initiation trop intense qui loin de calmer l'inflammation de la muqueuse tend bientôt à l'exagérer. Nous nous en sommes tenus en dernier lieu à la dose de 0,05 par litre pour les badigeonnages intra-utérins.

Ceci dit, notre technique n'a rien de particulier. La malade est placée dans le décubitus dorsal sur le lit d'examen ; après avoir introduit un spéculum, on procède à un nettoyage soigné du vagin et en particulier des culs-de-sac au moyen de tampons imbibés d'eau oxygénée.

Il est presque toujours inutile de pratiquer une dilatation préalable du col ; cependant, en cas de sténose il pourra être utile de faire soit une divulsion extemporanée au moyen d'un dilatateur, soit de placer une tige de laminaire la veille de l'intervention ; en effet, la dilatation permet de se servir de tampons plus volumineux et d'évoluer plus librement dans la cavité utérine et par suite de porter plus facilement le topique sur tous les points de la muqueuse ; de plus, surtout, la dilatation permet un écoulement facile des sécrétions purulentes et assure le drainage de la cavité utérine. Cependant, la dilatation n'est pas absolument indispensable et nous ne l'avons pas pratiquée chez nos malades ; dans le cas de métrite limitée au col avec écoulement peu abondant, le simple passage du pinceau suffit toujours à élargir le canal cervical pour que le drainage se fasse bien. Nous avons fait dans quelques cas des lavages intrautérins au moyen de la même solution. Mais nous n'avons pas obtenu de meilleurs résultats que par le simple écouvillonnage.

Nous employons habituellement le tampon enroulé autour d'une tige de cuivre ; il est en tous cas suffisant pour badigeonner les parois de la cavité utérine.

Donc après avoir reconnu au moyen du toucher et de l'hystéromètre la position de l'utérus et la direction de sa cavité, on introduira le porte topique choisi après

l'avoir soigneusement stérilisé, pour le pinceau d'ouate un rapide passage dans la flamme d'un bec Bünsen suffit à l'aseptiser, et imbibé de la solution glycérinée d'acide vanadique à 0,05 pour 1000, on imprimera au pinceau quelques mouvements de rotation sur lui-même de facon à ne laisser indemne aucun point de la muqueuse malade, puis on retirera l'instrument et l'on terminera en plaçant dans le vagin un tampon imbibé de la même solution.

Cette petite opération très simple n'est nullement douloureuse, jamais nous n'avons observé le moindre trouble chez nos malades soumis à ces pansements.

Les badigeonnages doivent être répétés tous les deux jours. Il est préférable de commencer le traitement immédiatement après une époque menstruelle de manière à avoir un mois devant soi pour faire un traitement suivi. Car l'on suspendra, bien entendu, toute intervention pendant la durée des règles. Si, après leur cessation, l'écoulement n'est pas complètement tari, quelques nouveaux écouvillonnages amèneront en général sa disparition définitive.

Résultats. Ainsi employé, l'acide vanadique nous a permis d'obtenir la guérison dans la majorité des cas ; dès les premiers badigeonnages, l'écoulement est le plus souvent déjà considérablement modifié ; il est beaucoup moins abondant et prend un aspect séro-purulent, puis transparent, au lieu de la teinte jaune verdâtre, franchement purulente, qu'il avait au début. Il devient plus clair et de moins en moins visqueux ; il finit par disparaître complètement. Quelquefois on observe pendant la durée du traitement un peu de rougeur au pourtour de l'orifice externe du col, disparaissant rapidement dès que la série d'écouvillonnages est terminée. Cependant, il faut bien le dire, il est un certain nombre de vieilles endométrites qui résistent à l'acide vanadique, et réclament un traitement plus énergique. Ce sont les cas où l'on à affaire à des cols utérins volumineux bourgeonnants et fongueux ; dans ces cas, il suffit de faire, selon le procédé préconisé par M. Le Blond et exposé dans la thèse de M. Page, ancien interne de Saint-Lazare, 2 ou 3 badigeonnages intra-utérines à l'acide nitrique, espacés à huit jours d'intervalle ; on peut ensuite employer avec fruit l'acide vanadique qui active considérablement la guérison.

Conclusions. *En résumé*, l'acide vanadique est un agent d'oxydation énergique ; il agit à la manière des préparations ferrugineuses, mais à un degré plus élevé. L'acide vanadique, en présence d'un ccrps organique, cède son oxygène qui va oxyder cette matière organique, il passe à l'état d'acide hypovanadique ; il se régénère en empruntant de l'oxygène à l'air, puis reperd son oxygène pour le reprendre, et ainsi de suite, indéfiniment, tant qu'une parcelle vanadique séjourne dans les organes ou à leur surface.

Toute cette étude nous permet de préciser les conclusions suivantes :

1° L'acide vanadique chimiquement pur est un excellent médicament qui mérite une large place dans notre arsenal thérapeutique, tant à titre de topique local que de stimulant général.

2° Il possède, tout en étant antiseptique, un pouvoir cicatrisant qui le rend supérieur à tous les autres pansements dans le traitement des plaies cutanées.

La dose la plus favorable pour cet usage est celle de 0,05 cent par litre d'eau obtenue en diluant au 1/10 la solution d'oxydasine.

3° Il peut rendre de grands services en gynécologie tout en ne donnant pas des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus avec d'autres topiques, il mérite cependant d'être préféré à la glycérine créosotée, et, à cause de son absence d'odeur, à l'ichthyol ; à cause de son apparence plus agréable et de la façon, par suite, dont il est toléré.

La solution plus favorable pour cet usage est celle obtenue en ajoutant à un volume d'oxydasine deux volumes de glycérine, ce qui répond à une solution contenant 0,17 cent. d'agent actif par litre.

4° Au point de vue général, il est un adjuvant très précieux du traitement de la tuberculose pulmonaire à la dose quotidienne de 2 cuillerées à soupe par jour d'une solution à 0,015 milligr. par litre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le confl't médico-mutualiste et la défense professionnelle.

Notre distingué confrère, le Dr Granjux, dont tout le monde connaît le dévouement à la cause professionnelle, a exprimé, dans un article du *Bulletin médical* du 4 juillet 1906, intitulé : « Un danger », des craintes sur l'avenir des syndicats médicaux. M. Granjux est effrayé par la proposition d'un de nos confrères qui voudrait, par mesure d'économie, faire transporter le siège social du Syndicat des médecins de la Seine à la Bourse du travail. Nous croyons que M. Granjux ajoute à cette boutade bien plus d'importance que son auteur même ; qu'il se rassure, ce transfert n'est pas, croyons-nous, sur le point de s'opérer.

A ce propos, le distingué secrétaire de la rédaction du *Bulletin Médical* rappelle les menaces formulées contre le corps médical dans le numéro du 15 mai 1906 de la *Mutualité Nationale*. Ces menaces sont catégoriques ; il est bon de les répéter et de les divulguer, bien qu'elles ne soient guère pour nous émouvoir. Proférées par des mutualistes irrités des progrès des syndicats médicaux, elles sont destinées à reculer le moment où doit cesser l'exploitation du médecin par les sociétés de secours mutuels.

Le journal mutualiste commence par vouer les syndicats médicaux aux foudres d'une législation nouvelle en les avertissant charitablement,

« Que si malgré le vif désir des mutualistes de vivre « en bonne intelligence avec les médecins, ils doivent « passer à l'état de défense contre des exigences im- « modérées, l'abrogation de l'article 13 de la loi du 30 « novembre 1892, conférant par exception au corps mé- « dical le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les « syndicats professionnels, pourrait s'imposer, et alors, « il y aurait lieu de porter cette question à l'ordre du « jour du congrès national de la mutualité qui se tien- « dra à Nice, l'an prochain ».

Cette menace nous fait sourire. Les mutualistes auront, d'abord, quelque peine à démontrer les *exigences*

immodérées des médecins à leur égard. Et, n'est-ce pas, en outre, avec une légèreté quelque peu téméraire qu'ils escomptent le vote, à l'heure actuelle, d'une loi restrictive à la liberté syndicale ? Le moment est bien mal choisi, ô *Mutualité Nationale* ! pour perpétrer de tels complots. Nous ne sommes pas très sûrs que nos Parlementaires tiennent beaucoup à l'existence des syndicats médicaux, mais nous sommes bien certains, qu'en vertu de l'adage : *Hodie mihi, cras tibi*, une proposition quelconque de restriction du développement syndical rencontrerait une résistance des plus vives dans les milieux syndicalistes. Et, au Parlement, les syndicalistes sont et seront au moins aussi puissants que les mutualistes.

Et puis, supposons qu'on abroge l'article 13 de la loi de 1892 et que les syndicats médicaux perdent leur existence légale. La belle affaire ! Les médecins seraient-ils pour cela privés du droit d'association et ne pourraient-ils plus se concerter ? Si nous gardons à nos groupements professionnels le nom de syndicats, c'est purement par franchise, c'est pour bien affirmer leur rôle ; le sacrifice de ce nom nous coûtera peu. Les médecins sont assez sérieux pour tenir moins à un mot qu'au but qu'ils veulent atteindre ; et, ce but, il ne peut y avoir de lois, dans une démocratie, pour les empêcher de le poursuivre. Il suffirait même, croyons-nous, d'un soupçon de persécution pour rallier les dissidents et réveiller les endormis. Croyez-nous, *Mutualité nationale*, si cela arrivait, vous n'y trouveriez guère votre compte !

Une menace en apparence plus grave nous a été faite : « Puisque la suppression des syndicats médicaux ne paraît pas vous effrayer beaucoup, nous disait un jour, très sérieusement, un mutualiste de marque, ne craignez-vous pas qu'on puisse vous atteindre par l'abrogation du privilège des médecins ? »

Le privilège des médecins ! Mais, sérieusement, existe-t-il ? Et s'il existe, en faveur de qui ? Le *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine* n'a-t-il pas absolument démontré l'impuissance complète, avec notre législation, de faire respecter ce prétendu privilège ? La pénalité édictée par nos lois contre les charlatans n'est guère qu'un épouvantail pour un menu fretin de guérisseurs qui conservent encore quelques scrupules ; mais les autres, ceux qui sont vraiment dangereux, les malins qui opèrent en grand, ceux-là savent sans peine tourner la loi ou se moquent de son impuissance.

Avec la liberté de l'exercice de la médecine, c'est le malade et non le médecin qui sera la première victime du charlatanisme.

Dans une législation logique et moderne, les mesures destinées à mettre un frein à l'exploitation de la misère humaine devraient être de simples articles de la loi sur la protection de la santé publique. Il est néanmoins piquant de constater ces tendances dans le milieu mutualiste. Ce sont ces mutualistes criant par-dessus les toits qu'ils poursuivent une œuvre d'hygiène sociale, qu'ils parviendront seuls à créer les organismes de prophylaxie nécessaires à la lutte victorieuse contre les grands fléaux, ce sont ces soi-disant chevaliers servants du progrès social et de la science moderne qui s'abaissent à de pareilles menaces pour arracher à des praticiens modestes, qui veulent vivre de leur profession, un rabais de quelques sous sur des honoraires, que disons-nous, sur des salaires de misère.

Mais ceux qui parlent ainsi ne sont pas, nous en sommes certains, les vrais représentants de la mutualité française. Les hommes d'élite qui dirigent chez nous le mouvement mutualiste sont trop intelligents pour ne pas comprendre que c'est par d'autres voies qu'ils arriveront au terrain d'entente où cessera bientôt, nous l'espérons, le conflit médico-mutualiste.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 juin 1906.

MM. H. Roger et Garnier ont observé qu'en introduisant dans les veines périphériques du lapin l'extrait intestinal d'un chien en digestion, on détermine rapidement la mort par convulsions ; à l'autopsie, ni dans le système veineux général, ni dans celui de la veine porte, on ne retrouve de caillots ; l'extrait des matières intestinales a donc une action anti-coagulante ; le sang prélevé après la mort de l'animal se coagule lentement.

Injecté dans la veine porte, la toxicité de l'extrait est diminué et il en faut 4 fois plus pour amener la mort de l'animal. A l'autopsie, on trouve des caillots dans les ramifications et dans le tronc de la veine porte. Dans une artère de l'intestin, cet extrait est encore moins toxique et cette diminution de la toxicité est dans ces nombreux caillots qui se forment dans la veine porte, qui empêchent le passage dans la circulation générale de la toxine de l'extrait.

Ici, la formation du caillot est protectrice et pare aux accidents immédiats. Mais cette action de défense ne peut s'accomplir s'il s'agit d'une artère qui ne passe pas par la veine porte, c'est-à-dire autre que celle de l'intestin, par exemple la carotide primitive, il n'y a plus coagulation et la mort survient avec une dose trois fois moindre que sur la veine périphérique.

Réaction des cellules nerveuses de la moelle et neuronophagie dans la rage expérimentale.

MM. Laignel-Lavastine et Roger Voisin ont étudié histologiquement la moelle du lapin rabique. Les lésions des cellules nerveuses, dans l'intoxication rabique expérimentale, peuvent se ramener à 3 stades.

1° Gonflement et déformation sphérique des granulations chromatiques de Nissl ;

2° Fonte des granulations et vacuolisation du protoplasma ;

3° Ouverture des vacuoles à l'extérieur et envahissement par les cellules névrogliques ou mésodermiques.

La rage réalise des figures de neuronophagie, mais sous cet aspect le rôle primordial revient à la désintégration protoplasmique ; l'afflux des neuronophages est secondaire.

Cirrhose et opsiurie.

MM. Gilbert et Villaret ont constaté, au cours de certai-

des cirrhoses où le syndrome d'hypertension portale est très accusé la diminution et même la disparition de l'opsiurie, deux mois après une opération de Talma qui diminua la pléthore veineuse en établissant des dérivations veineuses superficielles.

Pouvoir glycolytique du sang.

MM. Lesné et Dreyfus, sachant la difficulté qu'il y a à faire varier la propriété glycolytique du sang, ont traité des animaux, longtemps et systématiquement, par des injections sous-cutanées de glycose, d'extrait de foie ou de pancréas, ou phloridizines. Le pouvoir glycolytique du sang des animaux traités par ces injections ne varie pas. Ce sang n'exerce donc aucune action sur la glycosurie des chiens dépancréatinisés et son sérum n'acquiert aucune propriété de précipités en présence du glycose. Il a un pouvoir glycolytique *in vitro* égal à celui du sang des animaux normaux.

Les injections d'extrait de foie ou de pancréas n'influencent pas l'élimination du sucre, et le sang des animaux ainsi traités reste sans action sur la glycosurie des chiens dépancréatinisés. *In vitro*, le pouvoir glycolytique du sang de ces animaux est augmenté. Chez les animaux phloridizinés, le pouvoir glycolytique n'a pas augmenté *in vitro* et il n'y a aucune modification dans l'élimination du sucre injecté. L'ablation des reins montre que le pouvoir glycolytique du sang reste le même chez les animaux néphrectomisés avant l'injection de phloridizine.

Hypothyroïdies et angines.

MM. L. Lévy et H. de Rothschild ont, sur 95 hypothyroïdiens, observé 26 fois des angines à répétition, sur 19 femmes et 7 hommes. Ces cas se sont présentés à la puberté, au moment des menstruations, des suites de couches. Les angines sont survenues irrégulièrement, mais parfois avec une périodicité remarquable. Dans deux cas, le traitement thyroïdien a déterminé la disparition des angines, manifestant nettement l'influence du terrain et diminuant le rôle de l'infection; ce qui explique le peu de contagiosité de cette variété d'angine. Ces angines sont fréquemment herpétiques, les liens de l'hypothyroïdie avec l'arthritisme, partant avec l'herpétisme, étant nets.

Gastro-cytolysine.

MM. G. Lion et H. Français étudient des lésions de la muqueuse gastrique déterminées chez le chien par inoculation de leur gastro-cytolysine. Cette substance agit presque uniquement sur les glandes gastriques qui s'altèrent rapidement; sans action sur le tissu interstitiel. Les cellules principales, plus altérées, perdent leur réseau cytoplasmique et leurs granulations.

Constitution colloïde des sucs pancréatiques et gastriques.

M. H. Iscovesco conclut de ses études que : 1° les colloïdes positifs du suc pancréatique forment un composé soluble dans un milieu neutre ; 2° les colloïdes positifs du suc gastrique peuvent neutraliser l'action diastasique du suc pancréatique ; 3° l'action paralysante du suc gastrique sur le suc pancréatique n'est pas due à l'acidité du sac gastrique mais à la fixation et à la neutralisation des diastases pancréatiques électro-négatives sur les diastases gastriques électro-positives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet.

L'impaludisme à Madagascar.

M. Blanchard montre qu'une redoutable épidémie de paludisme sévit actuellement sur Madagascar.

Tananarive, jusque-là assez salubre en raison de son altitude, n'est pas épargné. Les terrassements faits pour la construction du chemin de fer ont, comme cela a si souvent lieu dans les pays tropicaux, réveillé la malaria.

Voici d'ailleurs la statistique des décès palustres dans cette ville qui ne compte que 40.000 habitants :

En 1900.....	48	décès par impaludisme.	
1901.....	77	—	—
1902.....	104	—	—
1903.....	137	—	—
1904.....	277	—	—
1905.....	686	—	—

Pour les quatre premiers mois de 1906, le nombre des décès devient très sérieux et atteint 980.

Jusqu'à présent, bien que la quinine ait été mise largement et à très bon marché (0 fr. 05 le gramme) à la disposition des habitants, la situation ne s'améliore pas.

M. Blanchard réclame l'application immédiate et stricte de mesures analogues à celles qui, grâce à l'énergie des Américains, ont fait disparaître la fièvre jaune à Cuba.

Les mesures dont il s'agit sont de deux sortes : 1° la destruction complète (par pétrolage ou comblement) de tous les gîtes à moustiques ; 2° l'usage des toiles métalliques pour préserver les habitations contre l'invasion de ces insectes.

Pour les toiles métalliques, M. Blanchard recommande l'emploi de mailles n'ayant pas plus d'un millimètre de largeur, au lieu des mailles plus larges en usage à Cuba et en Italie, parce que les moustiques africains sont de très petite taille.

Ce rôle des moustiques a été, pendant les travaux de terrassement, des plus remarquables et confirme entièrement les idées pathogéniques de M. Laveran.

A mesure que les travaux se faisaient, les ouvriers étaient suivis par deux espèces de moustiques jusqu'alors ignorés à Tananarive, et très répandus depuis : le *pyretophorus costalis* et le *myzomya funesta*.

Le paludisme et la fièvre jaune au Sénégal.

M. Kermorgant montre les très bons effets obtenus par la Compagnie du chemin de fer de Dakar à Saint-Louis en imposant les grillages métalliques pour protéger ses agents contre l'impaludisme et la fièvre jaune. L'amélioration sanitaire fut remarquable.

A Saint-Louis, en 1902-1903, avant la protection des habitations par les toiles métalliques, on avait relevé 139 journées d'hôpital et 44 journées d'incapacité de travail pour 10 agents malades de cette station : en 1904-05, depuis la protection mécanique, le nombre des journées d'hôpital s'est abaissé à 13 et l'on n'a constaté que 13 jours d'incapacité de travail pour deux agents malades. Les mêmes proportions existent pour les autres gares.

Les taies de la cornée.

M. Chauvel montre les bons résultats obtenus par M. Schutzer en employant les agents physiques : électrolyse, radiothérapie et surtout photothérapie. Celle-ci produit une infiltration marquée des tissus. Mais, après quelques heures, l'infiltration disparaît laissant une grande amélioration de l'acuité visuelle.

La séance se termine par la lecture de plusieurs rapports :

De M. Yvon, sur les eaux minérales ;

De M. Kelsch, sur la vaccine en Algérie ;

De M. Laveran, sur la désinfection dans la guerre russo-japonaise et sur les moyens indiqués dans l'étude de M. Laveran qui fut récemment analysée.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet.

Démence épileptique. Autopsie.

MM. J. Voisin, R. Voisin et Laignel-Lavastine ont fait l'autopsie de deux cas de démence épileptique. Ces enfants après des accès sériels ou après des états de mal, ont fait de l'hémiplégie transitoire, puis la démence s'est installée lentement : parole lente et scandée, marche hésitante et spasmodique, réflexes exagérés, signe de Babinski en extension, contractures. Marche progressive, mort dans le marasme.

Les méninges ne présentaient pas de lésions vasculaires, la moelle était presque complètement intacte. La substance cérébrale, examinée par la méthode de Nissl, présenta des lésions

des cellules pyramidales et une sclérose névroglique sous-méningée très marquée.

Cette encéphalite scléreuse n'existe pas chez les épileptiques non déments. Signalée par Chardin, étudiée depuis par d'autres auteurs, cette sclérose névroglique sous-méningée pourrait bien être le substratum anatomique du complexus symptomatique démentiel.

Evolution des anémies pernicieuses.

MM. Vaquez et Laubry considèrent l'anémie pernicieuse différemment de Biermer et basent leur compréhension sur les diverses modalités de réaction de la moelle : 1° anémie à type aplastique : moelle stérile, improductive. anémie progressive et fatale ; 2° anémie plastique : moelle active, mais cette activité ne suffit pas contre le processus hémolytique, le sujet succombe ou encore la réaction médullaire l'emporte plusieurs fois et il y a des rechutes successives jusqu'à la terminaison fatale. Cette forme à rémission est assez fréquente.

M. Chauffard. — D'après Vaquez, le groupe des anémies aplastiques est bien défini, tandis que le groupe des anémies plastiques ne l'est pas en comprenant des cas tout à fait disparates, ce n'est que par la clinique et non plus par l'examen histologique qu'on peut les classer.

M. Labbé. — La réaction hématologique est, ou très intense ou très faible, et il sera très difficile de trancher les cas, qu'il y ait ou pas de réaction myéloïde.

M. Vaquez. — Le pronostic ne dépend pas du nombre des globules, mais de la réaction médullaire.

Lésions cérébrales dans l'aphasie.

M. Marie a observé des cas d'aphasie sans lésions de la IIIe frontale, qui manquent d'ailleurs dans la moitié des cas. D'après Marie, le centre du langage se trouve dans la zone de Wernike, au niveau du pli courbe de la Ire temporale.

Chancre mou extra-génital.

M. Queyrat présente un malade atteint de chancre mou de la jambe. Ces chancres extra-génitaux sont rares et lorsqu'ils ne coïncident pas avec des chancres génitaux, leur diagnostic est difficile.

M. Thibierge prétend que la rareté de la localisation extra-génitale est plus apparente que réelle.

Citrate de soude contre les vomissements incoercibles des nourrissons.

M. Variot additionne le lait de citrate de soude lorsqu'il veut faire disparaître certains vomissements incoërcibles des nourrissons.

Lichen scrofulosorum.

M. Thibierge présente deux cas.

Phénomène de la ligne blanche dans l'hypertension artérielle et l'insuffisance surrénale.

MM. Sergent et Ribaudeau-Dumas. — La ligne blanche parait être fonction d'hypertension artérielle et semble avoir une valeur capitale dans les cas les plus divers : neurasthénie. surmenage, intoxications médicamenteuses, grippe, septicémie, etc. Dans quelques cas, l'ingestion d'adrénaline a fait disparaître la ligne blanche avec l'hypertension artérielle.

Friedel.

Rare exemple de dignité et de modestie. — Un comité s'était former pour honorer la mémoire du regretté savant, Curie. Madame Curie, sa veuve, dans une lettre des plus dignes, dont nous extrayons le passage suivant, décline ces honneurs.

« M. Curie et moi, écrit-elle, nous avons toujours désiré vivre dans le silence et à l'abri de toute publicité, même la plus sympathique. J'ai, aujourd'hui encore, bien plus besoin de calme et d'isolement que par le passé. Enfin, je ne puis oublier que, d'une manière générale, M. Curie était contraire à l'habitude d'honorer la mémoire des défunts au moyen de monuments, de médailles ou de bustes : je lui dois de respecter les opinions qu'il a si souvent exprimées. »

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr POULARD.

I. — Les mouvements associés des yeux et les nerfs oculogyres, par le Dr A. Gaussel, préface du prof. Grasset. (Editeurs : Masson à Paris ; Coulet et fils à Montpellier.)

Cet ouvrage a le triple avantage d'intéresser à la fois les médecins, les neurologistes et les ophtalmologistes.

Les travaux qui ont été faits sur les mouvements associés des yeux sont épars dans la littérature médicale.

L'A. les réunit, les résume et les complète par ses études personnelles. Possédant fort bien son sujet, il en fait, avec clarté, une exposition méthodique, scientifique.

Dans une première partie, il expose les faits, et étudie successivement la « déviation conjuguée de la tête et des yeux dans les affections cérébrales et protubérantielles, l'hémiplégie oculaire double, la paralysie des mouvements associés des yeux dans les affections du cervelet et des tubercules quadrijumeaux.

Puis, s'appuyant sur ces constatations cliniques, il indique la voie suivie dans les centres nerveux par les fibres nerveuses ou neurones conducteurs de l'incitation motrice associée ; il fait l'anatomie de ce qu'il appelle les nerfs oculogyres et enfin, toujours avec l'appui de la clinique, il termine par des considérations sur la physiologie de ces mêmes nerfs oculogyres. C'est, en somme, une étude très complète, à la fois anatomique, physiologique et clinique du système nerveux qui règle les mouvements associés des deux yeux.

II. — Cécité et tabes (Etude clinique) ; par André Leri. (Thèse de doctorat, chez Rueff, éditeur, Paris 1904.)

C'est là le travail le plus complet et le plus scientifique qui ait été fait sur les rapports de la cécité et du tabes. Cette étude clinique, qui sera complétée par des recherches anatomiques, déjà en train, porte sur un grand nombre d'observations précises, longtemps suivies. Aussi les conclusions originales qui en découlent ont-elles la valeur de faits solidement, définitivement établis. De l'exposé des observations, il ressort nettement que, au point de vue clinique, l'amaurose tabétique et le tabes vulgaire sont parfois associés, plus souvent isolés ; leur étiologie semble la même, ce sont deux localisations distantes d'un même processus. D'autre part, les symptômes de lésion des cordons postérieurs qui accompagnent l'amaurose sont quelquefois très légers. Il est aussi fréquent de voir l'amaurose accompagnée de symptômes mentaux sérieux que de symptômes spinaux graves. On conçoit que, dans ces conditions, on puisse mettre l'amaurose aussi bien sur le compte de la paralysie que sur celui du tabes. « Paralysie générale, tabes dorsal, amaurose des tabétisants, se présentent cliniquement comme trois localisations d'un processus morbide qui frappe le système nerveux et ses enveloppes et dans la genèse duquel la syphilis joue un rôle tout à fait prépondérant. » « Irido choroïdite métastatique au cours de la méningite à méningocoques » (Morax, Soc. d'ophtal. de Paris, 10 oct. 1905). L'ophtalmie métastatique à méningocoques se montre assez fréquemment dans les infections méningococciques. Son apparition souvent pré[illegible] précède quelquefois l'apparition des symptômes méningés et peut faire soupçonner la nature méningococcique des troubles généraux. Ces observations contribuent à préciser la véritable nature de la méningite épidémique à méningocoques. Il semble bien qu'il s'agisse là d'une infection générale dont la porte d'entrée est encore inconnue (pharynx peut-être) et qui provoque des métastases le plus so[illegible] dans les méninges, quelquefois ailleurs, dans l'œil ou [illegible] dans le tissu cellulaire sous-cutané comme cela s'est vu dans un cas très précis.

III. — La vision ; par le Dr Nuel. (Octave Doin, éditeur. Un v[illegible] de 400 pages. Paris 1904.)

Dans cet ouvrage documenté et approfondi, le Dr N[illegible] étudie et décrit les phénomènes visuels. Laissant un peu de côté certains d'entre eux bien connus, comme la réfr[illegible] dans les milieux transparents du globe, il s'attache sur[illegible]

l'étude des phénomènes visuels moins précis « qui donnent lieu à des considérations psychologiques. » Mais, dans cette étude sur la vision, il ne laisse à la psychologie pure que ce qu'il ne peut lui enlever, et ramène au contraire à la physiologie tout ce qui actuellement peut et doit lui être rapporté, c'est-à-dire la presque totalité des phénomènes visuels.

Il faut noter particulièrement l'étude très intéressante qu'il fait dès le début de son livre, sur la vision des animaux.

IV — Syphilis de l'œil et de ses annexes ; par le Dr Félix TERRIEN. (Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris 1905.)

L'importance de la syphilis dans la genèse des affections oculaires est souvent méconnue non seulement par les médecins, mais par les oculistes eux-mêmes. De là un préjudice fort grave pour le malade. Si, dans une lésion syphilitique de la peau ou des os, le médecin peut, sans trop d'inconvénients, garder quelque temps son diagnostic hésitant, il en est tout autrement dans les affections cérébrales ou oculaires. L'œil, en raison de son extrême fragilité, se détruit rapidement et irrémédiablement quand l'infection syphilitique s'y localise et s'y développe librement. Le livre du Dr Terrier, aussi utile aux oculistes qu'aux médecins, étudie toutes les manifestations syphilitiques qui peuvent se produire non seulement dans le globe mais dans tout l'appareil oculaire, dans toute la région orbitaire.

L'auteur commence par donner quelques notions préliminaires sur l'anatomie du globe oculaire et des annexes (orbite, paupières, conjonctive). Il expose ensuite sommairement la manière dont il faut faire un examen objectif de l'œil. Il entre ensuite en plein dans son sujet et étudie successivement les manifestations de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise. Il faut noter le chapitre où sont étudiés les troubles nerveux de l'appareil oculaire et particulièrement les troubles pupillaires si importants dans le diagnostic des affections nerveuses syphilitiques.

V. — Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux ; par J. GALEZOWSKI. (Thèse 1904. Félix Alcan, éditeur.)

Travail trop vaste qui étudie l'aspect du fond de l'œil dans toutes les maladies nerveuses, depuis le tabes et la paralysie générale jusqu'à la maladie de Parkinson et la neurasthénie. Dans ces conditions, il est inévitable qu'à côté de choses intéressantes, il y en ait d'autres ayant un intérêt moins grand.

VI. — Recherches cliniques sur le glaucome primitif dans ses rapports avec l'artério-sclérose et l'imperméabilité rénale ; par le Dr HENRI-JOSEPH (Thèse 1904, J. Rousset, éditeur, Paris.)

Les conclusions de cet intéressant travail portent sur l'étude clinique de 18 cas de glaucome primitif.

1° Chez tous ces malades, il y avait des symptômes d'artério-sclérose ; 2° Les manifestations de l'artério-sclérose sont variées, mais on peut les ranger en deux groupes : *a)* celles qu'on a observées sur l'appareil cardio-vasculaire ; *b)* Celles qui intéressent les fonctions rénales ; 3° Parmi les localisations du premier groupe, les plus fréquemment constatées furent les lésions de l'orifice aortique, de la crosse et des artères périphériques ; 4° La tension artérielle s'est montrée fréquente et notable. Tous les sphygmogrammes présentent des altérations plus ou moins intenses, mais toujours positives ; 5° Parmi les manifestations rénales on a pu en constater souvent de considérables chez presque tous les malades examinés. Chez tous, la perméabilité rénale s'est montrée très altérée, très diminuée. 6° Ces faits semblent permettre d'accorder à ces différants éléments un rôle important dans l'étiologie du glaucome ; 7° En tête de ces différents facteurs, il faut ranger l'*hypertension artérielle* avec les causes qui la produisent, quelles qu'elles soient (imperméabilité rénale, rétention chlorurée, rétention toxique, trouble d'origine surrénale, etc.)

CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE COLONIALE. — Le médecin principal de 1re classe Delrieu est nommé directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales à Paris.

Le médecin principal de 1re classe Clarac, directeur du service de santé du corps des troupes coloniales, est nommé directeur de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOGRAPHIE

Rédacteur spécial : le Dr **FOVEAU DE COURMELLES**

—

Les rayons X et le radium ont en ce moment une mauvaise presse : tous les quotidiens n'en mentionnent que les dangers. Après avoir exagéré les bienfaits de la radiothérapie, on les nie aujourd'hui, et l'on n'en pourrait même plus, à les en croire, dire : « si cela ne fait pas de bien, cela ne fait pas de mal », car cela ferait beaucoup de mal !

Il y a du vrai, et de la faute des médecins. Beaucoup se sont, du jour au lendemain, improvisés électrothérapeutes, poussées à la fois par le grand public se précipitant vers les nouveaux agents, et par les constructeurs vantant la facilité d'acquisition de la technique. On a aussi prétendu doser ces agents mieux même que les médicaments, et alors qu'à ceux-ci on oppose des doses variables avec les individus, on a imposé aux nouvelles radiations des doses fixes et immuables niant la susceptibilité individuelle des patients. Qu'est-il arrivé, c'est que le Dr Holznecht, de Vienne, inventeur des pastilles de dosage (?), des rayons X, a brûlé un patient et s'est vu condamner ; que des radiographes français, utilisant ses errements, ont dû composer avec leurs brûlés, et que la grande presse s'emparant des faits, arrive à nier l'efficacité d'agents qui, BIEN MANIÉS, sans exagérations prétendues scientifiques, *sont innoffensifs*.

J'ai depuis longtemps vanté l'interposition de la plaque d'aluminium mise au sol et les doses plutôt faibles, mais répétées, et ainsi n'ai-je jamais eu d'accidents. La photothérapie, plus inoffensive encore et aujourd'hui dédaignée, malgré maints appareils pratiques dérivés de mon radiateur chimique de 1900, doit souvent, et avec plus de succès, prendre la place de la radiothérapie.

Les livres sur ces questions se multiplient. Dans ma précédente revue, j'ai oublié de parler de la *Sixième année électrique, électrothérapique et radiographique* du Dr Foveau de Courmelles, parue en janvier ; il est trop tard pour y revenir.

Le guide pour l'emploi de l'électricité en médecine du Dr H. Guilleminot est un petit in-16 de 60 pages, donnant au médecin électricien de rapides notions sur « les principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie ». C'est une sorte de petit formulaire de notions électriques et de traitements (G. Steinheil, édit.).

Les éléments d'électrothérapie clinique de A. Zimmern (1 vol. 400 p. in-8°, Masson éd.) sont un véritable et sérieux traité. Appareils, électro-diagnostic, traitements, tout s'y trouve très bien exposés. Ce genre de livres abonde aujourd'hui. Le style de l'auteur, la clarté d'exposition, l'ordre et l'abondance des notions ; en constituent seules les différences. Après l'exposé des propriétés physiologiques des courants, A. Zimmern, prend chaque affection passible du traitement électrique, et ne s'y borne pas à exposer celui-ci, mais à en faire l'électro-diagnostic ; c'est là une originalité qui permet pour chaque maladie d'en avoir une compréhension rapide et sans se reporter à divers chapitres du livre. On sait, dans les affections nerveuses, médullaires, musculaires, l'importance de l'électro-diagnostic, qui est ici magistralement exposé. C'est un livre de cliniciens, et livre complet quant aux notions exposées, sinon quant à l'historique et aux auteurs cités; mais outre qu'il est presque impossible aujourd'hui de connaître la bibliographie totale des questions, chaque écrivain écoute assez souvent en ce domaine ses sympathies personnelles ; mais qu'importe, si la science y est mise au point et rendue facilement compréhensible et utilisable.

BIBLIOGRAPHIE

Le Secret médical et la Syphilis;

Par M. L. Stévenard. (Th. Paris 1905.)

Dans ce travail, l'auteur défend l'utilité du secret médical en s'inspirant de l'enseignement du Professeur Brouardel.

Dans une première partie, il rapporte toute la jurisprudence qui a constitué le secret médical, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui. Il l'étend aux étudiants en médecine et aux infirmiers professionnels. Après avoir fait l'historique et la législation comparée du secret médical, il montre son utilité, rappelle l'article 378 et la peine qui s'y rattache, et passe en revue les éléments constitutifs du secret médical ; les personnes envers lesquelles la jurisprudence oblige le médecin (observations médicales et bulletin de santé, honoraires, témoignage en justice, certificat), les règles particulières qui renforcent le secret médical (déclaration de naissances, maisons de santé et maisons d'accouchements) ; enfin les apparentes dérogations au secret médical (lois concernant la santé publique, l'article 30 du code d'instruction criminelle).

Dans une seconde partie, l'auteur passe en revue les principaux cas de syphilis paraissant entrer en conflit avec les prescriptions de la loi. Dans un chapitre sur la syphilis et le mariage, il montre à quel réserve est tenu le médecin, soit qu'il s'agisse de candidats syphilitiques au mariage ou d'époux syphilitiques.

La syphilis étant un véritable secret de famille, on ne peut se prêter à la moindre consultation en vue du mariage. S'il s'agit d'un syphilitique marié, éviter toute déclaration pouvant troubler une union même illégale, mais s'efforcer d'empêcher, s'il en est temps encore, la contamination entre époux. En vue d'un divorce, refuser tout certificat se rapportant à la syphilis. La question des nourrissons et des nourrices syphilitiques fait l'objet d'un second chapitre. Là aussi, le médecin doit évoluer avec prudence. La mère doit allaiter son enfant hérédo-syphilitique, ou employer l'allaitement artificiel. Enfin il termine par un dernier chapitre où il s'occupe des syphilitiques sous la dépendance d'autrui comme les mineurs, les domestiques, les employés et ouvriers les militaires. Les mineurs âgés de plus de quinze ans, les domestiques, les employés ont droit au secret médical, ainsi que les officiers et les soldats. Il doit être fait exception au secret pour certains ouvriers (souffleurs de verre), qui dans un but de prophylaxie syphilitique se livrent à l'examen d'un médecin attaché à l'établissement industriel.

Toutes ces questions importantes de la syphilis dans ses rapports avec le secret médical ont été exposées clairement par M. Stévenard, dans ce travail où les connaissances de l'avocat ont apporté un concours précieux à celles du médecin. G. Carrier.

Essai sur la puberté chez la femme; par le Dr Marthe Francillon. (Un volume in-16, Alcan Paris.)

Dans cet ouvrage l'auteur s'est efforcé d'étudier les modifications anatomiques, physiologiques et pathologiques qui sont liées au développement de la puberté. Cette dernière n'est pas une époque fixe et bien marquée par l'apparition des règles. Avant comme après, il existe des périodes prépubères et postpubères au cours desquelles l'organisme tout entier subit des transformations qu'il était intéressant de noter. Le docteur Francillon a rassemblé avec soin tout ce qui existe à ce sujet dans la littérature médicale et en a extrait des indications aussi précises que les faits accumulés le permettaient. Malheureusement, beaucoup de documents n'ayant pas une grande valeur, dans nombre de cas il demeure quelques incertitudes. Le Dr Francillon a bien essayé d'ajouter sa contribution personnelle, mais devant la vaste étendue du sujet elle demeure fatalement et involontairement insuffisante. Pour n'en citer qu'un exemple : le livre ne renferme que quelques lignes et sans conclusions certaines sur le mode d'apparition du système pileux, ce caractère sexuel secondaire cependant, si utile à noter, sur son abondance, sa disposition, sa coloration ; seule l'observation d'un groupe de filles au cours de la période pubère peut donner des renseignements exacts et définitifs analogues à ceux que Godin a fournis sur l'état pileux des garçons dans son bel ouvrage sur la croissance. Toutes ces réflexions n'ont pas pour but de critiquer, mais d'inviter Mlle Francillon à poursuivre avec la persévérance qu'elle a déjà montrée, en prenant de nombreuses mensurations, ses recherches sur la croissance pubère de la femme, et à délaisser les observations antérieures souvent insuffisantes, pour se baser uniquement sur des cas personnels scrupuleusement suivis et fixer par des notations anthropologiques. Toute la partie relative à la pathologie de la puberté est excellente ; l'influence de celle-ci dans la pathogénie des accidents est clairement indiquée. Une bibliographie complète termine le volume. G. Paul-Boncour.

L'attention, par Pillsbury ; *Bibliothèque internationale de physiologie expérimentale* du Dr Toulouse, (1 vol. in-12, 300 p. Paris, Doin.)

Etudier l'attention, c'est le point central de la psychologie, puisqu'une opération mentale n'est possible sans le concours de cette forme de notre activité mentale. M. P. a commencé par analyser, autant du moins qu'ils sont actuellement connus, les divers phénomènes qui accompagnent l'attention et surtout les phénomènes moteurs qui se trouvent à la base : passant ensuite aux conditions plus élevées de l'attention, il montre qu'elle s'accompagne des sentiments d'intérêts pour l'objet auquel on est attentif, en même temps que nous éprouvons un certain sentiment d'activité. De tout cela, résultent des états psychiques particuliers, que M. P. suit dans la conscience, dans l'association et la perception, la mémoire et la raison.

Abordant ensuite les questions les plus ardues soulevées par le problème de la nature même de l'attention, P. en arrive à discuter les théories de l'aperception ; ne nous attendons pas aux polémiques soulevées par ces théories ; ce n'est qu'une forme nouvelle des anciennes controverses entre les empiristes et leurs adversaires. Mieux vaut signaler au lecteur les chapitres consacrés au substratum anatomique de l'attention à ses bases physiologiques, aux fluctuations qu'elle subit sous l'influence des modifications de la respiration, de la circulation, etc ; même après les études de Ribot, il y a là matière à réflexion pour le neuro-pathologiste. Un dernier chapitre, malheureusement trop court, s'occupe des troubles pathologiques de l'attention. Paul-Boncour.

Précis d'histologie; par le Dr Branca, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 648 pages avec 306 figures dessinées d'après nature. Cartonné: 12 frs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 10, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce nouveau précis de la « Bibliothèque Gilbert et Fournier », que publie la maison Baillière se présente à nous, comme ses devanciers, sous une forme séduisante. Il s'illustre de multiples et belles figures, son exécution typographique est parfaite, sa reliure agréable à l'œil. C'est un mérite. Mais il en a d'autres.

L'histologie apparaît souvent à l'esprit du médecin comme une science un peu sévère, aride, sans vie. Elle lui rappelle les heures pénibles où il a dû, — pour la préparation hâtive des examens —, surcharger sa mémoire des points essentiels que comporte son étude. A vrai dire, cela tient en grande partie aux ouvrages qu'il a eus entre les mains : les gros traités ne parlent qu'à leurs familiers; plus humbles d'aspect, les manuels trop concis, résumant en quelques centaines de pages nos connaissances histologiques, pauvres en figures, s'ils n'en sont totalement privés, sont bien plutôt des aide-mémoire que des livres d'enseignement. Et pourtant l'histologie est une science aimable à qui sait la comprendre et l'interpréter. Par delà la connaissance précise de la cellule, de sa structure, de sa vie, de ses modes de reproduction, des phénomènes physiologiques dont elle le siège et le facteur, les problèmes biologiques de l'ordre le plus élevé s'offrent à notre réflexion. Cette étude de la *cellule*, dans le livre de M. Branca est une merveille de précision, de clarté, de méthode. Mêmes qualités maîtresses dans les chapitres qui

traitent de la structure, de l'histophysiologie, de l'histogenèse des *tissus* et des *organes*.

L'histologie telle que l'envisage l'auteur est telle qu'il tente de nous la faire envisager à nous-mêmes n'est plus seulement une science d'observation ; c'est encore une science expérimentale. Morphologique par les procédés qu'elle met en œuvre, elle est physiologique par le but vers lequel tendent tous nos efforts et pour elle le comment est le préambule du pourquoi.

Ainsi présentée, la science histologique nous apparaît comme singulièrement vivante et pour nous l'avoir montrée ou révélée telle, l'auteur mérite que son livre prenne place sur la table de l'étudiant, du praticien, du savant, car il s'adresse à eux tous à la fois. Benjamin BORD.

Arte de criar à los ninos (*L'art d'élever les enfants*) ; par le Dr Rafael ULECIA Y CARDONA.

Le Dr Ulecia, qui accorde toute sa sollicitude aux enfants du nouvel âge, vient de publier, sur l'art d'élever les enfants, une intéressante plaquette dont le docteur P. Budin a écrit la préface.

Considérant que la mortalité infantile sévissait à Madrid avec une intensité des plus redoutables, notre savant confrère espagnol s'est attaché à combattre ce nouvel Hérode, ainsi qu'il le dénommait dans une brochure publiée l'an passé sur la même question. Ce travail, qui a les honneurs d'une seconde édition, mériterait également d'avoir ceux d'une traduction.

Après avoir étudié très sommairement la puériculture, l'auteur nous apprend ce que doivent être l'allaitement maternel, l'allaitement mixte, l'allaitement mercenaire et l'allaitement artificiel. Il nous fait savoir quels soins réclament les prématurés et les débiles; les précautions à prendre au moment du sevrage. Il montre ce qu'est la dentition et les précautions dont le bébé doit être entouré à ce moment-là.

Envisageant ensuite le régime alimentaire des tout petits, il nous apprend quels soins hygiéniques ils réclament et comment on doit pratiquer la première alimentation. Le travail se termine par des conseils pratiques concernant l'influence de l'alcool, de la menstruation, de la colère, etc., sur les nourrissons. Dr THÉBAULT.

THÉRAPEUTIQUE

Levurine extractive (1).

GÉNÉRALITÉS : La *Levurine extractive*, préparée par Couturieux en 1899 (*Presse Médicale* 17/5-1899), et présentée par le docteur Lancereaux à l'Académie de Médecine le 25 juillet de la même année, est un suc de levure sec, possédant toutes les propriétés thérapeutiques de la levure type dont il est extrait et présentant les caractères suivants : couleur marron clair, odeur de peptone, saveur légèrement amère rappelant celle de la bière et du houblon, solubilité dans l'eau et la glycérine. Ses solutions donnent toutes les réactions des substances albuminoïdes : précipité par la chaleur, les réactifs de Tanret, d'Esbach, l'acide chromique, coagulation par l'alcool, etc. Elle est détruite en partie à partir de 55° C.

La Levurine extractive correspond à 35 fois son poids de levure fraîche et à 6 fois son poids de levure sèche.

Elle renferme tous les principes solubles du protoplasma de la levure de bière : zymase de Büchner et Rapp, sucrase ou invertine, maltase, diastases diverses non caractérisées, peptones et peptonoïdes, albumoses, glycogène, leucine, tyrosine, etc..., et enfin une ou plusieurs enzymoïdes (toxines *non toxiques*) formées pendant la vie de la cellule.

Son pouvoir ferment proprement dit (transformation du sucre en alcool) est peu marqué et va s'affaiblissant avec le temps, *sans cependant que ses propriétés thérapeutiques soient diminuées*. Il s'agit là très probablement d'une transformation de l'alcoolase ou zymase de Büchner et Rapp par voie d'oxydation, ou d'une coagulation de plus en plus profonde de cette diastase, l'empêchant de se redissoudre ; ou bien encore d'une destruction de l'alcoolase sous l'action de la diastase protéolytique de la levure, ce qui nous semble moins probable, parce que cet affaiblissement du pouvoir ferment se produit aussi bien à la longue avec le produit sec obtenu à basse température qu'avec le suc frais.

MODE D'ACTION : Le mode d'action de la *Levurine extractive* n'est pas encore bien défini, et paraît complexe. Mais il est fort probable qu'elle agit en favorisant la phagocytose, en modifiant le terrain et le rendant impropre au développement des microbes pathogènes et peut-être aussi en diminuant le titre glycémique du sang.

FORMES PHARMACEUTIQUES : La *Levurine extractive* de Couturieux existe en pharmacie, en solution, sous forme d'ampoules injectables et en comprimés, dosés à 20 centigrammes de principe actif. *Un comprimé correspond à une cuillerée à café de levure fraîche.*

APPLICATIONS : L'introduction de la *Levurine extractive* dans la thérapeutique est destinée à étendre singulièrement le champ d'action de la levurothérapie. C'est d'abord permettre, sous forme de solution injectable, l'emploi de cette médication dans toutes les infections graves, chaque fois qu'il faut agir vite et que l'état du patient lui rend difficile l'absorption par la bouche. C'est ensuite, sous la forme de petits comprimés faciles à absorber, la possibilité d'employer cette médication chez des enfants et des malades qui répugnent à prendre les levures fraîches ou sèches ou bien encore dont l'état de l'estomac ne permet pas l'emploi de ces derniers produits, beaucoup plus difficiles à digérer par suite de la grande quantité de cellulose peu attaquable par le suc gastrique, formant l'enveloppe du protoplasma cellulaire de la levure. C'est enfin la possibilité d'avoir à sa disposition un produit toujours identique à lui-même, facilement dosable et de conservation presque indéfinie.

La *Levurine extractive* trouvera son emploi dans toutes les affections pour lesquelles on a préconisé l'usage de la levure de bière.

Employée dans le service du Pr Lancereaux, à l'Hôpital du Perpétuel-Secours, elle a donné les meilleurs résultats dans plusieurs cas de *furonculose*, où toute autre médication avait échoué, dans plusieurs cas de *dyspepsie* avec atonie, et de *broncho-pneumonie grippale*.

Le Pr Auvard donne ce produit dans l'*entérite*, les *dyspepsies* et la *constipation* à la dose de un demi ou un comprimé à la fin des repas et en a noté les heureux résultats dans la plupart des cas, surtout ceux d'*origine neurasthénique*. Le Dr Valentin a vu des *anthrax rebelles* chez des malades à l'estomac très sensible se terminer rapidement, la cicatrisation se faisant vite. Le Dr Martinez dans dix cas de *typhoïde*, quatre d'*entérite muco membraneuse* et six de *constipation rebelle*, n'a eu que d'heureux résultats. Le Dr Duhot (de Bruxelles) (*Annales de la Polycl. cent. de Bruxelles, octobre 1904*), dit que le traitement interne par la *Levurine extractive* lui a toujours donné les meilleurs résultats dans la *furonculose alors que les levures fraîches étaient restées sans résultat*. Le Dr Despaigne, dans l'*angine herpétique* a eu d'excellents résultats.

Tous les expérimentateurs ont noté l'action caractéristique du produit dans la *constipation rebelle*, même à la dose journalière de un comprimé de 20 centigrammes.

La *Levurine extractive* a été, d'autre part, employée avec succès, soit à l'intérieur, soit en ampoules injectables, dans l'*acné*, l'*eczéma*, la *grippe*, le *diabète*, la *leucorrhée*, la *variole*, la *peste bubonique*, le *choléra*, la *dysenterie*, etc.

INJECTIONS HYPODERMIQUES : Le Dr R..., par cette méthode, a obtenu une diminution presque totale du pus dans des cas de dacryo-cystite grave, et M. d'Aspremonti, deux guérisons dans deux cas d'*infection puerpérale* grave. Le Dr Bailly-Salin l'a employée avec succès chez un enfant de 8 mois atteint d'*éruption furonculeuse* intense avec température élevée et le Dr Despaigne dans la *bronchite aiguë* des veillards.

DOSES ET MODES D'EMPLOI : *A l'intérieur* : *Adultes* deux à huit *comprimés* de 20 centigrammes par jour, immédiatement avant ou après les repas. (Avaler les comprimés à la façon de pilules.) *Enfants* : un demi *comprimé* deux ou trois par jour

(1) BOCQUILLON-LIMOUSIN. — « Formulaire des médicaments nouveaux », 1906. Baillière, éditeur, Paris.

(faire dissoudre le comprimé, après l'avoir écrasé, dans un peu d'eau sucrée).

Injections hypodermiques : Une à deux ampoules de 3 c. c. par jour (enfants : une demi-ampoule). Le manuel opératoire est le même que celui qui doit être employé pour les injections de sérum immunisant. Le lieu d'élection pour les piqûres est la région fessière ; la peau doit être soigneusement nettoyée et aseptisée, le liquide est puisé directement dans l'ampoule à l'aide d'une seringue parfaitement aseptique ; l'aiguille est enfoncée profondément en plein tissu musculaire et l'injection est poussée très lentement pour éviter la douleur. Il ne nous a jamais été signalé d'accidents causés par cette méthode. — N. B. *Le contenu de l'ampoule ne doit pas être chauffé.*

LAVEMENTS : *Adultes* : 2 à 8 comprimés dissous dans 100 grammes d'eau bouillie. *Enfants* : un comprimé dissous dans 30 grammes d'eau bouillie.

VARIA

Le livre d'or du Pr Pozzi.



Dimanche, 8 juillet, à 10 heures du matin, les élèves et les amis du professeurs Samuel Pozzi étaient réunis à la Clinique gynécologique de l'Hôpital Broca pour lui remettre une médaille, de Chaplain, et un livre d'or renfermant des articles inédits sur une question gynécologique ou chirurgicale par des chirurgiens distingués, heureux de rendre hommage au maître.

M. Clémenceau, ministre de l'intérieur, qui avait tenu à venir en personne témoigner son admiration à M. Pozzi, a été reçu par le professeur qui, dans une charmante improvisation, a rappelé que M. Clémenceau avait été lauréat de la faculté de médecine et l'a remercié de la sympathie qu'il porte aux médecins.

M. Debove, doyen de la faculté, qui présidait la séance, a inauguré la série des discours officiels.

Le Pr Renaut, de Lyon, a montré l'influence, en province, des élèves du docteur Pozzi, parmi lesquels on trouve bien des maîtres les plus distingués de la chirurgie française. Puis le Dr Martin, de Rouen, faisant allusion à l'hôpital où M. Pozzi s'est fixé, a résumé l'œuvre et la vie de Broca.

Le Dr Louis Dartigues, chef de clinique, a rappelé ce qu'était l'hôpital Broca au point de vue chirurgical et ce qu'en a fait le Pr Pozzi.

Le Dr Jayle, secrétaire du comité de patronage de la médaille, a remis alors le livre d'or. Il a exposé comment il a songé à ce livre, qui est le premier de ce genre en France ; puis il a analysé les mémoires qui le composent. Ces articles sont signés de MM. le professeur Pinard, les docteurs Delbet, Thierry, Jean-Louis Faure, le professeur Proust, le professeur Poncet (de Lyon), le professeur Forgues (de Montpellier), le professeur Monprofit (d'Angers), le professeur Barnsby (de Tours), le professeur Martin (de Rouen), le professeur Trœub (d'Amsterdam), le professeur Depages (de Bruxelles), le docteur Gayte, assistant gynécologique à l'hôpital Pascal, les docteurs Louis Dartigues, chef de clinique ; Robert Lœwy, chef de clinique adjoint du docteur Pozzi, Cazenave, Binder, Zimmern, Latteux et Lequeux, du service du professeur Pozzi.

Le Dr Monprofit a retracé l'œuvre de Pozzi en ce qui concerne les congrès de chirurgie.

Enfin M. Pozzi a fait l'historique de la chaire de gynécologie de la faculté et a remercié ses élèves et ses amis.

M. le doyen Debove a alors offert au professeur Pozzi la médaille d'or de Chaplain dont le revers figure la Science arrachant une femme à la mort. Cette médaille est sans contredit une des œuvres les plus exquises du grand artiste.

Parmi les assistants, signalons : M. Clémenceau, ministre de l'intérieur, les professeurs Robin, Monprofit, Renaut, Thiriart (de Bruxelles), Pozzi (de Reims), Troeub et Mendès (d'Amsterdam), Albert Martin (de Rouen) et Barnsby (de Tours), les docteurs Castex, Zimmern, Binder, William Cazenave, Lequeux, Robert Lœwy, Latteux, Montagu, Thiercelin, Green (du Caire), Katzaïnof et Ditzof (d'Athènes), Loureiro (du Brésil), MM. Monod, ancien directeur de l'hygiène au ministère de l'intérieur, Adrien Hébrard, directeur du *Temps* ; Chaplain, Clairin, Marcel Dreyfus, Laroze, etc., etc.

La nouvelle Convention de Genève.

La conférence pour la révision de la Convention de Genève a pris fin le dimanche 8 juillet.

Les délégués se sont réunis à la salle de l'Alabama.

« Toutes les puissances, a dit le Président, également animées du désir de diminuer autant qu'il dépend d'elles les maux inséparables de la guerre, et voulant, dans ce but, perfectionner et compléter les dispositions conçues à Genève le 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires et malades dans les armées en campagne, ont résolu de conclure une nouvelle convention à cet effet. »

Voici le texte signé par les délégués tel que le reproduit le *Petit Temps* du 8 juillet 1906.

Chapitre 1er. — Des blessés et malades. — Article 1er. Les militaires et les autres personnes attachées officiellement aux armées qui sont blessés ou malades devront être respectés et soignés, sans distinction de nationalité, par le belligérant qui les aura en son pouvoir. Toutefois, le belligérant obligé d'abandonner des malades ou des blessés à son adversaire laissera avec eux, autant que les circonstances militaires le permettront, une partie de son matériel et le personnel pour continuer à soigner les blessés.

Art. 2. Sous réserve des soins à leur fournir en vertu de l'article précédent, les blessés et malades d'une armée tombés au pouvoir de l'autre belligérant sont prisonniers de guerre, et les règles générales du droit des gens concernant les prisonniers leur sont applicables. Cependant, les belligérants restent libres de stipuler entre eux, à l'égard des prisonniers blessés et malades telle clause qu'ils jugeront utile, et notamment la faculté de se confier ou de se remettre réciproquement, après le combat, les blessés laissés sur le champ de bataille, de renvoyer dans leur pays, après les avoir mis en état d'être transportés ou après guérison, les blessés et malades qui ne seront pas gardés prisonniers, de remettre à un Etat neutre du consentement de celui-ci, les blessés ou malades de la partie adverse, à la charge par l'Etat neutre de les interner jusqu'à la fin des hostilités.

Art. 3. Après chaque combat, l'occupant du champ de bataille prendra des mesures pour rechercher les blessés et les faire protéger, ainsi que les morts, contre le pillage et les mauvais traitements ; il veillera à ce que l'inhumation ou

l'incinération des morts soit précédée d'un examen attentif de leurs cadavres.

Art. 4. Chaque belligérant enverra, dès que cela lui sera possible, aux autorités de l'autre pays ou à l'armée les marques et pièces militaires d'identité trouvées sur les morts et l'état nominatif des blessés et malades recueillis par lui. Les belligérants se tiendront réciproquement au courant des internements et des mutations ainsi que des entrées dans les hôpitaux et des décès survenus parmi les blessés et malades. Ils recueilleront tous objets d'usage personnel trouvés sur le champ de bataille ou délaissés par les blessés et malades décédés dans les hôpitaux et établissements ou formations sanitaires, pour les faire transmettre aux intéressés par les autorités de leur pays.

Art. 5. L'autorité militaire pourra faire appel au zèle charitable des habitants pour recueillir et soigner, sous son contrôle, des blessés ou malades des armées, en accordant aux personnes ayant répondu à cet appel une protection spéciale et certaines immunités.

Le *chapitre* 2 a trait aux formations des établissements sanitaires et à la protection qui leur est due par les belligérants.

Le *chapitre* 3 a trait au personnel. Il est dit que le personnel exclusivement affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des malades, ainsi qu'à l'administration des formations sanitaires, les aumôniers attachés aux armées seront respectés et protégés en toutes circonstances ; s'ils tombent entre les mains de l'ennemi, ils ne seront pas traités comme prisonniers de guerre. Ces dispositions s'appliquent aux formations sanitaires dans le cas prévu à l'article 8, paragraphe 2.

Le *chapitre* 4 a trait au matériel. Les formations sanitaires mobiles conserveront, si elles sont au pouvoir de l'ennemi, leur matériel, y compris les attelages, quel que soit le moyen de transport, et leur personnel conducteur ; toutefois, l'autorité militaire aura la faculté de s'en servir pour les soins des blessés et malades. La restitution du matériel aura lieu dans les conditions prévues pour le personnel sanitaire et autant que possible en même temps.

Le *chapitre* 6 a trait aux signes distinctifs de la convention. Il est dit que par hommage à la Suisse, le signe héraldique de la croix rouge sur fond blanc, formé par interversion de la croix fédérale, est maintenu comme emblème et signe distinctif des œuvres sanitaires des armées.

Le *chapitre* 7 traite de l'application et de l'exécution de la Convention. Les dispositions de la présente convention ne sont obligatoires que pour les puissances contractantes, en cas de guerre entre deux ou plusieurs d'entre elles ; ces dispositions cesseront d'être obligatoires du moment où l'une des puissances belligérantes ne serait pas signataire de la convention.

Le *chapitre* 8 a trait à la répression des abus et des infractions qui pourraient y être faites.

Chacune des parties contractantes aura la Faculté de dénoncer la présente Convention ; cette dénonciation ne produira ses effets qu'un an après la notification faite par écrit au Conseil fédéral ; celui-ci communiquera immédiatement cette notification à toutes les autres parties contractantes : cette dénonciation n'aura droit qu'à l'égard de la puissance qui l'aura notifiée. La Convention a été signée sur un seul exemplaire qui restera dans les archives de la Confédération helvétique : les copies certifiées conformes seront remises par voie diplomatique aux puissances signataires.

LES CONGRÈS

Seizième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Lille, 1-7 août 1906.)

Pour toutes les communications s'adresser au secrétaire général, M. le Dr Chocreaux, médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Bailleul (Nord).

Nous prions instamment les auteurs de communications à ce Congrès de bien vouloir nous en envoyer un résumé avant le 1er août.

Congrès préhistorique de France.

(Vannes, 21 août-26 août 1906.)

Programme général. — Le second Congrès préhistorique de France s'ouvrira à Vannes, le mardi 21 août 1906, sous la présidence de M. Adrien de Mortillet, rédacteur en chef de l'*Homme préhistorique*, professeur à l'École d'Anthropologie de Paris, président de la Société Préhistorique de France, et se clôturera le dimanche 26 août au soir.

Mardi 21 août. — Le matin, séance publique d'inauguration à 10 heures, au Théâtre. — Dans l'après-midi, première séance de travaux. Correspondance. Nomination du Bureau définitif. Communications et discussions scientifiques. — Visite du Musée de la Société Polymathique du Morbihan. — Le soir, réception à l'Hôtel de Ville, offerte par la Municipalité.

Mercredi, 22 août. — Le matin et l'après-midi, séances pour la continuation des communications et discussions scientifiques. — Visite des principaux monuments de la Ville. — Le soir, à 9 heures, conférence sur les *Monuments mégalithiques*, par M. Adrien de Mortillet.

Jeudi 23 août. — Le matin et l'après-midi, séances de travaux, continuation et fin des communications et discussions scientifiques. — Visite aux environs immédiats de la ville. Les séances des travaux du Congrès se tiendront chaque jour (21, 22, et 23 août), au Palais de Justice de Vannes. Le Secrétariat du Congrès sera installé au Palais de Justice. Il sera ouvert dès le lundi 20 août, chaque jour, le matin de 9 à 11 heures ; dans l'après-midi de 2 heures à 5 heures.

Excursions générales. — *Vendredi 24 août.* — Excursion en bateau à vapeur dans les îles du Golfe du Morbihan. — Visite de Lochmariaquer. — *Samedi 25 août.* — Excursion dans la région de Quiberon, Plouharnel et Erdeven. — *Dimanche 26 août.* — Excursion à Carnac et aux environs.

Il sera publié ultérieurement un programme détaillé de ces excursions indiquant, *pour chacune d'elles*, les localités et les monuments préhistoriques divers (alignements, menhirs, dolmens, etc.), qui seront visités par le Congrès, ainsi que le *prix* (tous frais compris) de chaque excursion et les heures de départ et de retour.

Les Congressistes — membres titulaires et membres adhérents — désirant prendre part aux excursions sont instamment priés de se faire inscrire chez le Trésorier du Comité d'organisation, M. L. Giraux, le plus tôt possible.

Pour tous les renseignements concernant le séjour à Vannes, s'adresser directement à M. L. Giraux, trésorier du Comité, *9 bis*, avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé (Seine).

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Lundi, 16 juillet.* — *M. Vinceneux* : Des indications et des résultats opératoires dans le cancer de l'estomac (MM. Terrier, Reclus, Legueu, Mauclaire). — *M. Bonta* : Du décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du radius (MM. Reclus, Terrier, Legueu, Mauclaire). — *M. Serin* : Essai historique sur l'emploi de l'eau en chirurgie (MM. Reclus, Terrier, Legueu, Mauclaire). — *M. Rabourdin* : Topographie des altérations sensitives dans le rachistovaïnisation (MM. Reclus, Terrier, Legueu, Mauclaire).

Mardi, 17 juillet. — *M. Giffard* : Rein cancéreux et mobile. Difficultés du diagnostic (MM. Guyon, Le Dentu, Budin, Demelin). — *M. Bertrandon* : Les fractures du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant (MM. Le Dentu, Guyon, Budin, Demelin). — *M. Bouche* : De l'épithélioma du dos de la main (MM. Le Dentu, Guyon, Budin, Demelin). — *M. Berthollet* : Influence de la teneur en beurre du lait de femme sur la santé du nourrisson (MM. Budin, Guyon, Le Dentu, Demelin). — *M. Mouchnino* : De la marche thermique dans la tuberculose (MM. Chantemesse, Gilbert, Launois, Carnot). — *M. Delozière* : A propos d'un syndrome spécial au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant (MM. Chantemesse, Gilbert, Launois, Carnot). — *M. Villaret* : Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques. Étude anatomique, expérimentale et clinique (MM. Gilbert, Chantemesse, Launois, Carnot).

Mercredi, 18 juillet. — *M. Roulier* : Action des rayons X sur les glandes génitales (MM. Gariel, Blanchard, Teissier, André Broca). — *M. Hechemann* : Corvisart et la percussion (MM. Blanchard, Gariel, Teissier, André Broca). — *M. Boudin* : Variations morphologiques du microbe de la tuberculose (MM. Blanchard, Gariel, Teissier, André Broca). — *M. Triller* : La pellagre (MM.

Blanchard, Gariel, Teissier, André Broca). — *M. Kasansky* : Atrésie cicatricielle du col de l'utérus consécutive à l'accouchement (MM. Pinard, Kirmisson, Aug. Broca, Lepage). — *M. Jacobson* : De la délivrance artificielle à la clinique Baudelocque depuis 1897 (MM. Pinard, Kirmisson, Auguste Broca, Lepage). — *M. Desnier* : Les tumeurs du ligament rond (MM. Pinard, Kirmisson, Auguste Broca, Lepage). — *M. Diehl* : Du traitement de la paralysie radiale traumatique, suite de fracture de l'humérus (MM. Kirmisson, Pinard, Auguste Broca, Lepage). — *M. Lambert* : Hémorragies cérébrales tardives d'origine traumatique (MM. Pouchet, Gaucher, Claude, Balthazard). — *M. Sarrazin* : Contribution à l'étude de l'opothérapie hépatique. Opothérapie biliaire (MM. Pouchet, Gaucher, Claude, Balthazard). — *M. Paul* : Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangreneuses (MM. Pouchet, Gaucher, Claude, Balthazard). — *M. Laureau* : Traitement des épithéliomas cutanés et muqueux par la radiothérapie (MM. Gaucher, Pouchet, Claude, Balthazard). — *M. Beaudet* : Le cholépéritoine hydatique (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset). — *M. Rousseau* : Le traitement des plaies contuses articulaires (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset). — *M. Klein* : Ectopie périnéale du testicule (MM. Terrier, Reclus, Mauclaire, Gosset). — *M. Morisetti* : Des réactions nerveuses de l'appendicite (MM. Reclus, Terrier, Mauclaire, Gosset). — *M. Gilbert* : Alimentation de la femme, pendant la grossesse et l'allaitement dans la classe ouvrière (MM. Landouzy, Dejerine, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Rouye* : Contribution à l'étude de la scléro-tuberculose du foie (MM. Landouzy, Dejerine, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Vautier* : Etude des tuberculoses larvées chlorotiformes (MM. Landouzy, Dejerine, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Ledoux-Lebard* : La lutte contre le cancer (MM. Landouzy, Dejerine, Desgrez, Labbé (Marcel). — *M. Vilbonnet* : Du « point de côté » auriculaire dans le rétrécissement mitral (MM. Brissaud, Roger, Retterer, Richaud). — *M. Le Gras* : Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse (MM. Brissaud, Roger, Retterer, Richaud). — *M. Hautant* : Rôle du bacille pyocyanique dans les affections de l'oreille (MM. Roger, Brissaud, Retterer, Richaud). — *M. Loiseleur* : Les infections sanguines. Etude clinique et expérimentale (MM. Roger, Brissaud, Retterer, Richaud). — *M. Bignat* : Contribution à l'étude de l'origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires (MM. Segond, Delens, Rieffel, Duval, Pierre). — *M. Poiffaud* : Contribution à l'étude de la coxa vara (MM. Segond, Delens, Rieffel, Duval, Pierre). — *M. Le Pipe* : Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de la jambe (MM. Segond, Delens, Rieffel, Duval (Pierre). — *M. Carrière* : Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant (MM. Segond, Delens, Rieffel, Duval, Pierre).

Jeudi, 19 juillet. — *M. Nepper* : Pathogénie et traitement de la colite muco-membraneuse (MM. Debove, Joffroy, Achard, Dupré). — *M. Hure* : De l'alimentation du nourrisson par le lait de vache cru normal (MM. Debove, Joffroy, Achard, Dupré). — *M. Chardon* : Les hétérotopies médullaires (MM. Joffroy, Debove, Achard, Dupré). — *M. Vallet* : Contribution à l'étude des rémissions dans la paralysie générale (MM. Joffroy, Debove, Achard, Dupré). — *M. Blais* : Contribution à l'étude des formes graves de l'appendicite chez l'enfant (MM. Guyon, Le Dentu, Marion, Morestin). — *M. Houy* : Contribution à l'étude de la cystoscopie à vision directe (MM. Guyon, Le Dentu, Marion, Morestin). — *M. Ertzbischoff* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des néphrites (décortication du rein) (MM. Guyon, Le Dentu, Marion, Morestin). *M. Picquet* : Les ruptures artérielles traumatiques (MM. Le Dentu, Guyon, Marion, Morestin). — *M. Rabasse* : Eliminations provoquées et cryoscopie urinaire chez les tuberculeux (MM. Cornil, Chantemesse, Langlois, Bezançon). — *M. Faure-Beaulieu* : La septicémie gonococcique (MM. Chantemesse, Cornil, Langlois, Bezançon). — *M. Moulette-Grangée* : De l'application de la loi sanitaire de 1902 dans les campagnes (MM. Chantemesse, Cornil, Langlois, Bezançon). — *M. Bureau* : Des causes d'erreur dues aux bacilles du smegma dans la recherche du bacille de Koch dans les urines (MM. Chantemesse, Cornil, Langlois, Bezançon). — *M. Lhomme* : Contribution à l'étude de la tuberculose dans la première enfance. Caverne tuberculeuse chez le nourrisson (MM. Pouchet, Budin, Méry, Demelin). — *M. Person* : Sur un cas d'hémiparalysie de la langue chez le nouveau-né (MM. Budin, Pouchet, Méry, Demelin). — *M. Hue* : Quelques recherches sur l'ampliation du diaphragme pelvien pendant l'accouchement et ses conséquences (MM. Budin, Pouchet, Méry, Demelin). — *M. Depardieu* : De l'allaitement chez les femmes atteintes de complications infectieuses mammaires (MM. Budin, Poucher, Méry, Demelin). |

M. Kaufmann : Pratiques et superstitions médicales en Poitou (MM. Raymond, Hutinel, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Waiss* : Les contusions du poumon (MM. Hutinel, Raymond, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Douriez* : Contribution à l'étude de la pleurésie purulente du nourrisson, notamment de la pleurésie à pneumocoque (MM. Hutinel, Raymond, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Dar[illegible]sin* : Des albuminuries intermittentes (*Revue critique*) (MM. Hutinel, Raymond, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Lemarquand* : Scarlatine maternelle et nourrissons (MM. Hutinel, Raymond, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Grouew* : Des occlusions intestinales appendiculaires (MM. Berger, Pozzi, Auvray, Rieffel). — *M. Baudoin* : Essai critique sur la stérilisation du matériel chirurgical (MM. Berger, Pozzi, Auvray, Reiffel). — *M. Bene* : Des ostéo-arthrites franches aiguës du poignet consécutives aux phlegmons profonds de la paume de la main (MM. Berger, Pozzi, Auvray, Rieffel). — *M. Delacour* : Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire en plèvre saine (MM. Pozzi, Berger, Auvray, Reiffel). — *M. Offret* : Essai sur l'amblyopie par le sulfure de carbone (MM. De Lapersonne, Poirier, Hartmann, Launois). — *M. Guérin* : Influence du mercure sur le rein (MM. De Lapersonne, Poirier, Hartmann, Launois). — *Mlle Toufesco* : Sur le cristallin normal et pathologique (MM. De Lapersonne, Poirier, Hartmann, Launois). — *M. Chevalier* : Du collargol dans les affections des membranes externes de l'œil (MM. De Lapersonne, Poirier, Hartmann Launois). — *M. Bourgoin* : Cholémie et ictère dans le foie cardiaque (MM. Gilbert, Robin, Vaquez, Carnot). — *M. Saude* : Etude sur la cholémie physiologique (MM. Gilbert, Robin, Vaquez, Carnot). — *M. Bouchez* : Des abcès cérébraux consécutifs à la pneumonie (MM. Gilbert, Robin, Vaquez, Carnot). — *M. Mathieu* : Préparation organique du brome (MM. Gilbert, Robin, Vaquez, Carnot).

Vendredi, 20 juillet. — *M. Aucouturier* : Etude sur le craniotabes (MM. Pinard, Reclus, Segond, Lepage). — *M. Hébert* : Comment se prennent les maladies vénériennes (MM. Reclus, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Daviau* : Sur quelques points de la séméiologie des pancréatites chroniques (MM. Reclus, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Poisson* : La cystoscopie dans la tuberculose génito-urinaire (MM. Reclus, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Aumont* : De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite (MM. Segond, Pinard, Reclus, Lepage). — *M. Hocquet* : Des sorties provisoires à titre d'essai. Contribution à la thérapeutique des maladies mentales (MM Joffroy, Brissaud, Dejerine, Teissier). — *M. Bodros* : De la prétendue démence des persécutés (MM. Joffroy, Brissaud, Dejerine, Teissier). — *M. Bagilet* : Rapports entre l'alcoolisme et l'aliénation mentale dans le département de la Somme (MM. Joffroy, Brissaud, Dejerine, Teissier). — *M. Garcin* : Contribution à l'étude de la parotidite saturnine (MM. Landouzy, Blanchard, Claude, Labbé, (Marcel). — *M. Bezançon* : Conformations thoraciques chez les tuberculeux (MM. Landouzy, Blanchard, Claude, Labbé, Marcel). — *M. Jacq[illegible]* : Etude sur les tuberculeux pulmonaires apparemment guéris (MM. Landouzy, Blanchard, Claude, Labbé, Marcel). — *M. Brumpt* : Les mycétomes (MM. Blanchard, Landouzy, Claude, Labbé (Marcel). — *M. Salmon* : Prophylaxie de la syphilis ; éducation des classes ouvrières (MM. Gaucher, Roger, Richaud, Balthazard). — *M. Debonnesset* : Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la syphilis héréditaire et de la tuberculose (MM. Gaucher, Roger, Richaud, Balthazard). — *M. Aurientis* : Etude médico-légale sur la jurisprudence actuelle à propos de la transmission des maladies vénériennes (MM. Gaucher, Roger, Richaud, Balthazard). — *M. Maisonneuve* : Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis (MM. Gaucher, Roger, Richer, Balthazard). — *M. Lafarc[illegible]* : Etude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson (MM. Roger, Gaucher, Richaud, Balthazard).

Examens de doctorat. — *Lundi 16 juillet.* — 2e (Chirurgien-Dentiste, Salle Béclard). MM. Dejerine, Degrez, Rieffel.

Mardi 17 juillet. 2e (Chirurgien-Dentiste, Salle Corvisart). MM. Robin, Gouget, Rieffel.

Stage hospitalier

1° *Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris* (du 20 novembre 1893 modifié par le décret du 6 avril 1906).

Article premier (modifié). — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirugie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant quatre mois aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir les quatre autres mois de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants et aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des sympômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine ; 2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux. Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ; 2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le Directeur de l'Assistance publique désignera dans les divers hôpitaux le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande à M. le Directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7 (modifié). — L'enseignement durera du 1er novembre au 30 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent quatre mois dans un service de médecine et quatre mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes de travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du directeur de l'Assistance publique, au doyen de la Faculté, pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la faculté et dans les services désignés par la commission sera établie à la Faculté, par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième armée de stage désigneront le service d'accouchement dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement, devront faire un stage dans un des services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline, dans l'intérieur de l'hôpital, appartient au directeur de l'établissement.

2° Dispositions concernant les stagiaires, les internes et externes des hôpitaux.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage. Aucune exception à cette règle ne sera admise. Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement devront s'abtenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services aura lieu dans la seconde quinzaine d'octobre. A l'appel de leur nom, les élèves de troisième année de stage désigneront le service de spécialité et le service d'accouchement qu'il auront choisis, ainsi que le semestre (hiver ou été) dans lequel ils désireront accomplir chaque stage. Les élèves de première et deuxième années de stage désigneront le service de médecine et le service de chirurgie qu'ils auront choisis, ainsi que le semestre (hiver ou été) dans lequel ils désireront accomplir chaque stage. MM. les élèves qui n'assisteront pas à la séance de choix des services ou qui n'y seront pas représentés, seront classés d'office par l'administration de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 25 octobre pour être immédiatement transmises au directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Ceux qui ne seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions. L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes d'assiduité et de travail sont satisfaisantes pour le premier semestre ; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes d'assiduité et de travail sont satisfaisantes pour le deuxième semestre. Le 1er mars, à 9 heures du matin, chaque stagiaire se rendra dans le service qu'il aura choisi pour le deuxième semestre.

Internes et externes des hôpitaux. — Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes des hôpitaux devront déposer chez le concierge de la Faculté leur feuille d'inscriptions accompagnée d'un certificat de leur chef de service attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions pendant le trimestre précédent. Le certificat devra être visé par le directeur de l'hôpital auquel l'étudiant est attaché. Ce dépôt devra être effectué deux jours avant la date fixée pour la délivrance de l'inscription.

En aucun cas, les externes suppléants ne seront assimilés aux externes titulaires pour l'équivalence du stage hospitalier.

FORMULES

L. — Contre la néphrite.

Teinture de scille	5 gr.
Teinture de convallaria	10 gr.
Teinture de grindelia	30 gr.

Quinze gouttes dans un peu d'eau, trois fois par jour.

(HUCHARD.)

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 24 au samedi 30 juin 1906, les naissances ont été au nombre de 1.018, se décomposant ainsi : légitimes 753, illégitimes 265.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 823, savoir : 431 hommes et 392 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 6. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 170. — Tuberculose des méninges : 29. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 47. — Maladies organiques du cœur : 68. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 14 — Pneumonie : 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 52. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 26. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 26. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 26. — Morts violentes : 37. — Suicides : 15. — Autres maladies : 118. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 72, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 24.

Association Française de Chirurgie. — (19e Congrès, 1 - 6 Octobre 1906). — Le 19e Congrès de l'Association Française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. le Docteur Monprofit, Professeur à l'école de Médecine d'Angers, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Chirurgie des gros troncs veineux, rapporteur : MM. Lejars (de Paris), et Morestin (de Paris). — 2° Ectopie testiculaire et ses complications, rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris), et Villard (de Lyon). — 3° Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire, par MM. Willems (de Gand), et Loison (agrégé du Val-de-Grâce).

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant, le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Docteur Walther, Secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris. — Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de Chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine. Pour tous renseignements, concernant le Congrès s'adresser au Secrétaire général.

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 5 juillet 1906, la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à partir de la déclaration du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Nécrologie. — M. le Dr Maurice Coste, chevalier de la Légion d'honneur, médecin consultant des Hôpitaux.

Chronique des hôpitaux.

Clinique Tarnier. — Un cours de pratique obstétricale avec manœuvres sera fait pendant le mois de juillet par MM. les docteurs Guéniot, chef de clinique et Cathala, chef de laboratoire. Les leçons auront lieu tous les matins (dimanche excepté), à 10 heures 1/4, à partir du lundi 2 juillet. Le droit d'inscription est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Concours de l'externat. — L'ouverture d'un concours pour la nomination aux places d'élève externe des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 17 septembre 1906 à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, tous les jours, les dimanches et les fêtes exceptés, de onze heures, à trois heures du mercredi 1er août 1906 au vendredi 31 août inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. Annales de la Polyclinique H. de Rothschild.— Directeur : Dr H. de Rothschild ; — Secrétaire de la Rédaction : Ch. Mettling. — *Sommaire du n° 3* : Types d'idiotie. *Cas d'idiotie mongolienne* par MM. Bourneville et B. Bord. — Migraine thyroïdienne, par MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild.— Diagnostic et traitement du catarrhe intestinal chez le nourrisson, basés principalement sur l'analyse des fèces, par M. P. Selter. — Traitement curatif de la coqueluche par l'anesthésie chloroformique, par par MM. H. de Rothschild et L. Brunier. — Analyses : Hygiène et alimentation. — Médecine. — Revue des livres. — Variétés. Un an : 12 francs. O. Doin, éditeur.

Rodiquez-Morini. — Contribution à l'étude clinique de la paralysie générale en Espagne. In-8° de 24 pages. De Serra frères, Barcelone.

Serafini (Antonini). — Pneumonie cruppale. 1 vol. in-16 de 222 pages. Ulrico Hoepli, éditeur, à Milano.

Siréna (Santi). — Sulla resistenza delle spore del bacillo del carbonchio. In-8° de 48 pages. Hans Rinck, éditeur, à Torino.

Tapia (A. G.) — Un nouveau syndrome. — Un cas de syphilis trachéale. In-8° de 30 pages Imp. Moreno à Madrid

Vincent. — Rapport de la commission administrative de l'hôpital cantonal et de la maternité de Genève pour l'année 1905. 1 vol. In-8° de 98 pages. Imp. Centrale à Genève.



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 29. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 · 21 JUILLET 1906

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi d'un bouillon de culture du Bacille lactique B en thérapeutique:

Par L. **LEMATTE** (1)

Nous avons cultivé avec Chevretin le ferment lactique bulgare B sur un bouillon de malt lactosé et minéralisé. Cette culture s'emploie en thérapeutique dans le traitement des infections intestinales. Nous allons préciser le mode d'action de cette culture.

Nous diviserons ce travail en quatre parties :

1° Théories nouvelles sur l'infection intestinale;

2° Emploi du ferment lactique pour réaliser l'antisepsie des voies digestives ;

3° Biologie de ce ferment;

4° Avantages du lait caillé fait avec une culture pure du ferment lactique B ;

5° Résumé des observations qui confirment cliniquement ce que la théorie faisait prévoir.

I. *Théories nouvelles sur l'infection intestinale.*

Lorsque Pasteur eut démontré l'origine bactérienne des maladies infectieuses, les thérapeutes mirent tout en œuvre pour combattre l'infiniment petit. Le problème posé était : tuer la cellule morbide représentée par le microbe en respectant la cellule saine qui l'héberge. Dans la tuberculose on essaya les phénols, les aldéhydes, etc. La pharmacopée s'encombra des pilules de créosote, des élixirs au gaïacol. Le pauvre tuberculeux dut avaler d'horribles mixtures qui avaient un effet curatif douteux, mais dont l'action nocive sur le tube digestif était certaine. Puis, avec l'école de Bouchard, naquit la théorie remarquable de *l'auto-intoxication*. Nos cellules peuvent, comme les bactéries, fabriquer des poisons qui engendrent la goutte, le rhumatisme, l'artério-sclérose, en un mot toutes les maladies par ralentissement de la nutrition.

Le tube digestif est le grand fabricant des résidus qui, passant dans l'organisme, empoisonnent, nos cellules saines comme le ferait un toxique chimique. Simultanément, le parenchyme cellulaire s'atrophie, ou s'hypertrophie et sa fonction normale s'altère. Ce processus fait naître l'arthritisme avec tout son cortège d'infirmités.

Le professeur Metchnikoff dans différentes publications nous fit voir que la vieillesse n'était pas autre chose qu'une maladie évoluant lentement, et dont les effets peuvent, en tous points, être comparés à une auto-intoxication. Nos poisons intestinaux altèrent les cellules nobles, comme le feraient le phosphore, l'arsenic ou le plomb. Dès les premiers moments de la naissance, les intestins de l'homme, remplis de matières, s'ensemencent, et le méconium sert aux microbes de bouillon de culture. Les bactéries pénètrent dans les intestins avec l'air et, dès la première journée, avant que l'enfant ait pris une nourriture quelconque, on trouve dans le méconium une flore variée composée de plusieurs espèces de microbes.

Quand l'enfant a absorbé le lait maternel, cette flore se réduit à quelques microbes, dont un appelé *bacillus bifidus* par M. Tissier.

Si l'enfant prend du lait de vache, sa flore microbienne devient plus riche en espèces.

Ici apparaît déjà le moyen de changer la flore intestinale en modifiant l'alimentation.

L'adulte qui absorbe des aliments cuits diminue sa flore intestinale. Au contraire, avec les aliments crus, les bactéries pénètrent dans le tube digestif en grande abondance.

Si nous voyons dès les premières heures de notre vie les microbes s'installer dans notre estomac et dans notre intestin, il est à prévoir que la nature poursuit un but en ensemençant notre tube digestif de ces bactéries et que la vie n'est pas possible sans microbes. Les expériences de Charrin sont là pour démontrer qu'il est illusoire de vouloir priver notre organisme de bactéries. Des animaux recueillis aseptiquement à leur naissance et nourris avec des aliments stérilisés ont tous succombé; au contraire les témoins dont la nourriture était surchargée de bactéries non pathogènes poussèrent normalement. Tous nos téguments internes et externes, toute la surface cutanée, tout notre tube digestif sont garnis de myriades bactériennes. Il y a parmi ces micro-organismes des agents utiles à la vie, d'autres sont franchement néfastes. Notre santé dépend du triomphe remporté par les bactéries utiles sur les microbes pathogènes. Une circonstance vient-elle à rompre l'équilibre, ou la pénétration d'agents infectieux nous trouve-t-elle désarmés, la maladie s'installe jusqu'à ce que l'agent pathogène ait été phagocyté ou expulsé par nos cellules. L'industrie utilise depuis longtemps l'action remarquable des micro-organismes pour fabriquer les produits les plus divers : le vin, la bière, l'alcool, etc., sont l'œuvre d'infiniment petits.

Nos déchets de la vie organique eux-mêmes, qui sont canalisés à grands frais dans les égouts ou épandus dans le sol, subissent des transformations profondes,

(1) Communication faite à la *Société de médecine de Paris*, le juin 1906.

grâce aux microorganismes qui détruisent les matières azotées pour les transformer en nitrates utiles à l'agriculture. Si nous appliquons à notre organisme des procédés calqués sur ceux-ci, nous détruirons sur place les déchets qui intoxiquent notre économie.

Théophile Gautier a écrit : « Il n'y a vraiment de neuf que ce qui est vieux » ; les anciens disaient : « Rien de nouveau sous le soleil ». Nous devons avouer que ces deux aphorismes sont toujours d'actualité. Les doctrines médicales changent et les maladies restent, et ces changements ne sont que de pure forme. Les anciens faisaient de l'opothérapie et de l'antisepsie, sans se douter que leurs méthodes, reprises et perfectionnées, seraient en honneur au XX[e] siècle.

Metchnikoff rapporte dans une brochure les passages de la Bible où il est question « du lait aigre ». En Egypte, dit-il, on mange, depuis la plus haute antiquité, une sorte de lait acide de buffle, de vache ou de chèvre.

Dans la péninsule balkanique, on prend le yoghourt. En Russie, dans l'Afrique Méridionale, on consomme différents laits fermentés. En France, dans certaines contrées le « lait pris » est absorbé en grande quantité.

Du reste, toutes les peuplades de l'Orient consomment peu de lait en nature. Ils fabriquent avec le lait des produits qui se rapprochent plus ou moins du yoghourt ou lait bulgare.

La conservation des aliments avec les liquides acides est aussi vieille que le monde : Depuis des siècles on « marine » les viandes dans le vinaigre et certains peuples conservent la viande dans un petit lait aigri.

Le docteur Hayem, le premier, employa les solutions d'acide lactique dans les diarrhées infectieuses.

Cet acide ingéré par les malades est d'une tolérance difficile pour l'estomac et ne donne que des résultats incertains ou nuls dans l'auto-intoxication habituelle ; il paraît incapable d'atteindre l'intestin lui-même sans avoir passé par diverses combinaisons. Il fallait trouver un procédé de formation d'acide lactique naissant au siège même des fermentations ; c'est pour cela que nous avons eu l'idée de nous adresser à des ferments lactiques microbiens vivants et sélectionnés.

Les microbes de l'Intestin.

De tous nos organes, les intestins sont les plus riches en microbes : ceux-ci trouvent dans nos substances résiduelles un milieu de culture favorable à leur développement.

Cohendy et Tissier se sont occupés du microbisme intestinal. Ils ont trouvé que, chez un homme bien portant, les formes microbiennes de l'intestin sont représentées par des éléments bacillaires courts et cocciens. Ceux qui prennent le gram correspondent au 1/4 de la totalité.

Les bacilles sont de dimensions variables. On rencontre un gros diplocoque à grains écrasés, ainsi que des levures ovoïdes et une spirille filiforme. Aucune bactérie ne donne la réaction colorante du bacille de Koch.

Le poids des selles normales pour 24 heures varie de 120 à 150 grammes.

Le nombre des bactéries est considérable : Par numération directe, M. Cohendy a trouvé 143.870.000 bacilles par milligr. de fèces.

Dans les selles diarrhéiques, la numération a donné 103.000.000 par milligr.

La diarrhée semble s'accompagner d'une diminution des anaérobies et du nombre total des bactéries.

En résumé, les variétés de formes microbiennes, ainsi que celles des espèces prédominantes en culture sont relativement restreintes. Ces bactéries sont en si grande abondance qu'elles forment à peu près les 2/3 du volume des fèces.

....Les anaérobies tiennent de beaucoup le premier rang.

Voilà les ennemis qu'il faut combattre. Notre intestin héberge aussi dans certains cas des parasites qui lèsent les muqueuses et ouvrent ainsi la porte aux bactéries intestinales. Si elles sont la source de notre atrophie sénile, plus la flore sera réduite, moins les manifestations de la vieillesse seront apparentes.

Nous savons que les oiseaux ont une longévité beaucoup plus grande que la majorité des mammifères. Or, les oiseaux ne possèdent pas de gros intestin, « ce réservoir des déchets alimentaires » qui, chez les mammifères, nourrit une quantité énorme de microbes de toutes espèces.

Même dans un âge avancé, les oiseaux gardent leur aspect normal et leur agilité. Chez les mammifères, il en est tout autrement. Un chien de quinze ans accuse son âge par ses mouvements lents, son attitude fatiguée, son poil terne.

Un corbeau ou une perruche de vingt ans ont les mouvements alertes et leur extérieur ne trahit pas leur âge.

Si on rattache la cause à l'effet, on voit qu'il y a une relation étroite entre la longueur du gros intestin, le nombre des bactéries qui s'y développent et la sénilité plus ou moins précoce.

II. *Emploi du ferment lactique B pour réaliser l'antisepsie des voies digestives.*

Le docteur Herter a démontré que, si on introduit des quantités variables de différents microbes (coli bacille et proteus) dans l'intestin grêle, les sulfoconjugués de l'urine augmentent dans de notables proportions. Au contraire, l'injection d'une grande quantité de ferments lactiques diminue l'indican urinaire.

Les expériences que Michel Cohendy fit sur lui-même ont fait voir qu'un adulte peut, en absorbant tous les jours un bouillon de ferment lactique, faire diminuer dans de notables proportions les sulfoconjugués de l'urine. Fait capital : Plusieurs semaines après la cessation du traitement, le bacille lactique se retrouve dans les fèces et l'indican urinaire reste à un taux très faible.

Si les laits ensemencés avec des levures lactiques comme le yoghourt, le képhir, etc., assurent l'antisepsie intestinale, l'emploi de ces laits a toujours été limité par les inconvénients inhérents à ces préparations. Leur conservation est impossible, leur goût est plus ou moins agréable. Beaucoup de personnes n'aiment pas les laitages.

Pour remédier à ces désagréments, nous avons cherché un milieu de culture qui réunisse tous les avantages des laits ensemencés et qui puisse se conserver pendant plusieurs semaines.

III. — *Biologie du bacille lactique B.* — Nous avons choisi le bacille lactique B que Cohendy isola en 1903 d'un échantillon de lait caillé bulgare et nous l'avons cultivé.

Cohendy décrit ainsi cette bactérie : C'est un gros bacille prenant le Gram de grandeur variable. Il ne pousse pas au-dessous de 35°, et il ne pousse plus au-dessus de 63°. Ce microorganisme a une puissance de fermentation sur les hydrocarbones quatre fois plus élevée que celle de tous les ferments lactiques connus : après 10 jours d'étuve à 37°, il donne une acidité allant à 32 grammes par litre d'acide lactique. Il peut coaguler le lait en 8 à 12 heures. Avec les différents sucres, maltose, lactose, saccharose, glucose, il donne de l'acide lactique. Cohendy nie son action sur les amidons et les albuminoïdes. Nous étudions en ce moment l'action de cette bactérie sur ces derniers corps.

Culture du bacille lactique B sur un bouillon de m[illegible] lactosé et minéralisé. — Après de longs essais que nous publierons en détail, nous avons trouvé que, dans ce milieu, le ferment se conserve très longtemps vivant et actif.

Propriétés. — Notre bouillon de culture est un liquide d'une couleur brune, d'une odeur agréable rappelant les touraillons. Son goût est légèrement acidulé.

Propriétés biologiques. — Tout ce qui a été dit sur l'emploi thérapeutique des laits caillés peut s'appliquer au bouillon de culture du bac. lac. B. Cohendy a fait voir que ce bacille se retrouve de 3 à 5 jours après la première ingestion. Le volume et le poids des fèces sont considérablement augmentés.

Le ferment lactique indigène ne subsiste dans les excréments que deux jours après la dernière ingestion.

Avec une alimentation spéciale, riche en matières sucrées et amylacées, on pourra prolonger indéfiniment la présence du bacille lactique B dans notre intestin.

Mécanisme de l'action antiseptique du bacille lactique B. — Les milliards de microbes qui se disputent les déchets de notre alimentation sont plus ou moins nocifs. Ils peuvent être la cause de l'entérite, de la fièvre typhoïde, etc. Les bactéries pathogènes déversent dans notre sang à l'aide des chylifères, des poisons plus ou moins violents. Les nouvelles théories sur les infections intestinales accordent une place prépondérante à ces toxines bactériennes dans la genèse des infections biliaires et péritonéales. Les expériences de Bienstock ont démontré que les bacilles de la putréfaction du contenu intestinal ne peuvent pas se développer en présence d'un bacille lactique vigoureux. *C'est là tout le secret de la désinfection intestinale à l'aide des ferments lactiques.*

Quelle que soit l'origine des poisons intestinaux, tous les moyens employés autrefois pour les combattre : les antiseptiques comme les naphtols, le salol, les irrigations médicamenteuses, les purgations salines, n'ont donné que des résultats incomplets.

Les études récentes sur les ferments microbiens de l'intestin nous ont appris qu'à côté de leur travail de désagrégation, les bactéries produisent des corps à fonction phénoliques et surtout des ptomaïnes infectantes. En enrayant en temps opportun ce processus on peut remédier d'une façon absolue à la formation des poisons intestinaux.

Posologie de la culture du ferment lactique B. — Pour avoir son maximum d'effet, on doit administrer ce bouillon une heure avant les repas à la dose de deux à trois verres à madère par jour.

Il est bien entendu qu'un régime spécial pauvre en azote et riche en sucres et en féculents devra être prescrit en même temps. Cette alimentation hydrocarbonée diminuera la toxicité du contenu intestinal et favorisera la prolifération du bacille lactique.

IV.— *Avantages d'un lait caillé fait avec une culture de ferment lactique B.* — Nous avons pris le micro-ferment des laits bulgares, nous l'avons cultivé. Il est naturel de supposer qu'on pourra faire du Yoghourt avec le ferment qui, retrouvant son milieu d'origine, se développera à nouveau. Il modifiera l'aspect physique du lait pour en faire une préparation ayant une des propriétés diététiques et curatives utilisées avec avantages là où le lait ordinaire est mal supporté.

Le docteur Monteuuis, de Dunkerque, a fait paraître une monographie intéressante sur « Le lait caillé, élixir de longue vie et le retour à la nature ». Cet essai de médecine naturiste est des plus curieux et vient à son heure au moment où les efforts de la thérapeutique mobilisent les bons microbes pour combattre les mauvais.

« Rien n'est vieux comme le lait caillé, rien ne paraît « plus neuf que l'application qui vient d'en être faite ».

Et Monteuuis rapporte le propos d'un vieil officier de santé qui disait : « Si l'on prenait tous les jours du lait « caillé, on ne pourrait pas mourir ».

La médecine s'est éloignée de ses plus sûrs remèdes : les remèdes naturels. Dans le public, même éclairé, le malade est convaincu que, pour guérir, il doit avaler une drogue.

« ...Aujourd'hui, le lait caillé revient en usage, mais avec « le caractère démocratique de son époque qui le met à « la portée de toutes les bourses. « D'emblée lancé dans « le public, grâce à l'autorité de son dernier parrain, « le professeur Metchnikoff, de l'Institut Pasteur, il a de « suite conquis une notoriété qui porte médecins autant « que malades à faire désormais une place dans leurs « prescriptions à ce remède d'actualité ».

A la campagne, on fait du lait caillé en abandonnant dans un endroit tiède du lait non bouilli.

Après quelques heures en été, un ou deux jours en hiver, le lait est, en effet, « pris ».

Le Dr Monteuuis indique ce moyen de faire du lait caillé en laissant ainsi spontanément la caséine se coaguler. Nous demandons pardon à l'auteur, si nous devons maintenant réfuter une erreur de technique qui amène une confusion regrettable dans l'esprit de beaucoup de personnes.

L'auteur ajoute ensuite : « Un moyen plus expéditif est d'ajouter au lait de la présure, de l'acide citrique ou tartrique ».

Ici, nous ne sommes plus de son avis, et on ne doit pas conseiller ce mode de préparation, parce qu'il donne un produit tout différent du premier. Le lait caillé préparé *avec un ferment non figuré comme la présure, ou un acide, est un lait dont les propriétés thérapeutiques diffèrent complètement du lait caillé ordinaire et surtout des laits caillés scientifiquement obtenus avec les ferments sélectionnés.*

Nous allons tâcher d'expliquer le plus simplement possible les différences capitales qui existent entre ces deux préparations. Un essai très simple nous convaincra de la différence entre leurs qualités alimentaires. Faisons coaguler du lait avec de la présure ou un acide et absorbons le produit. La saveur de ce dernier n'est pas agréable et sa digestibilité est des plus difficiles. Le caillot est mal attaqué par les sucs digestifs, son assimilation est imparfaite. De plus, ce lait caillé n'a *aucune action curative* ; il ne peut pas, en aucune façon, modifier la digestion intestinale.

Au contraire, faisons coaguler du lait avec du ferment lactique pur, tel que notre bouillon en contient, nous aurons un lait caillé dont l'aspect physique rappellera un peu l'autre lait, mais dont les propriétés curatives et digestives ne seront en rien comparables à celles du premier produit. Une différence capitale existe entre les deux. *Le lait caillé à la présure ou à l'acide ne contient que des ferments non figurés, c'est-à-dire des ferments que nous ne pouvons pas voir au microscope et dont l'action n'est que passagère.* Une fois la coagulation de la caséine obtenue, le rôle des ferments cesse : lors de son ingestion, ce lait caillé n'apporte au tube digestif aucun ferment utile. Si un estomac et un intestin en bon état peuvent le digérer, ces mêmes organes malades ne pourraient rien en faire et cet aliment sera pour eux encombrant ou même dangereux.

En un mot, ces deux laits caillés ayant même aspect physique, diffèrent l'un de l'autre par leurs propriétés thérapeutiques et bio-chimiques : l'un ne contient pas de ferment visible, l'autre en contient. Le premier se digère mal, le deuxième, non seulement est d'une digestion facile, mais son action sur le tube digestif est remarquable.

Comme le Dr Monteuuis le rappelle dans son livre, tous nos paysans savent faire prendre le lait en le laissant exposé aux bactéries de l'air. Cet ensemencement de hasard fait tomber dans le lait du ferment lactique et mille autres bactéries. De sorte que si nous examinons au microscope la préparation, nous trouvons, à côté du ferment lactique, des bactéries et des levures de toutes espèces.

Le goût du « caillé » varie à chaque fabrication, sa teneur en ferment n'est pas constante et les autres bactéries plus ou moins inoffensives qu'il renferme en font un composé impur et dont les effets curatifs sont infidèles.

Ce lait caillé, pollué par tous les microbes de l'atmosphère est, par sa fabrication même, un produit que beaucoup de personnes n'acceptent pas avec plaisir. Qui de

nous boirait sans dégoût un verre d'eau ou de vin qui aurait, pendant plusieurs heures, reçu les poussières et les bactéries de l'air ? Pour faire de cette préparation un médicament-aliment, il fallait préciser les conditions de sa fabrication et en faire un produit ne renfermant que du ferment lactique pur.

Presque tous les laits spontanément aigris contiennent, à côté des ferments lactiques, des levures qui produisent de l'alcool: nous trouvons ces deux micro-organismes dans le képhyr et le koumiss. Ces fermentations lactique et alcoolique superposées restreignent l'emploi thérapeutique de ces laits acides, alcooliques et gazeux. La composition de ces laits est variable, parce que les « grains » avec lesquels on les fabrique apportent une foule de bactéries plus ou moins nuisibles.

Les régimes alimentaires des dyspeptiques, et le Lait lactique. On sait les succès obtenus par les régimes des pâtes et de féculents de toutes sortes chez nos voisins de Suisse. « Le macaroni et les baies de myrtilles » des « tables de régime » ont été accueillis avec ironie de ce côté, des Alpes ; il faut avouer que beaucoup de malades ont retiré de ce régime en apparence paradoxal, les plus grands bénéfices. On accorde maintenant à la digestion intestinale la place importante qu'elle mérite; si nous nous rappelons les premières pages de l'admirable livre de Pawlow « le travail des glandes digestives », nous pouvons très bien comprendre comment les troubles fonctionnels de l'intestin peuvent vicier la digestion gastrique. Les pâtes alimentaires apportent à la flore intestinale un milieu du culture défavorable : toutes les bactéries de la putréfaction se nourrissant de déchets azotés, meurent alors faute d'aliments ; la flore intestinale s'appauvrit ainsi en bactéries nocives.

Nous voulons compléter ces quelques notions et indiquer comment on peut rendre plus efficaces *les régimes aseptiques.*

Dans tous les cas de dyspepsies avec fermentations anormales et dans les entérites, les malades pourront, au beurre et à la crème, leur substituer avec de grands avantages, le Lait-lactique. Les nouilles, le riz, le macaroni, les légumes verts cuits à l'eau légèrement salée seront additionnés de ce Lait au moment du repas. Nous avons répété l'expérience sur bien des personnes, toutes ont déclaré que cette façon d'accommoder les aliments était parfaite. Quant à la rapidité des digestions, elle est notablement accrue. Les hyperchlorhydriques supportent très mal la purée de légumes additionnée de crème ou de beurre : remplaçons-les par ce « lait pris » :les malades n'éprouvent plus cette intolérance pour les purées.

Dans toutes les publications antérieures, l'action intime de ce ferment lactique B. sur les amylacés et les albuminoïdes n'a pas été précisé. Nous étudions en ce moment ces questions capitales. Il est à prévoir que cette bactérie, qui ne peut pas se cultiver dans un milieu privé d'azote doit attaquer les corps protéiques pour assurer sa vitalité.

Urologie des infections intestinales. — Observations de malades traités par le bouillon lactique B maltosé.

Nous avons sorti les hypothèses exposées précédemment du domaine théorique et les avons appliquées à la clinique.

L'expérience a sanctionné nos prévisions et notre bouillon *lactique B maltosé* nous a donné des résultats précis et remarquables dans toutes les affections ayant pour cause une digestion intestinale viciée. Grâce à l'extrême obligeance de notre ami le Dr Bresard, nous avons groupé quelques observations types d'infections, où la thérapeutique classique est désarmée.

Le succès de cette médication par le bouillon lactique est une preuve que le Dr Combe, de Lausanne, a raison d'affirmer l'origine bactérienne des entérites. Avec l'école de Charcot, l'étiologie de l'entérite était purement nerveuse ; le médecin de Lausanne semble se rapprocher plus de la vérité en disant que les accidents nerveux s'ajoutent à l'infection et sont les conséquences et non la cause de la maladie.

Dans son livre, Combe donne les raisons qui militent en faveur de son affirmation. On rencontre toujours, dit-il, le même *entérocoque de Tiercelin* chez les individus qui ont des alternatives d'entérites glaireuses aiguës et d'entérites muco-membraneuses chroniques. Le terrain arthritique serait particulièrement favorable à l'évolution des infections intestinales.

On trouve du reste souvent des urates, de l'acide urique et des oxalates dans le contenu intestinal des entéritiques.

Affections qui peuvent faciliter l'éclosion des entérites. — Toutes les affections qui intéressent les organes en rapports directs avec le tube digestif, peuvent provoquer l'infection intestinale. Les maladies de la gorge et du nez qui s'accompagnent de sécrétions muqueuses ou purulentes, la présence de parasites intestinaux seraient des causes très fréquentes et surtout méconnues d'infections gastriques et intestinales.

Il faudrait faire un chapitre à part sur le rôle que jouent les sécrétions anormales et les bactéries de l'estomac dans la genèse des entérites.

Pour que l'action biologique du ferment soit parfaite, il faut diminuer la flore intestinale par un régime riche en hydrocarbones. Nous avons donné à nos malades des pâtes et des bouillons de légumes. Dans la crise aiguë, nous avons supprimé le lait. Le Dr Méry a fait connaître les règles de diététique qui doivent être suivies dans le traitement des gastro-entérites chez les enfants.

Urologie des affections intestinales. — Chez tous nos malades nous nous sommes assurés du fonctionnement normal du rein. Au début des affections, nous avons constaté une grande quantité de sulfo-conjugués dans l'urine et leur disparition lorsque la guérison venait.

L'urologie donne en effet, dans ce cas, des indications précieuses pour éclairer un diagnostic quelquefois difficile. L'auto-intoxication intestinale s'accompagne rarement d'un tableau symptomatique précis.

Nous avons maintenant deux moyens précieux de diagnostic :

1° L'examen des fèces, la coprologie ;

2° L'analyse de l'urine.

Il faut démontrer que le dosage des sulfo-éthers de l'urine mesure la qualité de la digestion intestinale. Le problème consiste non pas à évaluer la quantité de toxines contenues dans les selles, mais la quantité qui a pénétré dans le sang et qui intoxique l'organisme.

On ne peut pas cliniquement doser les toxines.

Les microbes agissent comme les ferments non figurés ; ils détruisent la molécule albuminoïde et donnent des peptones, des acides, des corps à noyau puriques, des ptomaïnes. En plus et parallèlement ils produisent des corps de la série aromatique : des phénols, des indols. Sans être très toxiques par eux-mêmes, ils se développent à côté des ptomaïnes et leur dosage peut servir à mesurer la quantité de entéro-toxines développées.

Des expériences faites par Enold, Senator, Salkowski Bruyet, Combe et Amman démontrent que leur dosage mesure la toxicité du contenu intestinal.

Des animaux avec un intestin stérile, ne recevant que des aliments stériles, ont une urine qui ne contient pas la moindre trace d'indol et de scatol. Il en est de même chez le nouveau-né.

Pœhl, Binmacki, Hirschler, Winternitz, nous ont appris que la diminution des sulfo-éthers peut être obtenue en modifiant le régime alimentaire par l'addition des hydrocarbones.

Dosage des sulfo-conjugués. — Jusqu'à maintenant

on a employé le cœfficient de Baumann pour apprécier la qualité de la digestion intestinale.

Si d'une part on dose le soufre des sulfates et de l'autre le soufre des sulfo-éthers, le rapport entre les deux nombres donne le coefficient de Baumann. Pour un adulte on a :

$$\frac{\text{Soufre des sulfates} = 2}{\text{Soufre des sulfo-éthers} = 0{,}20} = 10$$

les chiffres normaux sont :

Pour l'acide sulfurique des sulfo-éthers :
Nouveau-né 0.
Enfants de 1 à 6 ans 0,050 — 0,10
6 à 15 ans 0,10 — 0,15
Adultes 0,15 — 0,20

Combe fait une objection à ce cofficient.

Les sulfates des aliments azotés varient de 0 5 à 1.5 %, tandis que l'azote de ces mêmes corps ne varie pas plus de 15 à 16 %, il y a inétrêt à prendre dans notre rapport comme dénominateur le chiffre plus fixe de l'azote total ou de l'Urée.

Je me propose, du reste, quand j'étudierai l'action du ferment lactique B sur les fermentations intestinales au point de vue urologique, de compléter mes tables par le dosage du soufre dans les différents aliments. Il sera facile de tenir compte des entrées du soufre et de son oxydation.

Les rapports de Combe sont :

$$\frac{\text{Sulfo-éthers}}{\text{Azote total}} \text{ ou : } \frac{\text{Sulfo-éthers}}{\text{Urée}}$$

A mon avis, il ne doit pas y avoir de parallélisme entre les deux coefficients, puisque l'urée ne représente que la partie de l'azote albuminoïde arrivé à son maximum d'oxydation. Dans l'azote total, au contraire, figure l'*azote ammoniacal* qui représente un stade inférieur d'oxydation de l'azote albuminoïde ; nous reviendrons plus tard sur ces remarques.

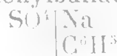
Les albuminoïdes contiennent du soufre qui donne, sous l'influence des bactéries intestinales, des sulfures puis des sulfates.

En effet, l'acide SO^4H^2 est bibasique,
il donne SO^4Na^2 sulfate *neutre*
SO^4NaH sulfate *acide*.

De même avec les phénols

SO^4H^2 donne 2 séries d'éthers
avec le phénol C^6H^5OH
donne $SO^4 \left| \begin{matrix} C^6H^5 \\ C^6H^5 \end{matrix} \right|$ Sulfate de phényle
et $SO^4 \left| \begin{matrix} H \\ C^6H^5 \end{matrix} \right|$ Sulfate monophénylique.

Remplaçons H par un métal, le sodium par exemple : Nous avons le phénylsulfate de soude

(1) 
$SO^4 \left| \begin{matrix} Na \\ C^6H^5 \end{matrix} \right.$

Dosage. — Le principe est le suivant :

Les phénylsulfates d'alcalis sont solubles dans l'eau : il en est de même du phénylsulfate de baryum.

En solution aqueuse *neutre*, l'ébullition ne les décompose pas. En présence d'un acide organique, l'acide acétique, on a :

Un acétate et de l'acide sulfo-conjugué *libre* qui, en présence de l'acide acétique, n'est pas décomposé à l'ébullition.

En présence de HCl, ils sont décomposés :

A froid en chlorure et acide sulfo-conjugué libre ; à 100° ce dernier est décomposé ; il se forme de l'acide sulfurique et du phénol.

Pour doser le soufre total on ajoute de l'HCl à chaud et un excès de chlorure de Baryum : tout le soufre est précipité à l'état de sulfate de Baryte.

Sur une autre prise d'essai, acidulée par l'acide acétique on ajoute du chlorure de Baryum : les sulfates métalliques sont seuls précipités. On filtre ; le filtratum traité par HCl et le chlorure de Baryum à 100° donne le soufre des phénylsulfates.

(1) Les acides sulfo-conjugués qu'on trouve dans l'urine sont surtout des phénylsulfates de potasse.

Observations recueillies par le Dr Brésard.

Obs. 1. — *Entérite muco-membraneuse avec diarrhées profuses.*

M. G..., 46 ans, m'est envoyé au mois de février 1905 pour être opéré d'une hernie inguinale gauche.

Ce malade, grand et fortement constitué, mais d'une maigreur extrême, m'explique que sa hernie, remontant à une douzaine d'années, ne le gêne que depuis un an environ. Il a été pris à cette époque de diarrhées incoërcibles dont on n'a pu élucider l'origine et contre lesquelles on a épuisé sans succès durable tout l'arsenal thérapeutique. Les selles, qui sont quotidiennement au nombre de 12 à 15, sont accompagnées de douleurs intestinales vives qui sont particulièrement pénibles au niveau de la hernie. Son médecin, découragé par les insuccès de sa thérapeutique, pensant avec vraisemblance que la hernie peut jouer un rôle dans cette entérite rebelle, lui a conseillé l'opération à laquelle il est décidé.

Celle-ci a lieu le 22 février sans rien présenter de remarquable. Suites normales.

Mon opéré quitte la rue Oudinot au bout de 15 jours pour achever de se reposer chez lui. Il est enchanté, car depuis son opération il n'a plus eu de selles diarrhéiques, ni de coliques, ce qui, dit-il, ne lui était pas arrivé un seul jour depuis plus d'un an.

Douze jours après je le vois arriver à ma consultation la mine déconfite. Il m'annonce que du côté de sa hernie tout va bien, il n'en souffre nullement, mais depuis cinq jours qu'il a repris la vie normale, s'étant levé toute la journée, l'entérite est revenue, les coliques le torturent de nouveau et chaque jour il va 10 et 12 fois à la garde-robe, malgré des cuillerées à café entières d'élixir parégorique, des paquets de bismuth, du laudanum, et le régime lacté presque exclusif auquel il s'est remis.

C'est alors que je lui recommandai de prendre du *Bouillon lactique B maltosé* avec les précautions suivantes : suppression du lait et, bien entendu, des médicaments susdits ; chaque jour *trois* demi-verres à eau de culture B, précédant de 3/4 d'heure 3 petits repas composés de potages légers au bouillon de légumes, pâtes alimentaires, riz, purées de légumes secs, biscuits secs ; comme boisson, de l'eau.

Au bout de trois jours, la diarrhée avait complètement disparu.

Le cinquième jour, j'ajoutai au régime un peu de lait lactique, au bout de huit jours du lait ordinaire, le dixième jour on essaya un peu de viande qui fut bien tolérée ; bref, au bout de quinze jours le malade avait peu à peu repris un régime ordinaire sans voir réapparaître un seul jour ses accidents antérieurs. Contrairement à mon avis, le malade interrompit l'usage du *Bouillon lactique B maltosé* pendant deux jours.

Quelques coliques le firent en reprendre ; il en prit pendant dix jours.

A ce moment je l'autorisai à en suspendre l'usage.

Revu au mois de juillet suivant, à l'occasion d'un accident d'un autre ordre, M. G... me dit sa joie « d'être débarrassé complètement depuis le mois de mars de ces diarrhées qui, pendant plus d'un an avaient empoisonné son existence et lui avaient retiré toutes ses forces. » Il conservait une grande reconnaissance au *Bouillon B* et se proposait d'y recourir à nouveau à la moindre alerte.

J'ai su au mois de janvier dernier qu'il n'avait pas eu de nouveaux accidents d'entérite.

Obs. 2. — *Dysenterie des pays chauds avec vomissements. — Entéro-colite avec phénomènes nerveux graves.*

Mme P..., 27 ans, femme d'un officier de l'armée coloniale, ayant suivi son mari en Indo-Chine, a contracté dans

★

cette colonie, il y a six ans, une dysenterie grave, à la suite de laquelle elle a conservé une susceptibilité très grande de l'intestin. Elle est reprise d'accidents d'entéro-colite avec diarrhées profuses et vomissements alimentaires au moindre écart de régime. Elle multiplie d'ailleurs ses fautes de régime avec une insouciance décourageante. Quand je la revois au mois de septembre 1905, elle revient du Sénégal après un séjour de deux ans pendant lesquels « son intestin, dit-elle, ne l'a pas laissée tranquille pendant huit jours de suite ».

A plusieurs reprises, le médecin de Saint-Louis, effrayé des accidents entéritiques rebelles à toutes les médications classiques, avait voulu la faire rentrer en France, mais elle n'avait jamais consenti à revenir avant l'expiration des deux années.

A ce moment, au mois de septembre dernier, elle a chaque jour cinq à six selles diarrhéiques, et lorsque les coliques surviennent près de la fin d'un repas, celui-ci est immédiatement rejeté.

Il va sans dire que dans ces conditions l'état général est des plus précaires, malgré le séjour dans un excellent climat de montagne. D'autre part, la jeune malade se refuse à prendre aucun médicament, même pour se soulager, disant qu'elle a épuisé toute la gamme des constipants en passant par les antiseptiques, les lavages et les opiacés.

Je lui fais adresser du *Bouillon lactique B maltosé* en lui recommandant trois prises d'un demi-verre chaque jour avant les repas. Comme je ne pouvais obtenir de cette malade particulièrement indocile un changement de régime, je lui demandai de prendre la culture lactique, *une heure* au moins avant le repas. Je comptais qu'ainsi le bouillon lactique aurait le temps de passer dans l'intestin et d'y faire son bon office avant d'être troublé par les aliments nuisibles qui pourraient être absorbés aux repas.

Mon attente ne fut pas déçue, et au bout de huit jours, ma jeune cliente m'écrivait qu'ayant commencé l'usage de la culture avec le scepticisme le plus absolu, elle le continuait avec la foi la plus ardente, car enfin elle pouvait vivre normalement sans souffrir. Revenue depuis à Paris, elle reste une fidèle du bouillon lactique B maltosé, car si son intestin est heureusement modifié, son caractère enfantin ne l'est guère, et de temps à autre un fâcheux écart de régime lui remet en mémoire ses accidents antérieurs ; mais avec notre remède, en vingt-quatre heures, tout rendre dans l'ordre. Inutile de dire que sa santé générale en a grandement bénéficié, les forces sont revenues, l'embonpoint est normal et les vomissements alimentaires, si faciles autrefois, ont complètement disparu.

Obs. 3. — *Entérite compliquée d'ictère.*

Au mois de janvier 1906, je suis appelé auprès d'une enfant de 9 ans, fille d'un proche parent, atteinte d'accidents d'entérite très douloureux, que les parents, bien entendu, baptisaient d'appendicite.

Coliques irradiées dans tout le ventre, sans localisation ; vomissements et nausées fréquentes, pas de vomissements biliaires, inappétence absolue, pas de fièvre, pouls normal, un peu faible seulement, langue saburrale, tel est l'ensemble symptomatique. J'ordonne des enveloppements chauds du ventre, du calomel suivi d'huile de ricin, et la diète hydrique.

Le lendemain, les douleurs du ventre sont calmées, malgré quelques selles dues à la purgation de la veille, l'état catharral de l'intestin semble le même, inappétence toujours absolue, sentiment de grande faiblesse, toujours pas de fièvre, urines foncées et rares. J'ordonne à l'enfant du *Bouillon lactique B maltosé*, à la dose de trois verres à madère *pro die*, bouillon de légumes, à l'exclusion de tout autre aliment.

Le lendemain, on me montre des urines franchement acajou, les conjonctives ont une teinte ictérique nettement caractérisée, j'annonce naturellement une jaunisse que les parents ont diagnostiquée d'ailleurs facilement. Même régime auquel on ajoute des lavements froids. L'enfant prend bien sa culture lactique, qu'elle aime beaucoup, car elle calme admirablement sa soif. Le lendemain, soit le quatrième jour de la maladie, la teinte ictérique est franchement accusée sur tout le corps, nous sommes bien en face d'un ictère catharral typique avec toute sa symptomatologie classique sur laquelle je n'insiste pas. Aux parents qui s'inquiètent de la durée, je parle du terme classique de douze à quinze jours au moins pour voir la fin de l'ictère. J'insiste sur le *Bouillon maltosé lactique B* en annonçant que dans deux jours je donnerai à nouveau du calomel. Le cinquième jour, j'apprends que la veille, la petite malade ayant réclamé plus de notre bouillon lactique qui lui donnait une sensation de fraîcheur on avait accédé à son désir en lui donnant un quatrième verre à madère. Résultat : le matin de ce cinquième jour de la maladie, et le troisième depuis l'apparition de l'ictère, on me montre des urines absolument claires et extrêmement abondantes ; il y avait eu une véritable débâcle urinaire. La teinte jaune des téguments pâlissait, et le sixième jour, quatre jours après l'apparition de l'ictère, tout était rentré dans l'ordre.

Je sais bien que chez les enfants on peut voir des résolutions rapides d'ictère, mais je ne sais si on en a observé d'aussi prompte que chez cette enfant, qui n'avait eu en somme que deux lavements froids, et chez laquelle les phénomènes d'un catarrhe gastro-intestinal intense ont brusquement disparu à la suite d'une abondante absorption de culture lactique B. Je ne puis m'empêcher de croire qu'il y a ici un véritable rapport de cause à effet, dans l'absorption de cette culture à haute dose et la disparition brusque et prématurée de cet ictère.

Obs. 4. — *Urticaire.*

Le jeune P..., âgé de six ans, m'est présenté à ma consultation dans les premiers jours du mois de juin 1905 pour une petite opération chirurgicale banale.

Ayant eu à le revoir à la suite de cette petite intervention, durant une dizaine de jours environ, j'assistai deux fois dans ce laps de temps à une éruption d'urticaire intense dont le pauvre petit souffrait beaucoup. On m'apprit alors que cet enfant, appartenant à une famille médicale, neveu même d'un médecin des hôpitaux, mort il y a peu d'années, était sujet depuis l'âge d'un an à des poussées d'urticaire analogues à celles dont j'avais été témoin et qui survenaient avec une fréquence désespérante sous le moindre prétexte, et même souvent sans prétexte apparent. Tout ce que l'on savait, c'est que cet urticaire chronique avait débuté à la suite d'une violente entérite qu'il avait eue à un an.

Toutes les médications, comme bien l'on pense, avaient été essayées sans succès d'ailleurs. Son régime était l'objet de soins attentifs et constants, et malgré cela, on ne se souvien[t] pas autour de lui qu'il ait jamais passé quinze jours sans avoir une poussée d'urticaire plus ou moins intense.

Je conseillai alors de lui donner du *Bouillon de Malt lactique B*. Il me paraissait logique, dans une affection ayant probablement son point de départ dans l'intestin, d'essayer ce puissant modificateur du milieu intestinal.

L'enfant, un peu indocile, ne se prêta pas, au début, à ce nouveau traitement. Mais j'avais été si pressant auprès des parents et ceux-ci étaient si désireux de voir disparaître cette affection pénible, qu'ils y mirent de la persévérance, et que malgré deux nouvelles crises survenues dans les premiers jours de l'administration de la culture lactique, ils arrivèrent à en faire prendre régulièrement à l'enfant pendant un mois. A ce moment on partit pour le bord de la mer, et comme l'arrivée sur la plage se payait toujours jusqu'alors d'une formidable poussée d'urticaire, je conseillai de ne pas interrompre, et d'emporter une bouteille de culture lactique. Au grand étonnement des parents et à leur vive satisfaction, l'éruption attendue ne se produisit pas. Dès lors, d'eux-mêmes ils firent suivre avec persévérance le traitement à l'enfant qui en avait pris l'habitude et prenait volontiers chaque jour ses deux verres à madère de culture lactique B, toujours [illegible] d'heure avant le déjeuner et le dîner.

Bref, le 10 août, on n'avait pas vu reparaître d'urticaire depuis le 27 juin. On interrompit pendant quinze jours, sans inconvénient, puis on redonna les mêmes doses pendant la première semaine de septembre, et depuis, très régulièrement, tous les mois, l'enfant prend pendant une semaine ses deux verres quotidiens de culture lactique B. L'urticaire n'a pas reparu depuis la fin de juin, sauf une légère apparition

une seule, au mois de janvier dernier, par un jour de froid vif qui semble avoir joué ici un rôle provocateur. A ce moment d'ailleurs, il ne prenait pas le précieux médicament.

Il semble donc bien que cet enfant a été définitivement débarrassé de cette affection pénible par la fréquence de ses récidives et sa persistance lassante, grâce à la culture de ferment lactique. J'ai conseillé aux parents de s'abstenir le mois prochain de l'administration préventive de notre bouillon pour juger de la persistance de la guérison, que je crois complète maintenant. En tous cas, je rappelle que pendant cinq ans tous les traitements appliqués rationnellement n'avaient pu le préserver, pendant plus de quinze jours, de ses crises d'urticaire.

Diabète. — A ces observations nous ajouterons que plusieurs médecins ont employé cette médication avec succès dans certains diabètes. L'absorption de ce ferment lactique B a fait diminuer la quantité de glucose des urines très rapidement.

Le Bouillon lactique B en transformant les hydrocarbones en aide lactique permet une sévérité moins grande dans l'exclusion des sucres et des amylacés chez certains diabétiques.

En résumé

Dans la thérapeutique des infections intestinales, on pourra utilement faire usage du *Bouillon lactique B maltosé.* Son emploi est d'une innocuité absolue et rend des services dans certains cas où les moyens ordinaires échouent.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réforme des études médicales.

M. Aristide Briand, ministre de l'Instruction Publique, dans le discours qu'il a prononcé au début de la séance du Conseil supérieur de l'instruction publique, a fait allusion aux réformes de l'enseignement médical.

A l'ordre du jour de cette session, a dit le ministre, ont été inscrits des projets d'arrêtés et de décrets relatifs à des réformes dont l'intérêt et l'importance n'ont pu vous échapper. Au nombre des propositions destinées à fortifier les études médicales figure l'institution d'un certificat qui a pour but et aura certainement pour effet d'assurer au vrai mérite les moyens de se manifester avec toutes les garanties de justice. La création de ce certificat d'études médicales supérieures ne manquera pas de susciter parmi les jeunes médecins une émulation nouvelle dont l'enseignement dans les facultés ne pourra que tirer profit.

C'est l'annonce de la création d'un diplôme supérieur de doctorat ès sciences médicales, création à laquelle nous applaudirions de tout cœur si elle devait permettre aux jeunes médecins de talent de s'affranchir de la tyrannie des intrigues et du népotisme où l'on a fait sombrer peu à peu les concours en médecine. Mais comme toute réforme ne vaut que par son application, qu'il nous soit permis d'exprimer la crainte de voir le doctorat en médecine déprécié peu à peu par ce nouveau diplôme, comme le fut naguère la licence en droit quand le grade de docteur en droit fut exigé pour la dispense militaire.

Il est à craindre que, dans quelques années, les facultés de médecine, tant à Paris qu'en province, fassent une généreuse distribution de ces diplômes supérieurs et que, par le fait de leur multiplication, on arrive ainsi à constituer deux ordres de médecins, les médecins supérieurs et les autres, le *vulgum pecus* des docteurs en médecine. Ce serait créer là de nouveau les officiers de santé.

Mais nous ne saurions dès à présent, avec d'aussi maigres renseignements, juger les projets du conseil supérieur de l'Université touchant les réformes de l'Enseignement médical. Nous espérons que cet aréopage d'universitaires voudra bien, dans sa sagesse, se rendre compte de son incompétence pour élaborer un programme de réformes dans un enseignement d'ordre aussi spécial, aussi technique que celui de la médecine ; qu'il comprendra la nécessité de l'étude minutieuse de ces réformes par une commission composée d'hommes capables de signaler les lacunes de l'enseignement actuel, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue étroitement pratique et purement professionnel.

Certes, il est bon de rechercher les moyens de faire progresser les sciences médicales qui, depuis d'assez longues années, marquent, chez nous, le pas de façon inquiétante, mais il serait aussi fort utile, en instruisant de façon pratique, les médecins qui exercent de permettre à tous les malades, dans toutes les régions de France, de bénéficier dans la mesure du possible de toutes les découvertes médicales. J. Noir.

La gratuité des services médicaux.

Nous avons récemment cité un fragment du procès-verbal du *Conseil d'hygiène de la Seine* où un pharmacien, M. Marquez, exprimait d'une façon saisissante (et attristante pour nous) avec quelle facilité on pouvait exploiter la naïveté des médecins et leur imposer des services semi-gratuits. Dans le *Bulletin médical* du 14 juillet, M. Granjux relève un fait encore plus surprenant. Sur la proposition de la 7e Commission, le Conseil général de la Seine, en raison de l'accroissement de la population hospitalisée à la maison départementale de Nanterre, trouvant le personnel médical surmené et insuffisant, a résolu de remédier à ces inconvénients en créant deux emplois de médecins adjoints pour suppléer les médecins titulaires pendant leurs absences. L'article 2 de la délibération mérite d'être cité :

Le recrutement de ces médecins adjoints, *qui ne recevront aucune rétribution,* se fera par voie de concours.

Nous ne doutons pas du nombre de candidats qui se disputeront le plaisir de faire à leurs frais tous les matins le voyage de Nanterre pour avoir l'honneur de soigner les hospitalisés de la Maison départementale ; mais nous signalons à nos lecteurs toute la sollicitude que nos édiles portent au Corps médical parisien qui aurait bien, croyons-nous, le droit de réclamer sa part dans la grande sollicitude que le Conseil général, tout comme le Conseil municipal, porte aux travailleurs municipaux. J. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juillet.

Trypanosomiases du Haut-Niger ; un nouveau trypanosome pathogène.

M. Laveran décrit un trypanosome nouveau qu'on rencontre à l'état d'infection naturelle chez les Equidés et les Bovidés, où il provoque une maladie appelée *Souma*. La Souma a été décrite cliniquement dès 1904 par M. Cazalbon ; d'où le nom de Trypan-Cazalboni, donné par l'auteur à ce trypanosome pathogène.

Les petits ruminants (moutons, chèvres, antilopes) s'infectent facilement, tandis que les inoculations faites chez les rongeurs et le chien restent ordinairement sans effet.

Une chèvre fortement immunisée contre le surra et la mbori a eu une infection grave à la suite de l'inoculation du virus de la Souma, ce qui montre bien que le trypanosome de la Souma ne peut être considéré comme une variété du trypanosome de la mbori.

Chez la chèvre et le mouton, l'incubation est de 10 jours en moyenne. Les principaux symptômes sont : la fièvre, l'amaigrissement, la faiblesse générale. Chez deux chèvres inoculées, l'auteur a observé des kérato-conjonctivites précoces. L'examen direct du sang révèle souvent l'existence des trypanosomes, contrairement à ce qui arrive pour d'autres trypanosomiases de ces animaux.

Chez le cheval, on observe des poussées fébriles et de l'œdème des extrémités inférieures, rarement de l'œdème de la paroi abdominale. La mort survient d'ordinaire vers le cinquantième jour.

La Macina paraît être le principal foyer de la Souma, qui a été observée également à Bamako et à Kati.

D'après Cazalbon et Pécaud, la maladie est propagée par des *Tabanus* qui abondent dans la Macina, principalement sur les rives du Niger, tandis que les *Glossina* sont rares.

Disparition momentanée des trypanosomes du nagana chez les chiens infectés.

MM. G. Roux et L. Lacomme ont cherché à utiliser le pouvoir trypanolytique de la rate dans un but thérapeutique. A cet effet, trois chiens furent inoculés avec le trypanosoma Brucei et, après constatation de la présence du parasite dans leur sang, reçurent, les deux premiers, 20 cc., d'une émulsion de rate de bœuf contenant, en volume, 1 partie de pulpe pour 3 parties d'eau salée à 7 °/₀₀, et le troisième 20 cc. de liquide centrifugé obtenu avec la même émulsion.

Chez les trois animaux, les trypanosomes disparurent du sang deux ou trois jours après l'injection, pour reparaître, chez le premier inoculé, au bout de cinq jours. Chez ceux qui reçurent la pulpe, il se produisit un abcès, et la septicémie a pu avoir une influence sur la disparition des trypanosomes ; mais, aucune réaction microbienne ne s'étant encore montrée chez le troisième, il semble que le suc splénique possède bien une action manifeste sur la disparition de ces parasites.

Variations des échanges nutritifs sous l'influence du travail musculaire développé au cours des ascensions.

MM. Guillemard et R. Moog ont indiqué, l'année dernière, à propos d'une ascension au Mont-Blanc, les variations que subit l'élimination urinaire sous l'influence des hautes altitudes. Pour savoir si le travail musculaire exigé par cette ascension n'était pas en cause, les auteurs ont effectué une ascension sensiblement équivalente à celle du Mont-Blanc, mais d'où l'influence de l'altitude était écartée, en faisant, l'un 13 fois en deux jours, l'autre 20 fois en trois jours, l'ascension de la tour Eiffel, la descente étant effectuée par l'ascenseur. Dans ces conditions, il y eut, pendant la période d'ascension, augmentation légère de la diurèse, de l'azote total et de l'azote uréique, sans variations caractéristiques du rapport azoturique. Ces faibles modifications ne sauraient expliquer les phénomènes d'insuffisance d'oxydation observés au sommet du Mont-Blanc, phénomènes dus uniquement à l'influence de la haute altitude et de la dépression atmosphérique correspondante.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet.

La vaccine en Algérie.

MM. Chauvel, Chantemesse, Netter, font quelques observations sur le rapport récent de M. Kelsch. Ce dernier propose finalement d'adopter les conclusions suivantes :

1° En Algérie, les vaccinations devront être renouvelées plus souvent que ne le comportent les instructions officielles qui sont en vigueur actuellement en France et en Algérie.

Il est prouvé, en effet, que les deux vaccinations qui se font habituellement sont insuffisantes à défendre les Arabes contre la variole.

2° Réduire les intervalles qui séparent les inoculations en tenant compte des habitudes des indigènes.

3° Adjoindre aux médecins des doctoresses ou des sages-femmes qui pourront pénétrer dans les douars où les hommes ne peuvent entrer pour vacciner les femmes.

4° Faire inscrire sur la carte d'identité de chaque indigène le nombre et les dates des vaccinations.

Le rapport, adopté à l'unanimité par l'Académie, sera transmis au ministre de l'intérieur.

Le paludisme à Madagascar.

M. Laveran montre les difficultés de la prophylaxie. Le pétrolage des mares est impossible dans un pays peu habité et plus vaste que la France. Les rizières, dont la culture constitue la principale ressource alimentaire, entraînent forcément des eaux d'égouts. A leur surface le pétrole détruirait et altérerait le riz.

Les toiles métalliques ne peuvent avoir que des applications partielles.

Enfin, à son avis, il y a d'autres mesures plus importantes et plus réalisables pour les Malgaches qui sont très misérables. C'est la misère surtout qu'il faut combattre ; déplacer certains villages trop près des rizières.

M. de Kermogant montre combien la saison pluvieuse, en créant des mares permanentes même dans les rues de Tananarive, facilite la diffusion de l'impaludisme. Peu à peu, l'anophèle a gagné les hauts plateaux, jusque-là salubres. Les toiles métalliques ne sont possibles que pour les locaux collectifs. Mais, même dans les casernes, les soldats les ont [illegible] mal acceptées.

M. Blanchard montre que le pétrolage, portant au mo[illegible] sur les mares voisines des habitations, a fait ses preuves [illegible] Cuba. L'emploi des toiles métalliques a réussi même d[illegible] des pays très peu fortunés.

« Dans la campagne romaine, en Vénétie, où la populati[illegible] agricole est très pauvre, où elle vit dans des cabanes aussi misérables que les cahutes des Malgaches, on a pu adap[illegible] facilement la protection mécanique par des tambours ou doubles portes pourvues de toiles métalliques. Le pétrolage ne doit pas se faire évidemment dans les rizières et dans t[illegible] l'étendue de Madagascar, mais seulement dans les endr[illegible] habités ».

M. Chantemesse défend de son côté ces moyens qui ont fait leurs preuves. Sur la proposition de M. Roux, une commission, composée de MM. Blanchard, Laveran, de Kermogant, Roux et Chantemesse, est chargée de proposer des conclusions à la séance prochaine.

La vaccine en France en 1904.

M. Kelsch montre les lacunes de la statistique actu[illegible] 27 départements n'ont pas fourni le moindre renseign[illegible] sur les vaccinations et revaccinations. Le nombre des cas de variole indique que la loi sur la vaccination obligatoire [illegible] encore bien loin d'être appliquée.

Rapports de prix.

La séance se termine par les rapports du Pr Raymond sur le prix Boullard ; de M. Chauffard sur le prix Stanski ; de M. Fernet sur le prix Guzman. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 juin.

Sténose du pylore et rein flottant.

M. P. Gallois. — On sait que, d'après Glénard et Bouveret, les ptoses viscérales seraient susceptibles de déterminer un rétrécissement pylorique. Il m'a été donné d'observer un cas qui paraît confirmer l'opinion de ces auteurs. Il s'agissait, d'une jeune fille atteinte de rein flottant et de gastrectasie. La limite inférieure de son estomac était située, en effet, entre l'ombilic et le pubis, et, au-dessous de l'ombilic également, on trouvait un rein ectopié, d'ailleurs parfaitement réductible. En pratiquant la palpation de l'estomac dilaté, je vis cet organe se contracter sous ma main, puis évacuer son contenu dans l'intestin. Ayant appris à faire elle-même l'expression gastrique et à réduire son rein flottant, la malade eut la satisfaction de se délivrer de la sorte des troubles nerveux et gastro-intestinaux dont elle souffrait depuis longtemps.

M. Le Gendre. - L'observation de M. Gallois est démonstrative pour le cas particulier, mais je ne crois pas que ce processus soit général. La dilatation de l'estomac étant plus fréquente que le rein flottant, ne saurait être la conséquence de ce dernier. D'autre part, l'ectopie rénale, fréquente chez la femme, est exceptionnelle chez l'homme.

Le gui dans le traitement de l'hémoptysie.

M. René Gaultier. — Ayant eu connaissance de deux faits d'hémoptysie enrayée par l'usage du gui de chêne, employé sur les conseils d'une commère, j'ai entrepris moi-même des essais de traitement par cette plante, des hémorragies pulmonaires contre lesquelles, comme me l'ont appris mes recherches littéraires, elle avait déjà été employée par quelques médecins anglais et américains.

Je me suis servi d'extrait éthéré de gui, en pilules, que j'ai fait prendre, à la dose de 0 gr. 80 par jour, à 8 tuberculeux hémoptoïques. Chez 7 d'entre eux, l'hémoptysie fut rapidement arrêtée, et une fois seulement le résultat fut nul. Or, l'autopsie de ce dernier malade montra que son hémorragie pulmonaire était due à la rupture d'un volumineux anévrysme de Rasmusen.

D'après mes expériences, les effets antihémoptoïques du gui paraissent être liés à l'abaissement de la pression artérielle.

Nouveau remède interne contre la blennorragie : le gonosan.

M. Renault. — La blennorragie urétrale étant une des maladies les plus ingrates que le médecin ait à traiter, nous devons accueillir avec empressement tout remède, surtout si ce remède est prôné par des spécialistes, dont la valeur et la conscience scientifique ne sont contestées par personne.

Dans cet ordre de faits rentre le gonosan, introduit pour la première fois, en 1902, dans la thérapeutique par le docteur Boss (de Strasbourg). Depuis, ce médicament a été essayé constamment avec succès par des spécialistes.

En France, le docteur Lavaux, à l'École pratique, signale l'action calmante du gonosan dans les affections des reins et des voies urinaires supérieures. Mais il n'est pas question du traitement de la blennorragie.

C'est l'action de ce médicament contre cette dernière maladie, que nous avons essayée dans notre service de vénériens de l'hôpital. Un stock suffisant a été mis obligeamment à notre disposition par M. Rohais.

Quelques mots de la composition du gonosan et de ses effets physiologiques sur l'organisme sont nécessaires.

Le gonosan est une dissolution de la masse résineuse, pharmaceutiquement active, de la racine de kawa-kawa dans la meilleure essence de santal indien.

Malheureusement, le santal étant un médicament cher, il est souvent additionné d'huile de ricin, d'oléo-résine de copahu, d'huile volatile de copahu ou d'essence de cèdre. C'est à l'action de ces mélanges que sont dus les nausées, vomissements et surtout douleurs lombaires, qui obligent les malades à suspendre le remède.

L'avantage du gonosan est d'être préparé avec une essence de santal indien absolument pure. Dans cette essence, on dissout les principes actifs du kawa-kawa.

Le kawa est le nom d'une boisson enivrante que les Polynésiens préparent avec la racine du poivrier : Piper methysticum.

L'action énivrante et anesthésique de ce breuvage est due à une résine, le kawa-kawa, qui, d'après les expériences des chimistes et physiologistes, produit sur les muqueuses une ischémie et une anesthésie suffisante pour calmer les douleurs de l'inflammation.

Ce sont d'une part les inconvénients de l'essence de santal, employée seule, de l'autre les propriétés anesthésiques remarquables du kawa, qui donnèrent au docteur Boss (de Strasbourg) l'idée d'associer ces deux médicaments.

Le gonosan se présente sous la forme d'une substance huileuse, jaune verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, le chloroforme et l'éther.

Dans sa composition, une essence très pure de santal indien entre dans la proportion de 80 p. 100 et les résines de kawa-kawa, à l'exclusion des principes cristallisables, inactifs, dans la proportion de 20 p. 100.

Le docteur Boss fait prendre à ses malades 8 à 10 capsules de 0,30 ctgr. par jour. Il résulte des recherches de cet auteur que le gonosan est remarquable :

1° Par ses propriétés sédatives, c'est-à-dire que ce médicament fait disparaître les douleurs intenses de la miction pendant les érections de la premiere période de la blennorragie aiguë.

2° Par son action anticatarrhale, le gonosan diminue rapidement le flux blennorragique, et chez un bon nombre de malades, le fait cesser complètement ;

3° Par sa vertu bactéricide, ainsi qu'en témoigne la disparition progressive du gonocoque, constatée par l'examen du pus au microscope.

Ajoutons enfin que le gonosan est le mieux supporté des remèdes balsamiques. Il ne provoque aucun sentiment de répugnance, ni de dégoût, n'attaque ni l'estomac, ni les intestins et ne causent jamais de douleurs lombaires, si souvent engendrées par l'essence de santal, employée seule.

Permettez-moi maintenant de vous faire connaître les résultats de mon expérimentation :

J'ai soumis à la médication par le gonosan 10 malades atteints de blennorragie pour la première fois.

Le pus urétral de chacun d'eux renfermait du gonocoque, inclus dans les leucocytes polynucléaires, à l'exclusion d'autres microbes dans presque tous les cas. Aucun de mes patients, sauf un seul, n'a été soumis préalablement au régime émollient. D'emblée, j'ai prescrit le gonosan, à la dose de six capsules pendant les deux premiers jours, puis de neuf, les jours suivants, jusqu'à la sortie de l'hôpital. Le médicament était administré en trois fois, par parties égales, au début des trois repas.

De l'ensemble des observations, il ressort d'abord un premier fait, qui paraît hors de contestation et qui, au point de vue pratique, a une importance considérable ; c'est la propriété anesthésique du gonosan.

Huit fois sur dix, c'est-à-dire 80 p. 100 de nos cas, le nouveau remède a éteint promptement les douleurs pénibles de la miction et des érections.

Combien de temps faut-il pour que l'effet sédatif se produise ? Six jours en moyenne d'après nos observations et, dans cinq d'entre elles, trois à quatre jours ont suffi pour produire l'effet sédatif.

Pareil résultat est très appréciable, quand on veut bien se rappeler que, dans la blennorragie aiguë, ce n'est guère qu'au bout de douze à quinze jours, que la miction devient supportable et que les érections dangereuses ne tourmentent plus les patients.

Le deuxième avantage du gonosan consiste dans son pou-

voir anticatarrhal. Ce médicament diminue aussi promptement l'abondance du flux blennorragique que les autres balsamiques habituellement employées. Au bout de quelques jours, dans la plupart des cas, l'écoulement est réduit au point de tacher à peine le linge.

Troisième qualité du remède : c'est qu'il est admirablement supporté par presque tous les malades.

En administrant le médicament immédiatement avant le repas, chaque capsule avec un peu d'eau, je n'ai constaté, sauf dans un cas, ni dégoût, ni pesanteurs d'estomac, ni pyrosis, ni coliques, ni douleurs de rein. J'insiste sur ce dernier point, qui ne constitue pas un des moindres avantages du gonosan. J'ajoute enfin, qu'après l'usage du gonosan, je n'ai jamais observé le moindre érythème. La plupart des auteurs prétendent que le gonosan prévient les complications de la blennorragie, telles que orchi-épididymites et cystites. A cet égard, je ne me permettrai de tirer aucune conclusion, mon expérience n'étant pas suffisante. Ce que je puis dire, c'est que, sur les dix malades, dont j'ai rapporté les observations, l'un d'entre eux a été atteint d'épididymite seize jours après le début de sa blennorragie et au bout de cinq jours de l'emploi du gonosan. Ce malade est du reste un des deux qui n'ont pas bénéficié des vertus anesthésiantes du remède.

Dernière question à envisager : le gonosan peut-il à lui seul guérir complètement la blennorragie ? Il y a des auteurs qui prétendent que les remèdes internes ne parviennent jamais, sans le secours des injections ou des lavages, à tarir un écoulement.

Tel n'est pas mon avis, si je m'en rapporte à mes observations, dix fois sur dix, le gonosan semble avoir produit une guérison définitive.

Est-on en droit de considérer ces cures comme définitives ?

A cette question, je ne suis pas en mesure de répondre. Je considère néanmoins la chose possible, si les intéressés ont observé strictement et durant les délais requis, c'est-à-dire trois semaines à un mois après la disparition totale de l'écoulement, l'hygiène et le régime appropriés.

Cette question réservée, le gonosan n'en constitue pas moins un des remèdes les plus précieux que nous possédions contre la blennorragie, en raison de ses propriétés anticatarrhales et surtout anesthésiques, qui permettent de l'administrer dès le début de l'écoulement, contrairement aux autres balsamiques, et d'en abréger vraisemblablement la durée, puisqu'il supprime le traitement émollient d'ordinaire prescrit pour calmer les douleurs des mictions et des érections et favoriser le flux urétral dont l'abondance est en raison directe de l'effet actif.

Le gonosan fait-il disparaître plus vite les gonocoques que les autres antiblennorrhagiques ? Mon expérience personnelle est encore insuffisante à cet égard.

Différents auteurs le croient, mais il serait risqué de conclure à l'extinction du gonocoque. Sans doute, celui-ci disparaît en apparence. Mais il peut se dissimuler au fond des glandes urétrales ; on sait en effet la facilité avec laquelle il repullule sous l'influence de la moindre excitation.

Mes conclusions personnelles me permettent d'affirmer :

1° Les propriétés anesthésiques remarquables du gonosan contre les douleurs des mictions et des érections ;

2° Son pouvoir anticatarrhal ;

3° Son innocuité envers l'estomac, l'intestin, les reins et la peau.

Demande de renseignements. — On désirerait avoir des observations d'accouchements dans des positions autres que le décubitus dorsal. — Prière d'y joindre quelques mots de comparaison sur les avantages et inconvénients remarqués : L'auteur se fera un devoir d'envoyer un exemplaire de son travail à tous ceux qui lui auront fait parvenir quelques renseignements. Adresser les renseignements à M. Giron, 12, rue *N.-Dame-des-Champs*, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Anémie des mineurs, *étiologie, séméiologie, prophylaxie, organisation médicale* ; par le Dr E. François. (In-8°, Paris. A. Maloine, éditeur.)

C'est en qualité de délégué à l'enquête sur l'ankylostomiase que le Dr François a fait ses recherches sur ce qu'il appelle l'*anémie des mineurs*, et qu'il aurait mieux fait de dénommer l'*anémie chez les mineurs*.

N'est-ce pas François Bacon qui a dit : *ex errore citius emergit veritas quam ex confusione* ? Dans l'histoire de ce que l'on a désigné du nom d'anémie des mineurs, il est d'autant plus difficile de faire émerger la vérité qu'aux erreurs de diagnostic viennent se joindre une multitude d'autres causes d'erreurs, des confusions étiologiques, des hypothèses et même des conceptions fantaisistes qui embrouillent à qui mieux mieux une question déjà fort complexe par elle-même. Aussi rendra-t-il un grand service à la science, à la médecine pratique, à l'hygiène professionnelle en même temps qu'à la bonne logique scientifique, celui qui, s'armant résolument du flambeau de la libre recherche, animé de l'esprit d'examen, tentera d'élucider et d'éclairer au grand jour cette question. Il lui faudra faire une large autant que sincère étude clinique et critique des observations directes, négligeant fictions et hypothèses, ne tenant compte que pour ce qu'ils valent de faits exceptionnels ou accidentels en se gardant de toute généralisation. Ne devra-t-il pas aussi établir un contrôle sévère des cas présentés et choisis pour étayer tantôt une théorie préconçue, tantôt des conceptions *a priori*, si brillantes soient-elles ?

Parfois même il ne suffira pas à ce courageux éclaireur, à ce redresseur de torts, à ce persécuteur d'idées fausses ou aventurées, de s'armer du flambeau scientifique, il se verra probablement obligé d'avoir recours de temps en temps à une arme beaucoup moins noble destinée à balayer les erreurs, les assertions contestables, les affirmations indémontrables, et même certaines absurdités qui embarrassent le champ de l'hygiène et de la pathologie d'une profession qui semble d'autant moins connue et contrôlable qu'elle ne s'exerce pas au grand jour.

M. François a eu le mérite, dans son mémoire, de restreindre la portée de ses recherches, en sachant en limiter les résultats au bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais et en les restreignant aux dates de juin 1902 à septembre 1905, en quatorze mois qu'a duré son enquête. Mettant de côté toute question de personnalité offusquée par l'oubli presque complet de mes nombreuses et longues études sur les questions d'hygiène houillère, dont les résultats ont été souvent attribués à d'autres et parfois même faussées, je n'hésite pas à féliciter le Dr E. François de la sagesse, de la circonspection, de l'esprit scientifique en un mot, qu'il a su apporter dans ses recherches. Et il est fort excusable d'être incomplet. N'examinant que ce qu'on lui a demandé d'examiner, n'ayant guère pu voir que ce qu'on lui a montré, ou seulement ce qu'on lui a laissé voir, le Dr François a pu ignorer qu'il est, d'en d'autres régions, des chercheurs obstinés qui ont travaillé à établir la vérité.

Avec un grand accent de sincérité, le Dr François est arrivé à démontrer — résultat évidemment non cherché — que dans le milieu des mineurs, les ankylostomes ne se rencontrent pas plus fréquemment que d'autres helminthes à réputation moins mauvaise, les ascarides, les trichocéphales, sans compter les tænias, les oxyures, les anguillules, etc.

Si on parcourt les 15 observations originales qui terminent ce travail, on constate que le Dr François a reproduit 5 observations de sujets porteurs d'ankylostomes dont 4 avaient travaillé en Belgique et dont 3 semblaient avoir apporté leur ver de Mons. 5 autres cas se rapportent à des porteurs d'ascarides et les 5 autres à des porteurs de trichocéphales, un des sujets ankylostomiés avait aussi des trichocéphales.

Quant à la symptomatologie comparée de l'ankylostomiase de la lombricose et de l'helmintiase trichocéphalique, je suis obligé de constater qu'elle paraît laisser une grande difficulté dans le diagnostic, tant est grande la similitude des troubles

pathologiques signalés. Quoi qu'il en soit, le Dr G. François a fait une œuvre sincère, honnête et aussi des plus utiles.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

BIOGRAPHIE

M. le Dr F. WIDAL

Membre de l'Académie de Médecine.



Fils du Dr V. Widal, médecin inspecteur de l'armée, qui dirigea longtemps le service sanitaire de nos troupes algériennes, le Dr Fernand WIDAL est né à Dellys, en Algérie, le 9 mars 1862. Il vient donc d'être élu membre de l'Académie de médecine à l'âge de 44 ans et se trouve de beaucoup le plus jeune Académicien.

Toute la carrière du Dr F. Widal n'est, du reste, qu'une marche ininterrompue vers le succès, dont l'élection à l'Académie n'est que la plus récente étape. Reçu le premier à l'externat, Widal est interne en 1885, il obtient la médaille d'or en 1889 et est reçu la même année docteur avec une thèse intitulée : *Etude sur l'infection puerpérale : la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.* Dans cet important travail, l'auteur démontrait par la clinique et l'anatomie pathologique que le streptocoque pyogène pouvait à lui seul déterminer les différentes formes de l'infection puerpérale : forme avec suppuration, forme diphtérique ou pseudo-membraneuse, forme septicémique sans suppuration ni fausse membrane. Il constatait en outre que la phlegmatia alba dolens puerpérale était toujours d'origine infectieuse, que le streptocoque charrié par le sang se fixait sur les parois veineuses, déterminait une endophlébite, point d'origine du caillot et de la thrombose, qu'entre la phlegmatia la plus légère et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y avait qu'une différence de degrés, que le caillot de la thrombose pouvait se transformer en pus. M. Widal établissait en outre l'identité entre le streptocoque de l'érysipèle et celui de l'infection puerpérale, et prouvait que la fièvre dite de lait n'était autre qu'une légère infection puerpérale. La virulence du microbe était, selon M. Widal, l'explication des diverses formes de l'infection qu'il pouvait déterminer.

Cette thèse qui, sur bien des points, bouleversait les idées admises jusqu'alors, obtint le prix Bréant, de l'Institut, et le prix Jeunesse à la Faculté de Médecine. Dès cette époque, M. Widal avait montré chez lui le souci impérieux de faire bénéficier largement la clinique des travaux de laboratoire ; cette préoccupation devait dominer la plupart de ses études et de ses recherches. Il sut utiliser et synthétiser dans ce but l'enseignement de ses maîtres, les professeurs Cornil, Brouardel, Bouchard, Dieulafoy et Guyon, et les conseils de ceux qui furent pour lui des initiateurs : MM. Roux, Chantemesse, Dreyfus-Brissac, Varnier, etc. A peine revenu d'un voyage d'études en Allemagne, il était reçu médecin des hôpitaux en 1893. Deux ans plus tard en 1895, il passait avec succès le concours de l'agrégation en médecine. Préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, auditeur au Comité consultatif d hygiène de France, lauréat de l'Intitust (prix Bréant et prix Montyon), de la Faculté (prix Lacaze et prix Jeunesse), de l'Académie de Médecine (prix Barbier et prix Oulmont), il obtint la médaille d'or des épidémies en 1892, fut successivement membre de la Société anatomique, de la Société de biologie et de la Société médicale des hôpitaux. Il fut promu en 1899 chevalier de la Légion d'honneur. Nommé médecin de la Maison Municipale de santé en 1898, il devint en 1901 et resta médecin de l'hôpital Cochin.

Doué de toutes les qualités qui font un brillant professeur, M. Widal se consacra dès son internat à l'enseignement. De 1886 à 1889, il remplit les fonctions de moniteur aux travaux pratiques d'anatomie pathologique de la Faculté ; de 1889 à 1895, il fit au laboratoire de M. le Pr Cornil, dont il était le préparateur, un cours pratique de bactériologie qui obtint un légitime succès.

Il fut chargé, comme agrégé, des conférences de pathologie interne et, depuis 1903, fit régulièrement des conférences cliniques à l'hôpital Cochin.

Nous avons pu apprécier nous-même les débuts dans l'enseignement clinique de M. Widal, alors qu'externe de M. le Pr Cornil, à l'Hôtel-Dieu-annexe, en 1890, nous eûmes l'avantage de bénéficier des leçons du lauréat de l'internat, qui avait choisi ce service pour y faire l'année supplémentaire que lui conférait la médaille d'or. Nous nous rappelons les nombreux auditeurs que ses leçons cliniques retenaient au lit des malades. La méthode de ses examens, la clarté de ses expositions et de la discussion du diagnostic, l'érudition des recherches étiologiques ou des explications pathogéniques des symptômes, faisaient prévoir la brillante carrière à laquelle le jeune maître était destiné et la place importante qu'il devait fatalement occuper parmi les savants de notre époque. Mais ce sont moins ces qualités, cependant précieuses dans l'enseignement, qui font le grand mérite de M. Widal que ses nombreux travaux de laboratoire.

LES TRAVAUX DE M LE Dr F. WIDAL.

Nous avons déjà dit que la grande préoccupation de M. Widal avait été de faire bénéficier la clinique des recherches de laboratoire ; l'exposé succinct de ses travaux en fournira la preuve. Comme les hasards de la clinique et l'imprévu des recherches anatomo-pathologiques ont fait aborder à M. Widal de très nombreux sujets d'études, il nous est impossible d'en faire l'analyse dans leur ordre chronologique.

Nous nous contenterons donc de grouper ses principales recherches et d'en montrer l'utilité pratique.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC. — Dès le 26 juin 1896, M. Widal proposa à la *Société médicale* des hôpitaux une méthode permettant de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde. Cette méthode consiste à ajouter une ou quelques gouttes de sérum ou même de sang du malade que l'on suppose atteint de fièvre typhoïde à une culture en bouillon de bacille d'Eberth. Après quelques heures, si le malade est réellement un typhique, la culture perd son trouble uniforme, devient granuleuse et finit par se clarifier complètement ; les microbes se sont amassés au fond du tube pour y former un précipité de petits grumeaux blanchâ-

tres que l'on n'arrive pas à dissoudre complètement en agitant le tube de bouillon. Cette agglutination s'obtient le plus souvent dès le cinquième jour de la maladie.

M. Widal a étudié cliniquement cette séro-réaction et poussé fort loin, en collaboration avec M. Sicard, d intéressantes recherches sur le phénomène de l'agglutination.

S'inspirant des travaux de Charrin et Roger (1889), de Metchnikoff (1891) et Bordet (1895), de Gruber, qui faisaient de l'agglutination une sorte de réaction de l'immunité, M. Widal poursuivit une idée qu'il avait émise avec Chantemesse dès 1892, à savoir, qu'au cours de la fièvre typhoïde, le sérum du sang des malades possédait des propriétés spécifiques résultant de l'action de l'agent infectieux. Ce fut en recherchant ces propriétés qu'il fit la découverte de la séro-réaction qui, facilement applicable à la clinique, est à l'heure actuelle universellement adoptée et donne de si précieux renseignements dans les nombreux cas où le diagnostic de la fièvre typhoïde reste douteux.

Le cytodiagnostic. — Si le séro-diagnostic est une des plus heureuses applications que M. Widal a faites des recherches de laboratoire à la clinique, le cytodiagnostic rend aussi, en précisant la cause de nombreuses maladies, d'inappréciables services Les épanchements séreux ou séro fibrineux, limpides en apparence, contiennent toujours quelques éléments figurés : globules blancs globules rouges, cellules endothéliales, etc. Ces éléments ne sont pas toujours les mêmes et dans les mêmes proportions. Ils varient selon le degré et la cause de l'irritation des séreuses et dans nombre de cas leur nature est prévue par les lois de la phagocytose de Metchnikoff. Au moyen de la centrifugation, il est facile de recueillir en quantité suffisante les éléments figurés d'un épanchement pour en faire l'examen rendu si facile par les procédés de différenciation de Hayem et de Ehrlich. Avec le concours de MM. Sicard et Ravaut, M. Widal a entrepris l'étude des éléments figurés des épanchements, ou pour employer l'expression adoptée, leur cytologie.

Les premiers résultats furent communiqués à la *Société de Biologie* le 30 juin 1900 par MM. Widal et Ravaut qui avaient commencé par l'étude des épanchements pleurétiques : *Cytodiagnostic des pleurésies séro-fibrineuses.* Jusqu'alors on s'était borné à rechercher dans les épanchements pleurétiques les cellules néoplasiques quand on soupçonnait une pleurésie cancéreuse : Dieulafoy avait fait jouer un rôle important à la numération des hématies dans le liquide et considérait comme pleurésies hémorrhagiques celles dont le liquide renfermait plus de 4000 globules rouges. MM. Widal et Ravaut démontrèrent que la formule cellulaire de l'épanchement d'une pleurésie séro-fibrineuse varie selon sa nature et établirent ainsi un véritable cytodiagnostic.

L'ancienne pleurésie banale idiopathique, dite *a frigore*, que M. Landouzy appelle avec plus de justesse *pleuro-tuberculose* primitive, est par exemple caractérisée à sa période d'état par la présence presque exclusive dans son épanchement de lymphocytes mêlés à un nombre plus ou moins considérable de globules rouges.

Dans les pleurésies aseptiques sans néomembranes des *brightiques* et des *cardiaques*, l'examen cytologique permet de constater des placards endothéliaux formés de plusieurs cellules, qui, lorsque l'épanchement vieillit, persistent encadrés alors de lymphocytes et de polynucléaires.

La présence de ces placards permet d'affirmer malgré les autres éléments, que la pleurésie n'est pas d'origine tuberculeuse. L'apparition des polynucléaires indique un état congestif de la plèvre dû à l'inflammation du poumon ou sous-jacent.

Les *pleurésies septiques*, dont celles à pneumocoques sont le type, sont caractérisées avant tout par la présence de polynucléaires neutrophiles en abondance. Les cellules endothéliales s'altèrent rapidement ; certaines jouent le rôle de macrophages et absorbent des polynucléaires et des hématies. Les polynucléaires exercent, en outre, une phagocytose active contre les agents microbiens.

Dans les *pleurésies cancéreuses*, l'examen cytologique permet le plus souvent de rencontrer de grandes cellules plus grandes que les cellules endothéliales et très nombreuses, qui paraissent être des cellules cancéreuses tombées dans le liquide pleural.

Cytodiagnostic des autres épanchements. — Dans les *ascites*, les résultats sont restés indécis, bien qu'avec MM. Froin et Digne, M. Widal ait constaté, dans certaines pleurésies tuberculeuses, une formule cytologique différente de la formule endothéliale ordinaire chez les cirrhotiques.

Dans les *arthrites rhumatismales blennorrhagiques* aiguës, on constate presque uniquement des polynucléaires.

Dans les *hydrocèles* et les *vaginalites*, le cytodiagnostic est intéressant. S'agit-il de vaginalite tuberculeuse, on ne constate que des lymphocites, à la condition qu'il n'y ait pas d'abcès ouvert dans la séreuse. Dans les vaginalites qui accompagnent des orchites infectieuses, on ne trouve que des polynucléaires. Dans les kystes du cordon, les spermatozoïdes sont les seuls éléments figurés.

Dans les hydrocèles vulgaires, on trouve des placards endothéliaux, mêlés de globules rouges et de lymphocytes peu nombreux.

Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien. — Ce cytodiagnostic donne les résultats les plus importants.

MM. Widal, Sicard et Ravaut ont essayé d'en fixer les règles. A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'éléments cellulaires ou seulement quelques très rares lymphocytes.

La moindre inflammation ou la simple irritation des méninges font apparaître les lymphocytes ou polynucléaires en grand nombre.

Dans la méningite tuberculeuse, le nombre de lymphocytes dépasse toujours de beaucoup celui des polynucléaires

Dans les méningites cérébro-spinales, ce sont les polynucléaires qui forment la formule cytologique. Cette polynucléose persiste si la méningite n'évolue pas vers la guérison ; si au contraire l'état s'améliore, les lymphocytes apparaissent et deviennent de plus en plus nombreux.

Dans les affections du système nerveux MM. Widal, R. Monod, Sicard, Babinski, Nageotte, Lemierre, etc. ont fait des recherches à ce sujet. La lymphocytose caractérise le tabès et la paralysie générale. On la retrouve dans les affections syphilitiques des centres nerveux qui déterminent l'irritation des méninges. Elle n'existe pas dans l'hémiplégie banale par hémorrhagie ou ramollissement. En un mot la présence de lymphocytes est toujours symtomatique de l'irritation des méninges.

Par ce court aperçu, on peut déjà se rendre compte de toute l'importance qu'a prise en clinique, tant au point de vue du diagnostic que de la pathogénie et même du pronostic et du traitement, la méthode cytologique telle que l'a conçue et développée M. Widal.

La cure de déchloruration.

Un troisième ordre de travaux qui mérite d'être placé en tête des plus importantes innovations dues à M. Widal est ses études sur la chlorémie et la pathogénie des œdèmes qui l'ont amené à une conséquence thérapeutique du plus grand intérêt pratique : la cure de déchloruration.

Depuis 1903, M Widal a poursuivi ces recherches en collaboration avec MM. Lemierre, Javal, Froin et Digne.

Winter le premier, puis Cohnstein, Langlois, Ch. Richet, Hallion, Carrion, Reichel, Chauffard, s'étaient occupés du rôle des chlorures dans l'économie et de leur influence sur les œdèmes. Achard avec Lœper et Laubry firent d'importantes recherches sur la rétention des chl-

rures et émirent l'hypothèse que l'accumulation du chlorure de sodium et de différentes substances dissoutes en excès dans le sang jouait un rôle important dans la pathogénie de l'œdème brightique. Claude et Mauté, se basant sur l'élimination des éléments chlorés et achlorés après l'épreuve de la chloruration alimentaire, tiraient des indications sur la gravité du pronostic des néphrites et la nécessité du régime lacté. Richet et Toulouse établirent l'influence du régime hypochloruré sur l'action thérapeutique du bromure.

Widal et Lemierre démontrèrent par des expériences méthodiques que, chez certains brightiques, la seule ingestion de chlorure de sodium pouvait faire réapparaître les œdèmes. M. Strauss constatait, à la suite, que le régime lacté agissait par la faible quantité de chlorures qu'il introduit dans l'organisme. Puis Widal établit que les viandes, les albuminoïdes et les substances les plus variées donnaient le même résultat que le régime lacté à la condition que le chlorure de sodium fut banni de leur composition.

Avec M. Javal, M. Widal étudia en outre l'action déchlorurante de divers diurétiques, montra les rapports de la chloruration et de l'albuminurie. Enfin il aborda avec MM. Froin et Digne l'étude de la déchloruration chez les cardiaques.

Aucun médecin ne discutera l'importance pratique de la découverte de cette cure de déchloruration, qui permet à un albuminurique infiltré d'œdèmes de s'améliorer davantage par un régime carné et amylacé privé de sel que par le régime lacté considéré jusqu'à cette époque comme le seul salutaire. Cette cure de déchloruration est une méthode générale de diététique dont la portée a rapidement dépassé les premières indications. Elle est devenue, pour une série d'états morbides, une des bases de l'hygiène alimentaire.

Si le sérodiagnostic, le cytodiagnostic et la cure de déchloruration sont, parmi les travaux du Dr F. Widal, ceux qui ont fourni à la clinique les concours les plus appréciés, si ce sont eux qui donnent l'idée la plus exacte de la tournure d'esprit de ce laborieux qui s'efforce de doter la médecine de nouvelles méthodes découvertes au laboratoire et y réussit, il serait injuste de clore là la liste de ses recherches. Aucun médecin instruit n'ignore ses études sur la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth et sur le bacille de la dysenterie faites pour la plupart en collaboration avec le Pr Chantemesse. On ne saurait passer sous silence ses recherches sur les maladies à colibacilles et à paracolibacilles dites paratyphoïdes.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les travaux sur les maladies à streptocoques, l'infection puerpérale, la phlegmatia, l'érysipèle, etc. dont nous avons parlé plus haut à propos de sa thèse de doctorat. Il nous faudrait citer encore les mémoires sur l'aspergillose (av. Dieulafoy et Chantemesse. *Cong. de Berlin*, 1890) ; de nombreuses communications sur les maladies des plèvres et des poumons, du cœur, des vaisseaux et du sang, du rein, du foie, de la rate, du tube digestif, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de Biologie, au Congrès français de Nancy (1896), au Congrès international de médecine de 1900, au Congrès britannique de la tuberculose (Londres 1901).

Aucun chapitre de la clinique médicale ne le laissa indifférent, il aborda les maladies du système nerveux, les maladies de la nutrition, fit des recherches expérimentales les plus diverses, notamment sur la médication cacodylique, sur la toxicité des humeurs, etc., etc.

Les dernières de ses recherches expérimentales, faites en collaboration avec M. Rostaine ont trait à l'insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques qui l'ont conduit à la découverte d'une sérothérapie préventive de l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique.

***

Tel est le résumé de l'œuvre scientifique considérable du Dr F. Widal.

Nous en avons distrait les nombreux rapports au Comité consultatif d'hygiène de France, les articles critiques, dont cependant certains sur les *Réformes dans l'enseignement clinique en France et la propédeutique en Allemagne*, bien que parus en 1891, auraient à l'heure présente un véritable intérêt d'actualité ; nous n'avons pas cru devoir signaler sa collaboration active au Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud, à celui de Brouardel et Gilbert, au Traité de Pathologie générale de Bouchard. Avec un pareil bagage scientifique, il était difficile à l'Académie de médecine de ne pas ouvrir ses portes toutes larges au Dr Widal et il nous est permis de regretter que la mauvaise organisation actuelle ne donne pas dans l'enseignement de la médecine la place importante qu'ils devraient occuper à des laborieux comme le Dr Widal, pendant qu'ils sont en possession de toute leur intelligence et de tout leur talent.

J. Noir.

MEDECINE PRATIQUE

Iodisme et bromisme.

L'usage interne des bromures et iodures peut déterminer des accidents ordinairement bénins mais dont le caractère peut devenir sérieux.

Ces accidents sont désignés sous le nom d'iodisme ou de bromisme. Ils présentent entre eux de nombreux points de similitude qui permet de n'en faire qu'une seule description.

Les troubles digestifs s'observent quelquefois dès le début, d'autres fois au bout d'un temps plus ou moins long ; la digestion devient difficile, l'haleine fétide, la langue sale, arrière-goût métallique, anorexie, soif vive, renvois, nausées, constipation, etc., quelquefois diarrhées sanguinolentes, puis amaigrissement.

Les *éruptions cutanées* peuvent apparaître d'emblée, voire même après l'ingestion d'une dose très faible du médicament. La forme commune est l'*acné* qui siège surtout à la face et à la partie supérieure du tronc.

En dehors de cette forme, on voit, soit des éruptions *érythémateuses* comme la roséole, l'urticaire, l'érythème nodulaire, soit des éruptions à types *bulbeux*, *furonculo-anthracoïdes* ou *pustulo-crustacés*. Ces dernières présentent une singulière tendance à devenir ulcéreuses ou végétantes et simulent, parfois à s'y méprendre, certaines syphilides ou de véritables néoplasies.

Les accidents spéciaux aux iodures sont représentés le plus souvent par des *manifestations catarrhale* habituellement réduites à un coryza séreux, mais qu'on peut voir siéger sur toutes les muqueuses, et, plus rarement, par des *symptômes congestifs viscéraux* variables comme siège et intensité, et des *œdèmes* dont les plus graves, exceptionnels heureusement, sont ceux de la glotte et du poumon.

Les moyens d'éviter ces accidents, en conservant le bénéfice entier du traitement sont : 1° les lavements d'abord, mais ce moyen, peu pratique, lasse et fatigue vite le malade ; 2° le second moyen consiste à administrer l'iodure sous la forme de Gluto-Bulles Jougla qui assurent le passage intact à travers l'estomac pour être rendu soluble seulement dans l'intestin grâce à une insolubilité complète dans le suc gastrique.

Voyons ce qu'est cet enrobage et en quoi il consiste : 1° un noyau central d'iodure de potassium chimiquement pur ; 2° une couche légèrement résineuse, puis une couche de kératine. (*La kératine est un corps extrait des cellules superficielles de l'épiderme, des ongles, des sabots du cheval, etc.*)

Elle se présente sous la forme d'une poudre jaune brun, sans odeur, sans saveur; elle est insoluble dans l'eau, les acides étendus, les solutions de pepsine. *Elle résiste donc à l'action des sucs gastriques.* Par contre, elle est attaquable par les solutions alcalines, elle subira *donc l'influence des sucs intestinaux.* 3° Enfin une couche de gluten insoluble dans le suc gastrique et soluble seulement dans l'intestin. On comprend immédiatement tout l'avantage qu'il peut y avoir à formuler

le traitement ioduré sous la forme de Gluto-Bulles Jougla.
1° Conservation parfaite ;
2° Dosage rigoureux ;
3° Pas d'accidents d'iodisme.
Les Gluto-Bulles Jougla contiennent 0 gr. 25 d'iodure de potassium chimiquement pur.

VARIA

Le nouveau Conseil Supérieur de l'Assistance publique.

Le *Journal officiel* publie un décret modifiant ainsi qu'il suit l'article premier du décret du 15 janvier 1894, modifié par les décrets du 9 mars 1898, du 28 mai 1902 et du 12 décembre 1904 :

Le conseil supérieur de l'Assistance publique est composé de membres de droit et de cinquante-sept membres nommés par décret.

Sont membres de droit du conseil : 1° Le vice-président du Conseil d'Etat ; 2° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; 3° Le directeur de l'administration départementale et communale ; 4° Le directeur des affaires civiles au ministère de la justice ; 5° Le directeur de l'administration pénitentiaire ; 6° Le directeur général de l'enregistrement, des domaines et du timbre ; 7° Le directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales au ministère du commerce ; 8° Le directeur de la mutualité au ministère de l'intérieur ; 9° Le président du comité national des congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée ; 10° Le président du conseil supérieur d'hygiène publique de France ; 11° Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; 12° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris ; 13° quatre inspecteurs généraux des services administratifs au ministère de l'intérieur, désignés par le ministre.

Les membres nommés par décret comprennent dix sénateurs, douze députés et trente-cinq personnes désignées, soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

Les dix sénateurs sont : MM. Bérenger, Bienvenu Martin, Borne, Bourgeois, Gourjon, Labiche, Labrousse, Pédebidou, Rey, Strauss.

Les douze députés : MM. Aynard, Barthou, Buisson, Caillaux, Camuset, Chéron, Cruppi, Dron, Dubief, Muteau, Steeg Thierry.

Les trente-cinq personnes compétentes : M. Emile Loubet ; Mme Bogelot, ancienne directrice de l'Œuvre des libérées de Saint-Lazare ; Mme Pérouse, présidente du conseil d'administration de l'Union des femmes de France ; MM. Alapetite, préfet du Rhône ; Armaingaud, professeur du cours municipal à Bordeaux ; Bompard, conseiller de préfecture, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale ; Boucard, maître des requêtes honoraire au Conseil d'Etat ; Bourneville, médecin des hôpitaux ; Briand, médecin en chef de l'asile de Villejuif ; Brueyre, ancien chef de division de la préfecture de la Seine ; Caubet, administrateur des hospices de Toulouse ; Chevallereau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts ; Cheysson, inspecteur général des ponts et chaussées ; Cros-Mayrevieille, vice-président de la commission administrative des hospices à Narbonne ; Lucien Descaves ; Ferdinand Dreyfus, ancien député ; Hébrard de Villeneuve, conseiller d'Etat ; docteur Henrot, ancien maire de Reims ; docteur Lande, ancien maire de Bordeaux ; docteur Cardier, ancien maire de Rambervillers ; Lefèvre, conseiller municipal de Paris ; docteur Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; docteur Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; Marbeau ancien conseiller d'Etat ; Marbin, inspecteur général de l'assainissement de Paris ; docteur Millon, secrétaire général adjoint de l'Union des syndicats médicaux de France ; Monod, ancien directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; de Mouy, conseiller d'Etat ; docteur Olivier ; Piccard, membre de l'Académie de médecine ; Sabran, ancien président du conseil général des hospices de Lyon ; docteur Thulié, ancien président du conseil municipal de Paris ; André Ulrich, avocat ; Van Cauvenberghe, maire de Saint-Pol-sur-Mer ; Voisin, conseiller à la Cour de cassation.

Un cas de Peste au Havre.

Plusieurs journaux ont annoncé que la peste bubonique avait fait son apparition au Havre. Voici à quoi se borne cette sensationnelle nouvelle d'après le *Temps* :

Le 3 juillet, au Havre, un marin nommé Thieulent, travaillant aux Chargeurs-Réunis, était subitement pris de violentes coliques et de nausées et devait abandonner son chantier pour rentrer chez lui. Le soir, son état empirant, sa femme manda le médecin de nuit, qui prescrivit divers médicaments et conseilla l'intervention de son collègue de l'assistance publique. La famille suivit de point en point ces recommandations, et le lendemain matin, M. Louis Laurent, médecin des hôpitaux, examinait attentivement le malade. Au cours d'une seconde visite, quelques heures après, il constata le développement d'une adénite dans l'aine du malade, dont l'état présentait, dès lors, les symptômes caractéristiques de la peste bubonique. Les docteurs Poittevin, directeur du laboratoire de bactériologie, Borel, chargé du service sanitaire, et Hoitier, médecin des épidémies, appelés en consultation, confirmèrent ce diagnostic. Enfin Thieulent expira. Aussitôt le bubon fut opéré et soumis, au laboratoire de bactériologie, à des expériences qui fortifièrent l'hypothèse des médecins. Pour plus de sûreté, on envoya à l'Institut Pasteur le germe suspect, et le professeur Roux le soumit à l'analyse.

Entre temps, M. Maillart, maire du Havre, prenait, de concert avec les médecins hygiénistes les mesures d'antisepsie les plus rigoureuses. Une enquête ayant révélé que Thieulent était récemment revenu du Congo, où il était allé conduire le *Petit-Gabon* pour le compte des Chargeurs-Réunis, son logement fut évacué, désinfecté, lessivé au bichlorure de mercure. Tous les objets lui ayant appartenu ont été brûlés.

Certains journaux ont publié récemment une note affirmant que l'on n'avait pas eu affaire à un cas de peste, mais bien à un cas de septicémie aiguë. Quoi qu'il en soit, tout danger paraît actuellement conjuré.

Exercices spéciaux du service de santé en 1906.

Comme les années précédentes, auront lieu en 1906, dans le gouvernement militaire de Paris, des exercices spéciaux du service de santé. Ces manœuvres seront commandées par le général Bolgert, commandant la 13e brigade d'infanterie. Elles auront comme directeur technique le médecin principal de 1re classe Antony, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Elles auront lieu du 30 juillet au 3 août prochain. Une conférence préparatoire sera faite aux Invalides le 30 juillet. La concentration se fera le 31 juillet. Les journées des 1er, 2 et 3 août seront consacrées aux manœuvres qui se dérouleront dans la vallée de la Seine, de l'Orge et de l'Yvette, de Juvisy à Longjumeau. Des détails complémentaires seront donnés ultérieurement.

LES CONGRÈS

XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Lille, 1er au 4 août 1906).

Programme des Travaux et Excursions : Mercredi 1er août : 9 heures matin. — Séance solennelle d'ouverture du Congrès, dans la Salle des Fêtes du Conservatoire, place du Concert ; 11 heures matin. — Visite du palais des beaux-arts, place de la République. — 2 heures soir : Séance à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'histoire naturelle, place Philippe-Lebon. — Premier rapport. — Psychiatrie. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. — Rapporteur : M. le Dr M. Dide, de Rennes. — 8 heures 1/2 soir : Réception offerte à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Jeudi 2 août : Excursion à Bailleul. — Départ en chemin de fer de la gare de Lille à 8 heures 20 matin. Arrivée à Bailleul à 7 h. 20. — Visite de l'Hôtel de ville, du Musée de Puydt, de l'Asile public d'aliénées. — 1 heure après-midi : Déjeuner offert dans le parc de l'Asile des aliénées par la Commission de surveillande. — 4 heures après-midi. : Excursion en voiture à la Trappe du Mont-des-Cats. — Retour en chemin de fer par la gare de Bailleul, à 6 h. 50 soir. Arrivée à Lille à 7 h. 1/2.

Vendredi 3 août : 9 heures matin. — Séance à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'histoire naturelle, place Philippe-Lebon

Communications diverses. — 2 heures soir : Deuxième rapport : Neurologie. — Le cerveau sénile. — Rapporteur : M. le Dr A. Leri, de Paris.

Samedi 4 août : 9 heures matin. — Séance à la Faculté de médecine, place Philippe-Lebon. Communications diverses. — 2 heures soir. Troisième rapport : Médecine légale. La responsabilité des hystériques. — Rapporteur : M. le Dr R. Leroy, de Ville-Evrard. — 9 heures soir : Punch offert par M. le Dr Grasset, président du Congrès.

Dimanche 5 août : Visite et banquet à l'Exposition internationale de Tourcoing. Départ de la gare de Lille à 9 heures matin. — Visite de la ville de Roubaix et du parc de Barbieux. — 11 h. 1/2 matin : Réception des congressistes par la municipalité à l'Hôtel de Ville. — 1 h. après-midi : Banquet par souscription dans un des pavillons de l'Exposition. — 4 heures soir : Visite de l'Exposition et de ses attractions.

Lundi 6 août : Excursion et séance du Congrès à Boulogne-sur-Mer. — 7 h. 10 matin : Départ de Lille. — 9 h. 51 matin : Arrivée à Boulogne. — 10 h. 1/2 : Réception et vin d'honneur, offert par la municipalité, à l'Hôtel de Ville. — 11 heures : Séance du Congrès dans une des salles de l'Hôtel de Ville. — 1 heure après-midi : Déjeuner en corps. — 3 heures : Visite de la ville (les monuments, le port, la plage). — 6 heures 19 soir : Retour à Lille.

Mardi 7 août : Excursion à Saint-Pol-sur-Mer et à Zuydcoote. — 7 h. 2 matin : Départ de Lille. — 8 h. 51 : Arrivée à Dunkerque et départ en voiture pour le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. — 11 heures : Visite du port de Dunkerque, sous les auspices de la Chambre de commerce. — 1 heure après-midi : Déjeuner en corps au Casino de Malo-Terminus. — 2 heures : Départ pour le Sanatorium de Zuydcoote. — 5 heures soir : Retour à Dunkerque.

Dislocation du Congrès. — A l'occasion du Congrès, il est organisé une excursion à Londres. Départ de Lille, le 8 août, à 11 h. 31 matin pour arriver à Londres à 5 h. 12 soir. — Séjour à Londres le 9 et le 10 août. — Départ de Londres le 11 août à 11 heures matin pour rentrer à Lille à 4 heures 34 du soir. Prix du voyage, 210 francs par personne, tous frais compris (chemin de fer, bateau, voitures, nourriture, hôtel, guides, etc.).

N.-B. — L'excursion à Londres ne pourra s'effectuer que si elle comprend au moins vingt voyageurs. Les adhésions devront parvenir au secrétaire général pour le 22 juillet au plus tard. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, prière de s'adresser à M. le Dr G. Chocreaux, médecin en chef, asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

FORMULES

LI. — Contre le psoriasis.

Eurobine		2 grammes.
Eugallol	àà	10 —
Acétone		

(Kromayer).

ou :

Soufre citrin	àà	50 grammes.
Huile de hêtre		
Savon vert	àà	100 —
Axonge		
Craie blanche		10 —

Frictions 2 fois par jour, puis un bain au bout d'une semaine.

(Wilkinson.)

ou encore :

Huile de bouleau	20 grammes.
Savon vert	5 —
Lanoline	75 —

ou enfin :

Huile de ruscus		35 grammes.
Alcool de vin	àà	5 —
Ether sulfurique		
Essence de lavande	àà	XXX gouttes.
Essence de rue		

(Bernheim).

Congrès d'étudiants. — Un Congrès d'étudiants, annonce le Matin, se réunira à Bordeaux, le 1er mai 1907. On y discutera la question internationale de l'équivalence des diplômes.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Altmann, de Paris.

Actes de la Faculté de Médecine Paris.

Concours des cliniciats. — Sont nommés *Chefs de clinique médicale* Hôtel-Dieu : M. Crouzon; hôpital Laënnec : M. Laignel-Lavastine ; chef adjoint, M. Salomon ; hôpital Saint-Antoine : M. Rosenthal ; chef adjoint, M. Agasse-Lafont. — *Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Hôpital Saint-Louis M. Rostaine ; chef adjoint, M. Louste.— *Chef de clinique des maladies infantiles.* — Hôpital des Enfants-Malades ; M. Armand-Delille ; chef adjoint, M. Babonneix.

Concours du prosectorat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Okinczyc et Gernez.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 1er au samedi 7 juillet 1906, les naissances ont été au nombre de 1.000, se décomposant ainsi : légitimes 727, illégitimes 273.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 770, savoir : 410 hommes et 360 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 8 — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 6. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 180. — Tuberculose des méninges : 28. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes 49. — Méningite simple : 11. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 37. — Maladies organiques du cœur : 48. — Bronchite aiguë : 6. — Bronchite chronique : 10. — Pneumonie : 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire 57. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4 — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7; autre alimentation : 21. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 5.— Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 16. — Néphrite et mal de Bright : 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 23. — Débilité sénile : 20. — Morts violentes : 33. — Suicides : 13. — Autres maladies : 97. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : légitimes 43, illégitimes 22.

Distinctions honorifiques. — Légion d'honneur : *Grand officier.* — M. le Dr Gentil, médecin inspecteur général de l'armée.

Commandeur. — M. le Dr Catteau, médecin inspecteur de l'armée.

Officiers. — MM. le Dr Hallopeau (de Paris) ; Benech, médecin inspecteur de l'armée ; Bercher, Calmette, Isambert, Jarry, Pommay, Vuillemin, médecins de l'armée active ; Gros, ancien médecin militaire ; de Cours, Desmonts, médecins de l'armée territoriale ; Machenaud, médecin de la marine ; M.-L.-M. Delrieu, médecin des troupes coloniales.

Chevaliers. — MM. les Dr Hellot (de Paris) ; E.-J. Arnould, Augias, C.-A. Bailly, Bouchet, Cavalier-Benezet, N.-T. Coste, Delaborde, Ecot, P.-A. Gary, A.-E. Janot, Mouret, Pettier, Provendier, C.-H. Renard, J.-A. Rouget, Viéron, médecins de l'armée active ; Zuccarelli, médecin de la réserve ; Ricard, médecin de l'armée territoriale ; Etourneau, Giraud, Hennequin, médecins de la marine ; F.-A. Baret, ancien médecin de la marine ; Augier, Doury, médecins de réserve de la marine ; Bourdon, J.-A. Jacquin, médecins des troupes coloniales.

Décorations académiques. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Dr O. Benoit, Mauclaire, P.-J. Poirier, E.-A. Robin, de Paris ; Arthus, de Marseille ; Audry, de Toulouse ; Bagnéris, de Reims ; Barrois, de Lille ; Bolot, de Besançon ; Cousyn, de Lorient ; G. Etienne, de Nancy ; Fallot, de Marseille ; Follet, de Rennes ; Gagnière, de Montpellier, Genoud, de Lyon ; Heitz, de Besançon, Le Dantec, de Bordeaux ; Nicolas, de Lyon ; Oui, de Lille ; Pouchin, de Rouen ; Poujol, de Montpellier ; Rappin, de Nantes ; Rochet, de Lyon ; Thouvenet, de Limoges ; Vigenaud, de Clermont-Ferrand.

Officiers d'Académie. — MM. les Dr Argaud, Attaix, de Clermont-Ferrand ; Bellamy, de Saint-Brieuc ; Berland, de Poitiers ; A.-P. Bernard, d'Amiens ; Commandeur, de Lyon ; G.-F. Gross, de Nancy ; Guérin, de Montpellier ; Jacquemet, de Grenoble ; Lagriffoul, de Montpellier ; Lefort, de Lille ; Malapert, de Poitiers ; Mornet, de Blois ; Petit, de Poitiers ; Piollet, de Clermont-Ferrand ; R. Rosenthal, de Nancy ; Soulé, de Bordeaux ; L.

Spillmann, de Nancy ; Véron, de Rennes ; M. Florence, préparateur, à la Faculté de médecine de Montpellier.

Mérite agricole. — *Officier*. M. le Dr Heckel, de Marseille.

Médaille d'honneur des Enfants-Assistés de la Seine. — *Médailles d'argent*. — MM. Drs les Houzé (de Cussy-en-Morvan) ; Miguet (d'Etang-sur-Arroux).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Coquidé (de Frévent) ; Digoy (de Saint-Léger-sous-Beuvray) ; Martin (de Moulins-Engilbert) ; Poingt (de Douzy) ; Regnault (de Brinon-sur-Beuvron) ; Richard (de Boiry-Sainte-Rictrude).

L'agregation du Val-de-Grace. — Ce concours s'est terminé par la nomination comme professeurs agrégés à l'Ecole d'application du service de santé militaire de MM. les médecins-majors de 2e classe Sacquepée (*hygiène*) ; Chavigny (*médecine légale, législation, adminitration et service de santé militaires*).

Un nouvel inspecteur général pour les troupes coloniales — M. le médecin inspecteur Kermogant a été promu médecin-inspecteur général.

Chronique des Hôpitaux

Concours d'oto-rhino laryngologie—Le concours pour deux places d'assistant titulaire s'est terminé par la nomination de MM. Laurens et Gimbert. MM. Hautant et Jules Lemaire ont été nommés assistants adjoints. Nos plus sincères félicitations à notre distingué collaborateur, M. Laurens.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

sur

L'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'**année 1904**.

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin.

Volume de 314 pages avec 17 figures (Tome XXV). Prix : 7 fr.

Pour nos abonnés.................................... 5 fr.

VIENT DE PARAITRE

LIBRAIRIE DU *PROGRÈS MÉDICAL*

VARIOLE & VACCINATION

Conférence faite aux écoles d'infirmières en 1904 et 1905,

par **Louis MOREL**.

10e brochure de la Bibliothèque de l'Infirmière. 22 pages in-8°.

Prix... **0 fr. 50**



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

CHEMINS DE FER
DE PARIS-LYON-MEDITERRANEE

Vacances de 1906.

A l'occasion des Vacances de 1906, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche sur l'Auvergne un train spécial à prix réduits (3e classe seulement).

Départ de Paris, le 16 juillet, à 6 h. 10 soir.

Retour au gré des voyageurs jusqu'au 1er novembre.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kgs de bagages.

Les billets nominatifs sont délivrés au bureau de ville de la Compagnie, 64, rue Tiquetonne, depuis le 2 juillet ; la vente sera close la veille du départ du train.

Pour renseignements, voir les affiches ou s'adresser au bureau de la rue Tiquetonne.



35e ANNÉE. 3e SÉRIE T. XXII. N° 30. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 28 JUILLET 1906

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Sur deux cas de luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial ;

Par le Dr Georges **BERNE** (1),
Ancien interne-lauréat des Hôpitaux de Paris et aide d'anatomie.

La luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial est un accident d'une extrême rareté, la nature de la lésion reste probablement méconnue chez plus d'un malade, parce que le praticien n'a pas toujours l'occasion d'observer les phénomènes peu de temps après le traumatisme et que les principaux signes se trouvent masqués par le gonflement du moignon de l'épaule.

De tels cas méritent, à mon avis, d'être étudiés en raison même de leur peu de fréquence, de leur étiologie spéciale, de la difficulté de leur diagnostic et du traitement.

J'ai eu l'occasion, en 21 ans de pratique, d'en recueillir deux observations dignes d'intérêt.

OBS. I. — Dans un 1er cas, examiné en commun avec le professeur Berger qui en établit immédiatement le diagnostic, il s'agissait d'un accident survenu dans les conditions suivantes : une dame de trente ans environ, se trouvant dans un compartiment de chemin de fer, se tenait appuyée, l'épaule contre l'encoignure correspondant à la fenêtre du côté droit, le bras étant en adduction, l'avant-bras reposant, en partie sur la classique bretelle-appui, en partie sur le rebord inférieur de la croisée du wagon. Une collision violente et subite survint ; la dame fut projetée vers l'encoignure de droite. Elle ressentit aussitôt une vive douleur, l'empêchant de fléchir et de soulever l'avant-bras et de mouvoir l'épaule. J'eus l'occasion d'examiner la malade le jour même : la douleur occupait la partie antéro-interne du moignon de l'épaule, elle s'exacerbait pendant les mouvements d'abduction et de rotation. Pendant l'examen, une brusque détente se produisit, la malade se sentit soulagée dès ce moment : la douleur persistait, toutefois, au niveau de la coulisse bicipitale; à ce niveau, un cordon mobile, roulant sous le doigt, pouvait être perçu à l'occasion des mouvements communiqués et n'était autre que le tendon de la longue portion du biceps. Notons que le mouvement d'adduction et de rotation de l'humérus en dehors exacerbait la douleur, le biceps paraissait rigide, contracturé.

Je pratiquai un peu de massage léger, plutôt de l'effleurage de la région, mais malgré qu'elles fussent exercées avec la plus grande douceur, je dus cesser les manipulations dès le troisième jour, j'immobilisai le membre au moyen d'une écharpe. Je cessai toute intervention pendant quinze jours environ, les massages furent dès ce moment bien tolérés; la douleur, d'abord permanente au niveau de la coulisse bicipitale, se dissipa progressivement, la malade guérit après trois mois de traitement.

OBS. II. — Une dame d'une trentaine d'années, étant accroupie et ayant voulu pousser brusquement, avec l'épaule, un tiroir de commode située à sa droite et cela, sans faire face au meuble en question, ressentit une douleur subite au niveau du moignon de l'épaule (pendant l'effort, l'avant-bras avait été tenu en supination forcée, le bras étant en *adduction et rotation en dehors*).

Je vis la malade le jour même de l'accident : inertie complète du membre, impossibilité de maintenir le bras en abduction ; rotation en dehors impossible, avant-bras fléchi avec rigidité.

Je pensai tout d'abord à une subluxation de l'épaule, à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, à une entorse, etc., aucun symptôme ne me paraissant se référer à l'un quelconque de ces divers traumatismes ; je me rappelai le 1er cas signalé ci-dessus, et cherchai si le tendon de la longue portion du biceps n'était pas luxé. Je constatai à la partie interne de l'extrémité supérieure de l'humérus la présence d'un cordon dur et qui se « déclancha » subitement pendant un mouvement d'abduction et de rotation en dedans que j'imprimai au bras de la malade.

Sensation subite de soulagement, suivant immédiatement le claquement sec produit par le retour du tendon dans sa gaine, détente complète, douleur moindre.

Comme dans la première observation, même très doux, le massage fut à peine toléré pendant les premiers jours, immobilisation dans une écharpe, pendant une huitaine.

Vers le 5e jour après l'accident, la malade ayant appuyé son épaule droite sur l'extrême bord de son oreiller (dans cette attitude, le bras était en rotation en dehors), sentit une brusque douleur, le tendon s'était de nouveau luxé, mais la malade ayant (m'a-t-elle raconté) saisi et fléchi, au moyen de sa main gauche, l'avant-bras du côté malade et l'ayant porté en dedans et en avant de la poitrine, avait senti que tout se remettait en place. Après diverses alternatives de repos et de massage (cette fois très bien toléré) la guérison fut obtenue, en deux mois de traitement.

(1) Communication faite à la *Société de Médecine de Paris*, le 23

On le voit, dans ces deux cas, un mouvement brusque de rotation en dehors avait suffi pour produire la luxation du tendon, en dedans de la petite tubérosité; si la réduction du déplacement a été des plus faciles, il faut aussi noter la facilité de la récidive. La mobilisation de l'épaule, unie au massage, a dû succéder, dans le traitement de ces deux cas, à une prudente immobilisation; les fonctions ont été récupérées complètement, il n'y avait eu chez mes deux malades ni fractures ni luxation des os voisins.

Jarjavay admettait que des tendons pouvaient être luxés sans qu'il y eût nécessairement d'autre lésion dans le voisinage. C'est à Cowper que nous devons la première description de la luxation du tendon bicipital hors de sa coulisse. Cet auteur signale la rigidité du biceps, l'impossibilité d'étendre le coude, mais ne nous indique ni le siège exact de la lésion, ni *les conditions anatomiques indispensables à sa production*. Le même auteur signale la remise en place du tendon pendant les mouvements qu'il a imprimés au bras d'un de ses malades.

Bromfield (*Chir. and cases.* not. 11, p. 76) affirme que la luxation du tendon hors de la coulisse bicipitale « produit une immobilité très douloureuse » qui cesse immédiatement si l'on imprime à la tête de l'humérus des mouvements dans divers sens (l'avant-bras étant fléchi).

Monteggia observa chez une femme âgée, que le tendon du biceps s'était luxé pendant une chute (cette femme étant soutenue par le bras, en ce moment). Tout rentrait dans l'ordre dès que la dite femme appuyait sa main du côté malade, sur l'épaule d'une voisine Ce mouvement, à mon avis, s'accompagnait probablement, de rotation en dehors. Voici les symptômes observés par Monteggia : 1° douleur vive au moignon de l'épaule pendant une torsion du bras ; 2° sensation de déplacement dans la profondeur du moignon ; 3° gêne des mouvements ; 4° rigidité du biceps.

Stanley nous cite un cas de luxation du tendon, fort douteux à mon avis, car le tendon s'était accroché sur la grosse tubérosité (il y avait eu très probablement, dans ce cas, luxation complète de l'épaule).

Fleury (dans une communication faite à la Société Impériale de Chirurgie 1868, 8 avril) paraît très affirmatif ; il décrit une luxation du tendon, survenue chez un officier qui avait voulu retenir un cheval ombrageux ; en allongeant le bras, le malade sentit un engourdissement douloureux. Le soulèvement du bras produisit un soulagement instantané : l'avant-bras, primitivement maintenu fléchi, put s'allonger. Cloquet fit remarquer à cette occasion qu'il avait connu un individu qui luxait à volonté son tendon du biceps, soit en dehors, soit en dedans.

Jarjavay, que nous avons cité plus haut, avait observé, dans le cas de luxation du tendon, qu'un soubresaut se produisait lorsque le bras était porté dans l'abduction et horizontalement. Il note, chose importante, qu'une luxation s'était produite pendant une torsion du bras *de dedans en dehors* à l'occasion d'une chute. Mais il assure que la cause de la luxation est toujours due au mouvement de torsion du bras en dedans et en arrière. Les recherches que j'ai faites sur le cadavre tendraient à prouver le contraire. Jarjavay avait observé que le tendon de la longue portion du biceps se luxait à 2 centimètres et demi du sommet de l'apophyse acromiale et en dedans d'elle. Ce qui, on le voit, correspondrait bien à la luxation du tendon, en dedans de la petite tubérosité de l'humérus.

Recherches anatomiques sur la question. — Si l'on veut bien se rappeler que, d'après Farabeuf, la gouttière bicipitale regarde : 1° directement en dedans, lorsqu'on a les bras croisés ; 2° directement en avant, lorsqu'on a les bras portés en avant ; 3° presque complètement en dehors, tout au moins en avant et en dehors, lorsque l'humérus est en rotation externe forcée, il en résulte que c'est dans la *rotation* externe forcée que le tendon de la longue portion peut sauter par-dessus la petite tubérosité, et en dedans d'elle, car elle forme la lèvre interne de la coulisse bicipitale. Quant à ce qui est déchiré, comme éléments fibreux, il y a d'abord : les fibres qui transforment la gouttière osseuse de la coulisse bicipitale en un tunnel complet et qui ne portent pas de nom spécial. De plus, des fibres d'union transversales entre les insertions humérales des deux téguments supérieurs de l'articulation : 1° le coraco-huméral qui va s'attacher sur la grosse tubérosité et 2° le sus gléno-sus-huméral, qui va finir sur la petite tubérosité. Ces fibres doivent se déchirer, et par suite le tendon du biceps doit en quelque sorte séparer ces deux ligaments sur une plus ou moins grande étendue.

J'ai recherché sur le cadavre dans quelles conditions la luxation peut se produire.

J'ai sectionné la partie fibreuse de la coulisse bicipitale et ai porté le bras dans la rotation en dehors unie à l'abduction.

Il ne m'a pas été possible de produire, dans cette position, la moindre luxation du tendon en dehors de la grosse tubérosité. La rotation en dedans, même poussée à l'extrême, n'a pas produit de luxation ; le tendon ne paraissait nullement s'allonger. Mais lorsque j'ai combiné la *rotation en dehors* avec *l'élévation du bras en avant*, le tendon a commencé à montrer une légère tendance à se luxer au-dessus et en dedans de la petite tubérosité.

Or, en combinant : 1° la *rotation de l'humérus en dehors* ; 2° *l'élévation de l'humérus en avant* ; 3° l'*adduction du bras vers le thorax*, la luxation du tendon se produit *immédiatement*.

On peut répéter sur un squelette articulé la petite expérience suivante : si l'on fixe un tube de caoutchouc ayant même volume que le cordon du biceps, à la partie supérieure de la cavité glénoïde de l'omoplate, par une extrémité, et à l'épicondyle de l'humérus correspondant par l'autre extrémité, on observe que le tube, étant à l'état de tension et passant dans la coulisse bicipitale, présentera une courbure au-dessus de la tête humérale qui tendra à s'effacer.

Si on porte le même os dans la rotation en dehors, l'élévation en avant et l'adduction, au point de rendre le tube rectiligne, celui-ci, semblable à la corde trop tendue d'un arc, sautera brusquement en dedans de la petite tubérosité.

Ainsi se réalise une luxation expérimentale, qu'on essaierait en vain de produire par d'autres attitudes.

Remplacements Médicaux. — Un étudiant, très sérieux, ayant terminé sa scolarité, désirerait faire pendant les vacances des remplacements médicaux. (S'adresser aux Bureaux du Journal).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos d'un nouveau procédé de prophylaxie de la syphilis. L'exemple de Jenner.

La thèse du Dr Maisonneuve a fait quelque bruit dans la grande Presse et a mis aux prises MM. Metchnikoff et Gaucher.

M. Metchnikoff, qui est parvenu à inoculer la syphilis au singe, est convaincu qu'une simple friction à la pommade au calomel sur la région où l'inoculation a pu se produire, met à l'abri de la contamination. Mais ses expériences avaient été faites sur les singes et comme ces animaux contractent avec quelques difficultés la syphilis, cette méthode de prophylaxie si simple ne semblait pas offrir toutes les garanties scientifiques. Or, M. Metchnikoff trouva, dans un descendant du grand chirurgien Maisonneuve, un jeune médecin courageux qui voulut bien se prêter à l'expérience. On lui inocula la syphilis, on pratiqua la précieuse friction prophylactique, on attendit : aucun accident ne survint. Il en résulta un grand émoi dans la Presse politique ; M. Metchnikoff prétend, en effet, que la circonspection et le silence ne doivent pas être de mise en matière de prophylaxie, qu'il faut hâtivement faire connaître à tous les moyens de préservation.

Après une succession d'articles dans tous nos grands quotidiens, la question fut portée devant la Faculté par la thèse de M. Maisonneuve. Le courage et le dévouement du nouveau docteur reçurent des éloges unanimes. Mais le jury n'admit pas sans contrôle le procédé prophylactique exposé dans ce travail.

Il en naquit une sorte de polémique et l'opinion du du Pr Gaucher fut opposée à celle de Metchnikoff.

M. Gaucher pense qu'après une seule expérience sur l'homme il est un peu hâtif de conclure à l'infaillibilité d'un procédé prophylactique. Il trouve que ce n'est pas faire bonne besogne, en matière d'hygiène sociale, que de crier *urbi et orbi* qu'on peut aussi simplement se préserver de la syphilis ; qu'on risque, en diminuant ainsi la crainte salutaire de la vérole, d'augmenter, par une fausse sécurité, le nombre de ses victimes.

Tout en reconnaissant la haute valeur scientifique de M. Metchnikoff, nous croyons que tout médecin de sens droit et pratique approuvera les réserves du Pr Gaucher.

Notre génération a été témoin de nombreux exemples qui doivent inciter à une prudente réserve et ce n'est pas avec cette hâte tapageuse, qui rappelle un peu trop la manière des alchimistes d'autrefois, que les grandes découvertes médicales sont entrées définitivement dans le domaine de la pratique.

Pouvons-nous oublier les amères désillusions qui suivirent les essais prématurés de la lymphe de Koch ? Et en parcourant l'histoire de la médecine, nous y trouvons de meilleurs exemples ; il en est un, entre autres, qui date de plus d'un siècle, est universellement connu, et mérite à cette occasion d'être rappelé :

Vers 1772, un jeune médecin anglais, Edouard Jenner, s'établissait à Berkeley, sa petite ville natale. Savant modeste et laborieux, il menait de front clientèle et recherches scientifiques.

Il se mariait en 1788, avait trois enfants et, malgré sa pauvreté, continuait courageusement ses études et l'exercice de la profession qui le faisait vivre.

Dès 1776, Jenner constatait que le Cowpox préservait de la variole, mais il ne se hâtait point de publier sa découverte. Il étudiait, expérimentait durant vingt ans et attendait 1796 pour faire ses premières inoculations publiques. Ce n'était encore que deux ans après, en 1798, qu'il publiait le résultat de ses travaux dans un livre intitulé : *Recherches sur les causes et les effets de la vaccination variolique. La maladie nommée* Cowpox *dans le comté de Glocester..*

Malgré toute cette prudence et cette longue patience, qualité primordiale du génie, Jenner n'obtenait pas aussitôt le succès mérité par ses laborieuses expériences. Bafoué d'abord, il lui fallait le contrôle et l'approbation des Hunter, des Parry, des Gardner et autres pour faire adopter la vaccination variolique, actuellement unanimement et officiellement appliquée. Le succès ne grisait pas plus Jenner que les critiques injustes et ignorantes ne l'avaient abattu. Bien que médecin extraordinaire du Ro., il continuait de mener sa vie modeste et, le 24 janvier 1823, veille de sa mort, il visitait encore ses malades.

Tel est le bel et noble exemple qu'il est bon de rappeler. Aujourd'hui, les découvertes grandes et petites, ne mettent pas 20 ans à se produire et un quart de siècle à s'affirmer, elles naissent en une nuit. Sur les feuilles volantes de la Presse, elles tourbillonnent dans tous les milieux, le télégraphe les vulgarise et en quelques jours elles ont fait le tour du monde. Puis peu à peu le vent de la publicité se calme sous la pluie froide de l'examen scientifique, un calme silence lui fait suite, et en quelques mois sinon en quelques semaines, la plupart de ces mirifiques innovations bénéficient de la plus équitable des critiques : l'oubli.

J. NOIR.

Création d'un fonds sanitaire, et construction d'hôpitaux ruraux en Roumanie.

Une loi roumaine, votée par la Chambre des Députés et le Sénat, les 10 et 20 mai 1906, et promulguée le 29 mai 1906, a créé un fonds sanitaire pour l'assistance sanitaire aux paysans. Ce fonds doit servir :

1° A la fondation, à la dotation, et à l'entretien de tous les hôpitaux ruraux, hospices, sanatoria et autres établissements sanitaires de paysans ; — 2° à la construction, dans chaque circonscription médicale, d'hôpitaux ayant chacun un pavillon pour les maladies ordinaires, un pavillon d'isolement pour les contagieux, des bains et les annexes nécessaires.

Le service des bains sera disposé de telle sorte qu'il pourra servir en même temps de bains populaires pour les habitants de la région. Des mesures devront être également prises pour localiser et combattre les maladies dans les villages ; des infirmeries volantes seront édifiées, des fours pour préparer le pain ou sécher le maïs seront construits ; on luttera contre le paludisme par des moyens appropriés, et en assurant l'assainissement.

Le fonds sanitaire sera alimenté par les ressources suivantes : 1°. — le revenu net annuel d'une loterie permanente instituée par la présente loi, et placée sous le contrôle du ministre de l'Intérieur , — 2° de la moitié

des encaissements télégraphiques ou postaux qu'entraînera le service de cette loterie ; — 3° de la subvention qui, conformément à la loi du 28 mai 1892, est inscrite chaque année au budget de la Direction générale des services sanitaires, pour les hôpitaux déjà existants ; — 4° du revenu des donations ou des legs dont ce fonds pourrait bénéficier.

Le ministre de l'Intérieur est autorisé à concéder par contrat le droit exclusif de fonder une loterie sur le territoire du royaume, sous la réserve du contrôle de l'Etat, et en conformité des dispositions du Code de Commerce.

A partir de la promulgation de la loi, il est interdit de faire entrer, de transporter ou de vendre des billets de loteries étrangères du même genre, sauf les billets de loteries d'œuvres de bienfaisance, mais tout autant que les billets seront de 2 fr. Il est, dans le même but, interdit de publier, dans les journaux, des annonces relatives aux loteries étrangères. Si les propriétaires d'un atelier de typographie ou de publications contreviennent à ces dispositions, ils seront punis, le premier, d'une amende de 3000 fr., le second, d'une amende de 5000 fr. et d'un an de prison. — Le produit des amendes est versé au fonds sanitaire.

La société concessionnaire sera dispensée des impôts envers l'Etat, les districts, et les communes, du timbre, etc. La gérance du fonds sera assurée par une division spéciale de la Direction générale du service sanitaire ; son chef prendra le titre de chef : « de la comptabilité et des fonds sanitaires », et un bureau spécial traitera de toutes les questions relatives de l'administration du fonds. Tous les ans, un budget du fonds sera annexé aux crédits du Budget du Ministère de l'Intérieur et rattaché au titre de la Direction générale des services sanitaires. — En aucun cas, les ressources de cette caisse ne pourront être distraites de leur destination. — En outre la loi du 23 mai 1906 a ouvert un crédit extraordinaire de 2.500.000 fr. au Ministère de l'Intérieur pour la construction de 32 hôpitaux ruraux à raison de un par district. — Ces hopitaux porteront le nom d'hôpitaux ruraux du Roi Charles 1er. Ce crédit sera couvert par les futurs excédents budgétaires.

A. Fillassier.

Royan : Son état sanitaire.

Connaissant nos relations avec Royan, plusieurs personnes, émues par des bruits qui couraient sur l'état sanitaire de la belle cité royannaise, où, disait-on, régnaient une épidémie de *suette miliaire* et de *fièvre typhoïde*, nous ont demandé ce qu'il y avait de vrai dans ces bruits. Nous avons profité de la réunion du 23 juillet du *Conseil supérieur d'hygiène* pour nous renseigner. Notre ami, M. le Professeur Chantemesse, inspecteur général de l'hygiène publique, nous a déclaré que, après enquête, il n'y avait à Royan ni suette miliaire, ni fièvre typhoïde. Cette dernière maladie sera absolument évitée à Royan, quand tous les baigneurs auront soin de ne boire que de l'eau de source de Pompières et de ne jamais boire de l'eau des puits, même de ceux que les propriétaires considèrent comme de première qualité et de ne louer que dans les maisons pourvues d'eau de source. Allons donc à Royan sans crainte pour les nôtres et pour nous (1).

B.

(1) Voir plus loin : Correspondance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juillet 1906.

Pigmentation des cheveux et de la barbe par les rayons X.

MM. A. Imbert et H. Marquès ont constaté que, sur l'un d'eux, qui s'occupe depuis dix ans des applications médicales des rayons X, les cheveux et la barbe, déjà complètement blancs, se sont progressivement pigmentés au point de prendre une teinte plus foncée que ne l'était la teinte primitive.

Un fait observé depuis confirme cette action des rayons X sur la pigmentation des poils. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui, soumis au traitement radiothérapique pour lupus de la joue, a vu tomber ses cheveux sur une étendue de plusieurs centimètres, tout autour de l'oreille correspondante ; or, ces cheveux ont repoussé depuis longtemps, et tous sont presque entièrement et complètement noirs dans les régions les plus voisines de l'oreille ; cette pigmentation va en s'atténuant pour les cheveux situés plus loin, tout en restant manifeste. Enfin, la moitié correspondante de la moustache, dont les poils ne sont pourtant pas tombés, est nettement moins blanche que l'autre moitié.

D'autres faits ont en outre démontré que la teinte des cheveux blonds se fonce sous l'influence des rayons de Rœntgen.

Le mécanisme de cette action des radiations sur la pigmentation des poils ne paraît pas pouvoir être actuellement élucidé.

Sur la composition histologique de la lymphe des ruminants.

M. E. Forgeot adresse une note dans laquelle il démontre que, à l'état physiologique, en dehors du chyle, qui ne contient pas de globules rouges, on trouve dans l'organisme des ruminants (vaches, chèvres) deux sortes de lymphe :

1° Celle qui n'a pas encore traversé un ganglion lympathique et ne contient qu'un seul élément figuré, le globule blanc, et qui ne renferme jamais à l'état normal de globules rouges ;

2° La lymphe sortant des ganglions et qui est susceptible de contenir un nombre variable de ces éléments.

Les ganglions lymphatiques des ruminants ne sont donc pas seulement des organes leucopoïétiques ; ils peuvent aussi contribuer à la formation des hématies.

M. Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet.

Émigration et hygiène sanitaire.

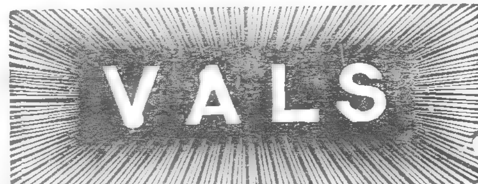
MM. Chantemesse et Borel montrent les dangers de l'émigration pour la santé publique.

Par divers exemples, ils montrent avec quelle facilité les émigrants malades traversent les frontières de terre. En outre, leur voyage se fait souvent au milieu de privations et de fatigues capables de favoriser chez eux le développement d'épidémies.

Pour Marseille, les émigrants orientaux de provenance maritime font courir à la ville un danger d'autant plus considérable que leur séjour est souvent très prolongé. Un hôtel réunissant les meilleures conditions sanitaires avait été construit pour les émigrants, grâce à la généreuse initiative d'un riche négociant marseillais.

En 1904, avec l'installation d'une surveillance officielle, l'émigration eut donc été presque parfaite à Marseille. Mais il fallut compter avec la foule des anciens logeurs qui voyaient ainsi disparaître la source de leurs bénéfices : tous les émigrants se rendaient, en effet, à la nouvelle hôtellerie où, pour la modique somme de 25 centimes par jour, ils trouvaient un abri propre, sain, et moins coûteux que dans les auberges des bas quartiers.

Une ligue se forma contre la nouvelle hôtellerie, les pouvoirs publics demeurèrent inertes et comme — somme toute — l'auteur de cet effort n'avait eu en vue que la réalisation d'une œuvre philanthropique, il ferma bientôt les portes de


VALS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Exposition internationale à Milan.

La Compagnie P.-L.-M. a l'honneur d'informer le public que, dans le but de permettre aux voyageurs partant des gares de son réseau de se rendre à prix réduits à Milan, pour y visiter l'Exposition internationale, elle fera délivrer, jusqu'au 15 novembre 1906, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes pour Modane et Vintimille, valables 30 jours, conjointement avec des billets d'aller et retour de Modane ou Vintimille à Milan, valables 20 jours.

La durée de validité de ces billets ne sera pas prolongeable.

Ces billets seront délivrés à première demande dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon, Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Nîmes, Valence, Marseille-voyageurs, Chambéry, Grenoble, et sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST

Dans le but de faciliter les relations entre **Le Havre**, la **Basse-Normandie** et la **Bretagne**, il est délivré, jusqu'au 2 octobre 1906, par toutes les gares du réseau de l'Ouest et aux guichets de la Compagnie Normande de Navigation à vapeur, des billets directs comportant le parcours, par mer du **Havre** à **Trouville** et, par voie ferrée, de la gare de **Trouville au Point de Destination** et inversement.

Le prix de ces billets est ainsi calculé :

Trajet en chemin de fer. — Prix du tarif ordinaire ;

Trajet en bateau. — 1 fr. 60 pour les billets de 1re et 2e cl. (Chemin de fer) et 1re classe (bateau) et 0 fr. 85 pour les billets de 3e classe). Chemin de fer) et 2e cl. (bateau).

son établissement et l'ancien état de choses se rétablit, à la grande joie des logeurs et au grand danger de la santé publique.

Aujourd'hui, la surveillance est absolument aléatoire. Un hôtel déclaré pour contenir 60 émigrants en renfermait, disent MM. Chantemesse et Borel, 127. Les chambres les plus vastes mesurant 11 mètres de longueur. 4 m. 20 de largeur et 3 mètres de hauteur, contenaient 18 à 20 émigrants, couchés sur des nattes. Heureusement que les carreaux des vitres des fenêtres et des escaliers étaient presque tous cassés ; cela rendait l'air moins irrespirable. La maison ne possédait qu'un seul water-closet. La plus grande saleté y régnait et les escaliers étaient souillés d'urine. A notre question : « Que fait-on pour les malades ? », le propriétaire répondit qu'il faisait appel au commissaire de police quand il jugeait que la maladie en valait la peine.

Si quelque jour le choléra éclate dans une telle hôtellerie, il n'est pas douteux que la plupart des habitants et une partie du quartier voisin en deviennent *rapidement les victimes*.

La conclusion de cette note ne doit pas être la demande d'une réforme locale, mais celle de la mise à l'étude des vœux exprimés par l'Académie de médecine il y a quelques mois, touchant la nécessité de refondre entièrement notre législation de l'émigration, qui date d'un demi-siècle. »

Le paludisme à Madagascar.

La commission nommée dans la précédente séance sur le rapport de M. Laveran demande la nomination d'une commission locale à Tananarive. Là seulement pourront être étudiés les moyens pratiques de lutte contre le fléau.

M. Blanchard présente un appareil très ingénieux pour la destruction des moustiques. C'est une sorte de cage métallique éclairée à l'intérieur et dont le treillis parcouru par un courant électrique foudroie les insectes attirés par la lumière.

Helminthiase et cancer.

M. Roux présente un travail de M. Borel montrant que, chez le rat, des tumeurs cancéreuses se développent souvent autour des kystes produits par des cysticerques. Ce fait serait très intéressant à rechercher chez l'homme, car il expliquerait la fréquence relative du cancer à la campagne, où le tænia, par suite de la malpropreté, est si fréquent.

M. Roux regrette qu'il n'y ait pas en France, comme cela a lieu à l'étranger, une société spéciale, s'occupant de l'importante question du cancer.

L'assistance médicale en Indo-Chine.

M. Kermorgant montre les progrès réalisés : surveillance des frontières, lazarets intérieurs contre les épidémies, centres vaccinogènes, laboratoires de recherches, surveillance des eaux potables, création de maternités. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 juillet.

Entérites et appendicites chez l'enfant.

M. Guinon. — Dans les entérocolites qu'il a suivies, M. Guinon a observé l'appendicite dans 20 % des cas. Toutes les formes d'entérocolite peuvent, selon lui, provoquer l'appendicite, et il s'agit d'une simple propagation inflammatoire. Une période silencieuse de quelques semaines peut séparer la crise d'entérite du début de l'appendicite.

M. Guinon a vu, dans 17 cas sur 28, des adénoïdites et des rhinopharyngites précéder l'apparition de l'appendicite, souvent aussi de la grippe avec ou sans entérite. Au point de vue prophylactique, il sera donc indiqué de traiter ces adénoïdites et ces entérites.

M. Comby fait jouer également à l'entérite un rôle prépondérant. Sur 66 cas d'appendicites, il a relevé dans 40 cas des troubles intestinaux précédants et dans 10 des végétations adénoïdes.

Dans plusieurs cas, il a pu relever les trois étapes : rhinopharyngite, entérite ou entérocolite et enfin appendicite.

M. Sireddey estime que chez l'adulte l'appendicite est une suite des troubles intestinaux de l'enfance. Ces enfants gardent un ventre douloureux jusqu'au jour où, l'appendicite diagnostiquée, une intervention met fin aux troubles intestinaux.

Dextrocardie acquise.

MM. Lortat-Jacob et L. Lavastine ont constaté par la radiographie une dextrocardie acquise par rétraction pleuropulmonaire à la suite de caverne tuberculeuse du sommet droit.

Sténose pylorique rapide à la suite d'ingestion d'acide chlorhydrique.

M. Carnot a observé un mois après l'œsophagite et la gastrite aiguës, une sténose pylorique serrée avec vomissements tardifs, copieux. La dilatation gastrique, énorme, était due aux lésions du tissu musculaire, et surtout du tissu élastique de l'estomac.

Syndrome de Raynaud d'origine bronchectasique.

MM. Soucques et Vincent ont observé une asphyxie et une gangrène symétriques des extrêmités survenues à la période terminale d'une dilatation des bronches. Dufour, Rendu, Hirtz et Rénon ont signalé ces accidents au cours de la pneumonie et la tuberculose. Les auteurs l'expliquent par la résorption, au niveau des bronches dilatées, des toxines qui produisent l'angiospasme des artères des extrémités.

M. Ménétrier a observé une gangrène semblable chez une femme qui a succombé à une péritonite pneumococcique et dans ce cas la gangrène était manifestement sous la dépendance de thromboses multiples d'origine pneumococcique, M. Soucques n'ayant pas fait l'examen des artères, sa théorie reste pure hypothèse et il n'a pas le droit d'affirmer qu'il s'agit d'un cas de maladie de Raynaud.

Tumeur cérébrale secondaire à une tumeur du sein.

MM. Renon et Tixier ont fait l'autopsie d'une femme opérée 28 ans auparavant de tumeur du sein et ont trouvé comme cause de la mort une petite tumeur néoplasique au niveau de la couche optique. La tumeur occasionna des phénomènes cérébraux vagues, puis un ictus avec coma suivi de mort. La mort paraît déterminée par l'intoxication de la substance cérébrale plutôt que par la localisation de la tumeur.

Séance du 20 juillet.

Traitement des spasmes et tics par injection d'alcool sur les troncs nerveux.

MM. Brissaud, Sicard et Tanon ont présenté des malades guéris d'un hémispasme facial rebelle par alcoolisation locale du tronc du facial à la sortie du trou stylomastoïdien. Ils ont appliqué ce même traitement aux tics du visage et au torticolis sans obtenir des guérisons durables, le tic a réapparu dans d'autres groupes musculaires. En clinique comme en thérapeutique, il faut donc différencier tic et spasme.

Accidents infectieux suivis de mort chez une morphinomane Aiguille trouvée dans la cloison auriculo-ventriculaire du cœur.

MM. Renon et Tixier ont présenté le cœur d'une morphinomane morte de septicémie et d'endocardite droite maligne. Dans la cloison auriculoventriculaire droite se trouva implantée une aiguille. Cette aiguille provoqua d'abord une péricardite hémorrhagique. Une plaie septique d'une articulation métatarsophalangienne entraîna une septicémie avec endocardite maligne localisée exclusivement au cœur droit et au niveau de l'implantation de l'aiguille.

Le corps étranger fut donc une cause occasionnelle, un lieu d'appel pour les microbes circulant dans le sang. Cet exemple clinique se rapproche de l'endocardite maligne expérimentale.

Transmission des maladies infectieuses par les animaux d'appartement.

MM. Remlinger et Osmann Nouri ont observé ce mode de contagion. Une jeune fille de seize ans contracta une scarlatine et resta soigneusement isolée de toute la famille. Cela n'a pas empêché sa sœur cadette de contracter, douze jours

après son retour des vacances et malgré les précautions les plus minutieuses une scarlatine d'intensité moyenne, qui guérit très bien. Vu les mesures prophylactiques en tout point irréprochables (isolement dans pavillon spécial ; personnel, linge, etc., spéciaux) et vu que la sœur cadette n'avait pas séjourné au lieu d'origine de contagion, il faut incriminer comme véhicule du contage, le chat de la maison, qu'on avait oublié de comprendre dans les mesures d'isolement.

Anémie pernicieuse à rémission.

MM. Enriquez. Clerc et Rathery ont soigné un jeune homme chez lequel se développa une anémie intense et progressive, qui après une rémission à la suite du traitement (repos, cacodylate de manganèse, moelle osseuse) se termina par la mort. La réaction myéloïde du sang fut inconstante et très atténuée. A l'autopsie on trouve néanmoins une moelle en activité marquée, une sclérose diffuse de la rate et une dégénérescence graisseuse du foie. C'était donc une anémie dite plastique.

Cirrhose hypertrophique syphilitique avec insuffisance hépatique améliorée par le traitement mercuriel. Tachycardie paroxystique.

MM. Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Thaon ont soumis une malade qui présenta tous les signes d'une insuffisance hépatique grave : prostration, délire, hémorrhagies multiples, albuminurie, au traitement spécifique et ont obtenu assez rapidement la guérison de cet état voisin de l'ictère grave. Le foie était gros et dur, la rate volumineuse et il existait en même temps une aortite chronique avec crise de tachycardie. Comme signe indiscutable de syphilis il n'y avait rien, comme signe de présomption on considéra la longue évolution de la cirrhose et la mortalité élevée des enfants de la malade (11 sur 13 morts en bas âge).

Les auteurs ont fait seize piqûres de calomel de 0,05 chacune. La cirrhose s'améliora et le foie diminua de volume. Les crises de tachycardie étaient probablement dues à l'irritation sympathique périaortique, et tous les accidents paraissent bien liés à l'infection syphilitique, hypothèse, qui s'autorise des bons effets du traitement mercuriel.

Infection anaérobique du sang dans l'occlusion intestinale.

MM. Roger et Garnier ont pris du sang à un homme atteint d'occlusion intestinale néoplasique avant l'établissement d'un anus artificiel et ont trouvé dans ce sang le bacille anaérobie qu'ils ont décrit dans l'occlusion intestinale expérimentale. L'anus une fois établi, le bacille disparut du sang.

M. Ferrier (Val-de-Grâce) communique ses observations de maladie de Friedrich avec ptosis et disparition des réflexes rotuliens et achilléens. Friedel.

THÉRAPEUTIQUE

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Lortet, professeur d'histoire naturelle médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Monoyer, professeur de physique médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr POULARD.

VII. — Amblyopie par l'alcool et par le tabac à Cuba ; par le Dr C.-E. Finlay. (Havana, *Archives of opht.*, May 1900, p. 241.)

C'est une étude très consciencieuse et très soigneusement faite de 92 cas d'amblyopie alcoolique et tabagique.

Voici le résumé des constatations ou conclusions qui en résultent :

Etiologie : *Race* : L'amblyopie atteint avec prédilection les blancs, et l'immunité accordée aux Espagnols n'existe pas. *Sexe* : La grande majorité des cas se rencontre chez les mâles, ce qui s'explique par la différence des habitudes. 85 hommes pour 7 femmes. *Age* : Maximum de fréquence entre 30 et 50 ans, mais surtout entre 30 et 40. *Nature du poison.* Dans 5 cas, amblyopie alcoolique seule ; dans 31 cas amblyopie tabagique seule ; dans 56 cas intoxication mixte par le tabac et l'alcool.

Symptômes : Ce sont les symptômes habituels, diminution de l'acuité visuelle, scotome central d'abord pour le rouge et le vert, puis pour le blanc ; les signes ophtalmoscopiques, quand ils existent, sont de la pâleur de la moitié temporale de la pupille dans les cas avancés qui conduisent à une atrophie partielle.

Marche : Il faut diviser les cas en *aigus*, dans lesquels la perte de la vue survient rapidement ; et en *chroniques*, à évolution plus lente ; les deux formes peuvent conduire à une atrophie partielle ou totale du nerf optique.

Traitement : Abstention totale d'alcool et de tabac ; administration à l'intérieur, d'iodure de potassium et de strychnine.

Résultats : Sur 45 cas qui ont pu être suivis, 25 ont donné un bon résultat, c'est-à-dire qu'ils ont amené une amélioration marquée dans l'acuité visuelle. 16 ont eu un résultat modéré ; l'acuité visuelle n'a présenté qu'une amélioration légère ou nulle, mais la diminution de la vue ne s'est pas accentuée. Dans 4 cas, le résultat a été mauvais, l'acuité visuelle a continué à diminuer en dépit du traitement.

VIII. — Cécité par suite de la pénétration d'un projectile dans l'orbite ; par E. Nettleship. (*Ophtal. Society of the United-Kingdom. Arch. of opht.*, janvier 1901.)

L'A. donne 6 observations dans lesquelles la vue d'un ou des deux yeux a été perdue ou diminuée par le passage d'un projectile dans l'orbite sans toucher le globe oculaire. Ces blessures indirectes du globe oculaire s'accompagnent d'hémorragies dans le vitré, des ruptures de la choroïde, des exsudations choroïdo-rétiniennes et des modifications de la papille sans affaissement du globe ou autre signe de rupture. Cohn, après examen d'un œil ainsi traumatisé, admit qu'une contusion qui atteint seulement la surface externe de la sclérotique peut amener de semblables lésions dans les membranes sous-jacentes.

M. Nettleship pense que ces lésions indirectes doivent s'expliquer par la force du projectile transformée en vibrations irradiantes des tissus et agissant « comme des projectiles secondaires ».

Il a répété les expériences de Coler et Stevenson. Des vases métalliques cylindriques, remplis les uns d'air, les autres d'eau, tous sans couvercle, sont percés par des projectiles. Les vases remplis d'air sont traversés par la balle sans produire beaucoup d'effet sur les parties avoisinant l'orifice mais les vases remplis d'eau présentent autour du point de pénétration des altérations marquées qui sont dues aux vibrations du liquide.

IX. — Influence de l'œil sur le développement de l'orbite par énucléation expérimentale d'un œil chez de jeunes animaux par le Dr W. Ernest Thomson. (*Oph. Soc. of. the U.-K. Arch. of ophtalm.* Janv. 1901.)

Des lapins ont été énucléés au 20e jour après leur naissance et conservés pendant une période variant de 6 à 8 mois. Les orbites furent examinées et l'on trouva une différence très marquée entre le côté normal et le côté énucléé. Le di-

minution de l'orbite du côté énucléé porte sur toutes les dimensions de cette cavité.

X. — **Autopsie d'un cas d'anophtalmie congénitale** ; par le Dr C. Zimmermann. (*Arch. of Ophtalmology*, janvier 1901.)

Cette autopsie fut faite sur un homme de 39 ans mort d'une fracture du crâne. Le crâne est asymétrique. Le rocher du côté gauche n'a que les deux tiers du rocher droit. Apophyses clinoïdes antérieures absentes, les postérieures sont peu développées et celles de gauche plus petites que celles de droite. Le nerf olfactif et son bulbe manque complètement à gauche ; le droit est normal. Le nerf optique gauche a en volume le cinquième du droit qui est normal. Le tractus optique droit est plus petit de 1/6 que le tractus optique gauche. L'oculo-moteur gauche est moitié plus petit que le droit et présente une courbure très accusée en avant et en arrière. Les autres nerfs semblent normaux. L'artère vertébrale droite manque. A l'extrémité du nerf optique gauche se trouvait une petite masse de tissu fibreux, ressemblant au tissu sclérotical, ayant les dimensions d'un pois, et qui montrait dans son intérieur une petite quantité de pigment noir. Ces faits engagent à admettre que ce cas est un exemple de processus destructif du globe oculaire, survenu à une période assez avancée de la vie fœtale ; mais la cause en est inconnue. L'examen microscopique n'aurait pu être fait en raison d'altérations subies par la pièce anatomique dans les liquides conservateurs.

La diminution de volume du tractus optique *droit* permet de tirer des conclusions faciles sur la décussation des fibres optiques.

XI. — **Deux cas d'ossification de la choroïde** ; par David Webster. (New-York. *Arch. of oph.*, janvier 1901.)

1er cas : Il s'agit d'un malade de 18 ans dont l'œil droit s'était atrophié depuis 15 ans à la suite d'un traumatisme. Les troubles constatés dans l'œil sain consistaient en une hémianopsie temporale, mais le champ de vision s'étendait un peu sur le quadrant inféro-externe du champ visuel. V = 20/20. L'énucléation fut faite et prévint les accidents sympathiques qui auraient pu survenir. Car rien ne prouve que ces modifications du champ visuel soient dues à l'action sympathique de l'œil gauche atrophié et ossifié. Cela peut être autant et mieux l'effet d'une embolie dans un vaisseau rétinien, dans le cunéus ou dans un autre point des voies optiques.

2e cas : Au bout de 20 ans, l'œil droit atrophié et ossifié amena des symptômes « d'irritation sympathique » : larmoiement le matin au réveil, sensibilité à la lumière, fatigue au travail maux de tête. V = 20/15. L'énucléation fit disparaître sous ces symptômes.

XII. — **Pigmentation par l'aniline de la cornée et de la conjonctive** ; par le Dr H. Tyson. (*The N. Y. Acad., of medecine. Arch. of opht.*, janvier 1901)

Cet accident survint chez un enfant de 5 ans, qui avait frotté la pointe d'un crayon d'aniline sur le côté interne de sa paupière inférieure. Heureux de l'aspect que prenait son œil, il refit plusieurs fois la même manœuvre.

Les troubles oculaires furent très graves ; outre la pigmentation de la conjonctive et de la cornée, il y eut une conjonctivite accentuée avec tuméfaction des paupières, de la kératite avec hypopion, et un staphylome cornéen.

XIII. — **Le traitement du trachome par expression** ; par Dr T. R. Pooley. (*The N. Y. Acad. of Medecine. Arch. of opht.*, janvier 1901.)

On peut résumer ainsi les conclusions, qui portent sur 106 opérations faites pour trachome.

1° De toutes les méthodes mécaniques qui ont été préconisées pour le traitement du trachome, *l'expression* est, dans les cas appropriés, le meilleur remède découvert jusqu'ici. Dans une grande proportion des cas, il amène une guérison plus ou moins complète avec une préservation de la conjonctive meilleure que dans toute autre méthode antérieurement décrite. 2° Il faut cependant, dans tous les cas, la faire suivre d'un traitement local jusqu'à ce que la tendance à la rechute ait disparu ; 3° Le succès de la méthode dépend de l'enlèvement consciencieux de toutes les granulations trachomateuses, sans lésion de la conjonctive ; 4° Cependant, il survient plus ou moins de récidives.

XIV. — **Anévrysme artérioso-veineux de la rétine** ; par le Dr Seydel. (*Arch. of opht.*, mai 1901, p. 260.)

Il s'agit d'une anomalie congénitale qui fut accidentellement découverte chez un jeune homme de 18 ans, qui se plaignait de faiblesse de la vue dans l'œil droit. OD : Astigmatisme hyperopique de 2/3 D oblique ; après correction V = 6/15. OG : V. (avec + 2,5) = 6/9. C'est l'œil atteint d'anévrysme. Le champ visuel est normal, la réaction pupillaire bonne, les milieux clairs.

Examen ophtalmoscopique. Le fond d'œil est normal à l'exception d'une anomalie très accentuée des vaisseaux temporaux supérieurs. Sur le disque, près l'un de l'autre se voient deux vaisseaux, celui du côté nasal ayant 4 à 5 fois son diamètre normal, une couleur sombre et une réflexion manquant de netteté, tandis que celui du côté temporal est un peu plus petit, plus clair, et d'une réflexion plus brillante. Le premier vaisseau en décrivant des courbes serpentines, se porte d'abord en haut, puis du côté temporal, après avoir croisé le second vaisseau, et finalement en bas. C'est alors qu'il pénètre brusquement dans l'autre vaisseau après l'avoir une fois encore croisé. Le second vaisseau, siégeant du côté temporal, montre près de son point de départ quelques dilatations anévrysmales et des retrécissements de son calibre, puis il monte plus rectiligne pour redevenir à nouveau tortueux dans son trajet latéral. Dans un de ces détours, il croise le premier vaisseau et là le pénètre; il devient alors plus étroit et se divise en deux petites branches, qui vont l'une du côté temporal l'autre directement en bas. La branche inférieure s'enroule autour d'un vaisseau horizontal, forme une circonvolution et pénètre dans le vaisseau. L'aspect de ces deux troncs principaux, mais surtout les caractères des branches secondaires qui en naissent, permettent d'affirmer que le tronc vasculaire nasal est la veine centrale supérieure, et le tronc vasculaire temporal l'artère temporale supériaure.

XV. — **Traitement orthoptique du strabisme convergent des jeunes enfants** ; par M. C. Worth. *Ophtalmological society of the United Kingdom*, janvier 1901. *Arch. of. opht.*)

Environ 30 % des enfants atteints de strabisme convergent sont guéris par le port constant des verres correcteurs.

Ceux auxquels ce traitement ne réussit pas sont souvent laissés sans traitement jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans, époque où on les opère. Mais alors, un bien petit nombre de ces enfants pourront reprendre la vision binoculaire trop longtemps abandonnée.

Il ne faut pas laisser ainsi les enfants perdre toute chance de retour à la vision binoculaire. Il faut les exercer à la vision binoculaire. A cet effet, l'auteur indique le stéréoscope, un stéréoscope ingénieux qu'il a construit lui-même, et qui présente certains avantages qui lui sont propres : 1° Il s'adapte à un strabisme de quelque degré ou direction qu'il soit, y compris même les cas dans lesquels le globe oculaire a subi un mouvement de rotation autour d'un axe antéro-postérieur. 2° Les deux images correspondant à chacun des yeux peuvent s'éclairer inégalement, ce qui permet, par un éclairage plus intense de vaincre la diminution de vision de l'œil dévié.

XVI. — **De la syphilis oculaire** ; par M. le Docteur G. Lavagna, directeur de l'institut ophtalmique *Principessa Alice de Monaco*. (*Bolletino d'occulistica*, 15 janvier 1902.)

L'auteur a recherché de parti pris la syphilis chez 2.355 individus qui se sont présentés à la clinique du 1er décembre 1895 au 30 octobre 1896, et il a trouvé la syphilis acquise dans les proportions suivantes :

Episclérite : 2 cas sur 6. Iritis et irido-cyclite : 12 cas sur 4. Hyalite : un cas était syphilitique. Choroïdite et rétinite 8 fois sur 35 syphilitiques, 5 cas sur 12. Atrophie du nerf optique : 6 cas sur 11. Paralysie oculo-motrice : 8 cas sur un total de 22. Voici le relevé des cas de syphilis héréditaire. Conjonctivite phlycténulaire : dans 34 cas sur 192, les malades présentaient les signes de la syphilis héréditaire. Kératite parenchymateuse : 28 fois chez des enfants ayant moins de 15 ans : kérato-conjonctivite staphylomes cornéens, leucomes avec ou sans adhérence : 112 sur 607 cas. Rétino-choroïdite : 3 fois sur 35 cas. Cela fait donc, au total : 44 cas de syphilis

acquise, 168 cas de syphilis héréditaire, soit un total de 212 cas de syphilis sur 2.255 malades s'étant présentés à la clinique.

Dans tous les cas de syphilis acquise, le diagnostic a été établi sur l'interrogatoire, et les résultats du traitement. Dans la recherche de la syphilis héréditaire, l'A ne s'est pas contenté de l'étude de la déformation dentaire de Hutchinson, mais il s'est basé surtout sur la dépression du dos et du nez, sur les affections de l'oreille, les cicatrices des rhagades, les commémoratifs fournis par les parents, etc. Ces recherches lui ont permis de constater que la plus grande partie de ces affections oculaires, qui passent pour lymphatiques, ne sont que le résultat de l'affaiblissement déterminé par la syphilis héréditaire.

XVII. — Un cas de kératite interstitielle arrêtée par une attaque de rougeole ; par Herbert Harlau (Baltimore, *Arch. of. opht.*, janvier 1901.)

Ce qui présente le plus d'intérêt dans cette observation, c'est la rapidité vraiment anormale avec laquelle une cornée complètement vascularisée et opaque retrouva sa transparence presque complète, à la suite d'une éruption de rougeole. Cette transformation se fit en 3 jours.

XVIII. — Ulcère rongeant de la cornée ; par le Prof. Schmidt-Rimpler (Gœttingen, *Arch. of. Ophtalmology*, mars 1901.)

Sur les instances d'un de ses malades, l'A a fait une énucléation pour ulcère rongeant. Cette variété d'ulcère cornéen a des caractères cliniques assez particuliers pour lui mériter une place indépendante. Il commence par une ulcération longue, mais étroite, le long du rebord cornéen. Celle-ci s'avance peu à peu le long du bord cornéen, sans se creuser, en même temps qu'elle se porte vers le centre de la cornée. Le rebord qui regarde le centre de la cornée est de douleur légèrement grise, et est toujours creusé en dessous, l'épithélium étant surélevé. La partie centrale de la cornée non intéressée par l'ulcère est souvent un peu nuageuse, et près de l'ulcère il peut y avoir des infiltrations. A mesure que l'ulcère s'étend vers le centre de la cornée, des vaisseaux parallèles nombreux vont de la périphérie à la base de l'ulcère, et plus tard, les vaisseaux, continuant à se développer, la portion périphérique de l'ulcère est transformée en une cicatrice vasculaire blanchâtre, tandis que l'ulcère continue à s'étendre vers le centre de la cornée. Quelquefois le processus peut s'arrêter, mais plus tard l'ulcération s'étend de nouveau, chaque recrudescence étant accompagnée de douleur vive. En règle générale, la cornée entière devient leucomateuse. Dans quelques cas cependant, l'ulcère s'arrête et ne laisse après lui qu'un leucome partiel, principalement périphérique. Il faut différencier cet ulcus rodens de l'ulcus serpens qui, d'ordinaire se localise primitivement au centre de la cornée pour s'étendre ensuite vers la périphérie, qui a une tendance à la perforation et s'accompagne toujours d'hypopion quand il est un peu étendu, des ulcères vaginaux peu profonds des vieillards qui n'ont pas le rebord creusé en-dessous des ulcères rongeants, sont plus transparents et ne présentent pas une zone de séparation à la périphérie, tandis que la partie centrale s'étend ; enfin d'une forme particulière d'ulcère marginal que l'auteur, dans son traité, désigne sous le nom de kératite chronique périphérique en sillon (surrow keratitis).

Dans cette affection, une portion variable de la périphérie de la cornée présente une zone d'environ 1 mm de large qui est une légère opacité grise (ressemblant assez au gerontoxon); cette opacité est limitée du côté du centre par un sillon profond et transparent. Des vaisseaux disséminés atteignent l'opacité marginale, et dans une étendue l'ulcère en sillon ; en règle générale, il n'y a ni douleur ni signes d'irritation dans quelques cas cependant, il y a inflammation périodique. Cet état peut durer des années et rester limité à une portion de la cornée. Jamais il n'y a progression vers le centre comme dans l'ulcère rongeant.

L'examen anatomique des lésions cornéennes et l'examen bactériologique ont été faits sans éclaircir l'étiologie de cette affection.

L'examen bactériologique, positif dans certains cas, n'a rien montré de spécial. Pendant le traitement du malade à la clinique, des particules provenant du grattage du fond et des bords de l'ulcère ont été plusieurs fois examinées au microscope, mais toujours avec des résultats négatifs.

Avant l'énucléation, le globe oculaire fut lavé, et des parcelles du bord de l'ulcère et un morceau de cornée furent ensemencés sur agar et gélatine. Dans une préparation du raclage de l'ulcère, une longue recherche fit voir quelques cocci. Dans les tubes ensemencés avec la sécrétion, on obtint une culture typique de staphylocoque pyogenes aureus. Le tube ensemencé avec un morceau de cornée resta stérile.

L'étiologie, après ce cas comme avant, reste donc incertaine. Suivent des hypothèses intéressantes, mais sans valeur.

XIX. — Contribution clinique à l'étude du nystagmus unilatéral ; par Otto Neustatter. (*Arch. of. Opht.*, mars 1901.)

Le nystagmus unilatéral est chose rare, et il se présente presque toujours dans le même type vertical.

L'auteur en a rencontré successivement quatre cas revêtant quatre types différents : vertical, horizontal, rotatoire et diagonal. Il donne quelques explications sur la nature de cette affection. Dans trois des cas observés par lui, il fait une constatation qui n'est d'ailleurs pas nouvelle et qui permet d'éclaircir un peu la nature du nystagmus unilatéral.

C'est le transfert momentané du nystagmus d'un œil à un autre. Cela semble démontrer qu'il faut considérer en général le nystagmus unilatéral comme un simple nystagmus bilatéral transformé.

Si on accepte cette idée, tous les symptômes sont facilement expliqués, même le transfert d'un œil à l'autre, chose à laquelle, en raison de l'étroite connexion des centres, nous devions nous attendre. Pour comprendre ces faits, il suffit en effet d'admettre un obstacle, ou une interruption de conduction qui rend ce transfert d'un œil à l'autre tantôt possible, tantôt impossible.

La localisation de cette interruption doit se trouver exactement sur la ligne médiane, car en ce point seulement ou dans son voisinage un arrêt de conduction peut intéresser tout le système d'association entre les noyaux oculomoteurs.

XX. — Modifications du fond de l'œil chez les femmes grosses et les femmes en couches ; par Dr Bruno Bosse, assist. d'obst. à Kœnigsberg. (*Archiv. of. opht.* mai 1901, p. 275.)

L'examen a porté sur 124 femmes gravides. Chez un grand nombre de femmes enceintes, il y a des modifications dans le fond d'œil, localisées au disque optique et consistant en un aspect nébuleux et un gonflement dû à la stase veineuse et à la transsudation. Ces modifications nerveuses n'amènent aucun trouble fonctionnel qui puisse être reconnu par les moyens d'exploration subjective. Elles disparaissent sans laisser de traces.

MÉDECINE PRATIQUE

Les modifications chimiques du lait de femme sous l'influence de l'extrait de graines de cotonnier.

M. Gilbert a fait, à la séance du 20 mars 1906, un rapport sur une note manuscrite que M. le Dr Barlerin, de Paris, avait présentée à l'Académie de Médecine.

Vu son extrême importance, nous le reproduirons *in extenso*, d'après le Bulletin de la savante compagnie.

M. Barlerin a voulu compléter par des recherches chimiques les faits cliniques signalés l'an dernier par M. le Dr Legrand à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.

Il a donc administré de l'extrait de graines de cotonnier à un certain nombre de femmes fréquentant la consultation du Dispensaire de Belleville, lesquelles étaient sur le point de cesser d'allaiter leurs enfants, leur lait étant insuffisant à la fois comme quantité et comme qualité.

Il résulte des observations relatées dans ce travail, observations corroborées par 58 analyses de lait, que, chez toutes ces femmes, au bout d'un laps de temps variant de deux à huit jours, M. Barlerin a constaté, à la suite de l'ingestion de l'extrait de graines de cotonnier, une amélioration de la qualité du lait.

Cette amélioration a porté principalement sur le taux des matières grasses et des matières albuminoïdes ; la proportion de beurre contenue dans le lait a augmenté en moyenne de 18 grammes par litre, soit 50 p. 100 de la quantité préexistante avant l'expérience.

Pour la caséine, cette augmentation de poids a varié de 5 à 7 grammes en moyenne, soit également un accroissement de 48 p. 100, comparativement au poids de caséine existant antérieurement.

Il semble donc résulter de ces expériences qu'en faisant prendre, aux femmes qui allaitent, de l'extrait de graines de cotonnier, en petite quantité, on peut augmenter d'une façon assez considérable les quantités de beurre et de caséine contenues dans leur lait.

Les conséquences de cette constatation sont des plus importantes. Les médecins sont tous d'accord, aujourd'hui pour affirmer que l'allaitement artificiel est une des causes de la mortalité infantile considérable qui sévit en France, et notamment dans certaines grandes villes. S'il est vrai, comme l'a dit M. le Dr Budin, que la meilleure Goutte de lait est celle que l'enfant trouve au sein de sa mère, encore est-il nécessaire que le lait de la mère soit suffisant pour nourrir l'enfant; l'extrait de graines de cotonnier semble donc pouvoir rendre possible, dans la plupart des cas, cette forme naturelle de l'allaitement que les circonstances sociales entravent malheureusement si souvent.

Par contre, il ne faut pas oublier que si le lait pauvre en beurre et en caséine est un danger pour l'enfant qui n'y trouve pas une nourriture suffisante, le lait trop riche en caséine et surtout en matières grasses est également un danger non moins grave pour l'enfant, car il peut provoquer l'embarras gastrique et intestinal avec ses conséquences.

L'extrait de cotonnier est un agent qui paraît actif, et qui, par conséquent, ne doit pas être employé sans guide et sans méthode ; le médecin devra toujours surveiller ses effets, et par la pesée et l'examen répété de l'enfant, graduer ou même interrompre son usage lorsque l'effet salutaire aura été produit.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. Barlerin m'a semblé intéressant, et je propose de le renvoyer à la commission compétente. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

Il est universellement reconnu aujourd'hui que la meilleure goutte de lait pour le nourrisson est celle que lui donne sa mère. Le lait maternel seul permet aux bébés d'éviter les complications digestives, si graves à cet âge.

Malheureusement, si presque toutes les femmes peuvent nourrir, il y en a qui n'ont pas la quantité suffisante de lait ou un lait inférieur en qualité. Dans ces cas on est obligé d'aider à la sécrétion lactée, de la renforcer. Beaucoup de moyens ont été préconisés dans ce but, aucun n'a tenu ses promesses. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec l'extrait de graines de cotonnier, comme il ressort de la communication de M. Barlerin et des observations d'autres médecins. Jusqu'à ce jour tous les moyens préconisés n'avaient donné que des résultats nuls ou insignifiants. Les expériences faites avec le *lactagol* (extrait de graines de cotonnier) ont permis de constater son efficacité non douteuse et ont donné parfois des résultats remarquables.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ COLONIAL DE MARSEILLE. — M. le médecin principal de 1re classe Clarac, directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales, a été nommé directeur de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, créée à Marseille.

Ont été nommés professeurs à ladite Ecole : *Clinique interne* — M. Métin, médecin-major de 1re classe. *Clinique externe*, — M. Clouard, médecin-major de 1re classe. *Anatomie chirurgicale.* M. Rigollet, médecin-major de 1re classe. *Bactériologie.* — M. Simond, médecin principal de 2e classe. *Médecine légale et administration.* — M. Reboul, médecin-major de 1re classe. *Chimie,* — M. Ferraud, pharmacien-major de 2e classe.

Les cours de l'Ecole commenceront le 1er février 1907.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. COINARD, suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions, du 18 février au 31 octobre 1907.

BIBLIOGRAPHIE

Des centres nerveux autonomes de l'utérus ; par le Prof. J. LA TORRE. (*Académie royale de médecine de Rome*, 24 juin 1906.)

Après avoir examiné avec diligence l'état actuel de la question sur la quelle les opinions sont des plus contradictoires, l'auteur résume ainsi ses études :

J'ai pratiqué mes recherches sur les nerfs de l'utérus dans l'Institut d'histologie du Prof. Maguin, en employant la dernière méthode de Ramon y Cajal.

Je dois dire que nous ne sommes que deux jusqu'à présent, que je sache, qui nous servons de telle méthode : mon ami le Dr Keiffer, de Bruxelles, et moi, travaillant en même temps, et sans que l'un sache de l'autre.

Il y a quelques semaines seulement que, lui ayant demandé des nouvelles bibliographiques d'un ouvrage qu'il avait publié en 1900, nouvelles qui devaient me servir pour mon étude sur les nerfs de l'utérus, M. Keiffer, en me répondant, m'apprit que, lui aussi, était en train de faire les mêmes recherches avec la méthode Ramon, et qu'il avait trouvé les ganglions.

J'ai vu, en effet, dans un des derniers numéros de la *Semaine médicale* que M. Keiffer a communiqué à l'Académie médicale de Belgique le résultat de ses recherches, qui l'ont conduit, lui aussi, à la découverte des ganglions le long du cours des nerfs de l'utérus.

Moi aussi, j'ai trouvé des ganglions nerveux dans la musculature de l'utérus, qui constituent, ainsi que je l'ai dit, des vrais centres nerveux qui expliquent parfaitement l'autonomie fonctionnelle de l'organe de la gestation, autonomie que l'on a bien des fois sentie et admise, mais jamais encore démontrée. Donc, M. Keiffer et moi, nous avons trouvé les ganglions nerveux intra-utérins qui proviennent du grand sympathique.

Mais tandis que M. Keiffer a étudié le développement du système nerveux de l'utérus humain, commençant par les embryons de trois mois, et s'arrêtant aux fœtus de deux mois de vie extra-utérine, moi, au contraire j'ai fait mes recherches précisément sur l'utérus adulte d'une chienne accouchée.

Je puis affirmer donc que nos recherches, faites indépendamment et à l'insu l'un de l'autre, se confirment et se complètent réciproquement. Il me plaît, en outre, de dire que, dans ce genre de recherches, qui ne se font pas dans une semaine, mais pour lesquelles il est nécessaire d'étudier pendant plusieurs mois, qui sont entourées d'énormes difficultés techniques, etc., quelques jours de différence entre une publication et l'autre ne constituent certainement pas un titre de priorité ou non.

Dans la publication *in extenso* de mon ouvrage, je dirai tout ce qui concerne la méthode, la technique, les difficultés, et comment se régler pour les surmonter, et je compléterai la partie analytique sur le cours, la distribution et la terminaison des nerfs dans l'utérus. Je présente aujourd'hui, en attendant, des figures de ganglions et de cellules nerveuses qui y sont contenues, figures qui donnent aussi une idée de la configuration des nerfs, ganglions, cellules et nerfs qui n'ont encore jamais été décrits.

Je dirai enfin que l'utérus est plein de ganglions et de nerfs qui courent en tous les sens. Les ganglions se trouvent soit sous la tunique séreuse péritonéale, aussi bien qu'entre les muscles, et ils sont si nombreux que dans un champ microscopique d'un agrandissement de 100 diamètres environ, on trouve jusque à 5 ganglions. Les nerfs courent tantôt très volumineux, tantôt petits entre les masses musculaires, et ils sont en très grand nombre dans le champ vasculaire. Selon ce que j'ai pu observer jusqu'à présent, les grands ganglions se trouvent dans la zone sous-séreuse, ainsi qu'on les voit dans les figures que je présente.

Je présente en outre des figures de M. Rein, M. Thivio et de M. Keiffer (1900) pour qu'on puisse faire des comparaisons entre les images de ce que l'on croyait auparavant sur les nerfs intrautérins, et ce que l'on doit croire aujourd'hui. La

différence entre les études précédentes et les miennes me portent à la conclusion que l'anatomie des nerfs de l'utérus est à refaire, étant nécessaire, pour telle étude, de se baser sur la découverte que nous avons faite, M. Keiffer et moi.

Pensée inconsciente et vision de la pensée ; par le professeur Dr Alb. Adamkiewicz, traduit de l'allemand par la baronne Henri de Rothschild (1 vol. in-8, de 96 pages, chez Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris 1906.)

La baronne Henri de Rotchschild a le grand mérite d'offrir une traduction parfaite, quant au fond et à la forme. d'un ouvrage philosophique, et par conséquent abstrait et difficile à faire passer, de l'allemand obscur, en français limpide.

L'ouvrage lui-même traite d'une thèse déjà connue : l'origine cérébrale de la conscience et de la pensée inconsciente. Qu'est-ce qui constitue le fond de l'insconscient et que nous apprend-il ? Son sujet : son objet. Mécanisme des apparitions « spiritiques » : évocation des morts ; mécanisme de la prophétie ; puissance créatrice de « l'inconscient » ; reproduction du moi ; influence de l'inconscient sur la conscience ; effet rétroactif de la connaissance de l'inconscient sur la physiologie, la pathologie et la pychologie de la vie psychique.

Autant de problèmes fort captivants qu'il est sans doute plus alléchant d'étudier dans cette traduction que dans le texte original, en raison du texte admirable de clarté qu'offre au public français la baronne Henri de Rotchschild. Donc, tous nos sincères compliments. P. C.

Le voisinage du chien : ses dangers ; par le Dr Couppé de Lahongrais (Paris, Michalon, 1906.)

Après avoir essayé de fixer la physiologie du chien à travers les âges, l'auteur groupe en deux chapitres, les différentes maladies dont le chien peut être atteint : les parasites, et les maladies proprement dites. Les tænias seraient très fréquents chez le chien, qu'il s'agisse du dipylidium caninum ou du tœnia nana. L'œuf du dipylidium caninum est fréquemment transmis par le pou ou la puce du chien; aussi convient-il de l'en préserver, ce qui s'obtiendrait en mêlant des feuilles de noyer à la litière, en remplaçant la paille par du chiendent, en frictionnant l'animal avec du tabac en poudre, ou en faisant les niches dans de vieux fûts de pétrole. De même la teigne, la gale, nous sont transmis par le chien. Le chapitre réservé aux maladies proprement dites débute par la rage ; l'auteur en recherche les éléments de diagnostic, qu'il fixe très heureusement. L'échinococcose sévit souvent parmi les chiens qui la transmettent à l'homme; enfin la tuberculose le frappe également en dépit de l'erreur commune qui le déclarait réfractaire à cette maladie. Cet ouvrage est une contribution intéressante à l'œuvre de prophylaxie individuelle.

CORRESPONDANCE

Royan : son état sanitaire.

De notre correspondant spécial :

Une épidémie de suette miliaire compliquée de fièvre typhoïde en Saintonge ayant été signalée, le ministère de l'intérieur délégua Monsieur le professeur Chantemesse pour se rendre dans les localités infestées. Il résulte de son enquête que l'épidémie est limitée à l arrondissement de Saintes et qu'il n'y avait rien dans l'arrondissement de Marennes, et particulièrement à Royan. En Saintonge il y aurait eu 3.890 cas de suette qui ont donné 35 décès.

Tout est fini. Les mesures préventives sont levées. Les manœuvres devant avoir lieu aux environs de Royan avaient été décommandées, elles sont de nouveau ordonnées. Les foires, qui avaient été interdites pendant trois semaines dans les arrondissements de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély, viennent d'être réautorisées. On ne saurait donc voir dans les exagérations qui ont couru que la manifestation d'un mauvais esprit envers les belles plages de Royan, Pontaillac, Saint-Georges qui, malgré cela, ont vu la même foule de baigneurs affluer cette année.

La saison s'annonce fort brillante, la belle plage royannaise n'a pas connu un seul cas de suette. Quant à la fièvre typhoïde, elle ne peut plus s'y montrer à l'état épidémique grâce aux excellentes eaux de la source de Pompières. En résumé, l'état sanitaire de Royan est excellent (baigneurs très nombreux), parmi lesquels des notabilités de tout genre, des hommes politiques, M. Combes, sénateur, M. Torchut, député, etc.

Royan, 25 juillet.

Marcel Bourneville.

VARIA

Certificat d'Études Médicales supérieures.

Art. 1er. — Il est institué un certificat d'études médicales supérieures.

Art. 2. — Ce certificat est délivré par le Ministre de l'Instruction publique à la suite d'un examen public subi devant un jury spécial dont les membres sont nommés par arrêté ministériel.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter à cet examen s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine.

Art. 4. — L'examen comprend : 1° Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Quatre heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée. 2° Un exposé oral d'une demi-heure au maximum sur une question de pathologie générale fait après trois heures de préparation dans une salle fermée. Pour la composition et pour la préparation de l'exposé oral, les candidats ne doivent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. La surveillance est organisée par le président du jury. 3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique. Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de cette épreuve et pour l'exposé des résultats de leur travail.

Pour l'épreuve écrite, il est donné trois sujets entre lesquels les candidats ont le droit de choisir. Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au président qui la vise. Les compositions sont lues par les candidats en séance publique sous le contrôle d'un des juges.

Pour l'épreuve orale, chaque candidat tire au sort une enveloppe contenant trois sujets entre lesquels il a le droit de choisir. Le jury arrête tous les sujets des épreuves orales avant le commencement de ces épreuves.

Art. 5. — Les aspirants au certificat d'études médicales supérieures ne sont pas tenus de subir les trois épreuves dans la même session. Ils peuvent ne s'inscrire à la même session que pour une ou deux épreuves à leur choix. Le candidat admis à une épreuve conserve le bénéfice de son admission. Il peut en réclamer l'attestation au président du Jury. Le bénéfice n'est délivré qu'autant que le candidat a été déclaré admis à chacune des trois épreuves.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note exprimée par un chiffre variant de 0 à 20. Pour être déclaré admis à une épreuve, le candidat ne doit pas avoir obtenu une note inférieure à 15. Le candidat qui aura obtenu pour une épreuve une note inférieure à 10 ne pourra pas subir de nouveau cette épreuve avant une année.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du Jury.

Art. 7. — Le Jury est composé de neuf juges choisis par le ministre de l'Instruction publique parmi les professeurs titulaires et honoraires, les agrégés des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie. Aucune Faculté ne peut être représentée dans le Jury par plus de quatre membres.

Art. 8. — Le jugement peut être valablement rendu par cinq juges. Après la session, le Président adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — La première session s'ouvrira en octobre 1907. A partir du 1er janvier 1908, les sessions d'examen auront lieu deux fois par an. Un arrêté ministériel désigne la Faculté au

siège de laquelle aura lieu chaque session. Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription sont également fixées par arrêtés ministériels.

* * *

Le projet d'arrêté suivant détermine les **fonctions pour lesquelles, dans les Facultés de Médecine, sera exigé le Certificat d'études médicales supérieures.**

Art. 1er. — Le Certificat d'études médicales supérieures est exigé des candidats : 1° aux fonctions d'agrégé et de chargé de cours complémentaires dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section de Médecine) ; 2° aux fonctions de chef des travaux dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section de Médecine).

Art. 2. — Les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Ils sont nommés par le Recteur sur présentation du Doyen.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'art 1er ne sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du décret portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

Agrégations des Facultés de Médecine.

Article premier. — L'agrégation des Facultés de médecine et des Faculéts mixtes de médecine et de pharmacie comprend les sections déterminées ci-après.

I. — *Médecine.* — Anatomie humaine et comparée; Histologie et embryologie ; Physiologie : Physique biologique et médicale ; Chimie biologique et médicale et pharmacologie : Sciences naturelles appliquées à la médecine ; Pathologie générale et médecine interne; Anatomie pathologique: Médecine expérimentale et comparée ; Thérapeutique ; Hygiène ; Médecine légale ; Maladies nerveuses et psychiâtrie ; Maladies cutanées et syphilitiques ; Chirurgie générale ; Obstétrique ; Chirurgie infantile et orthopédie ; Ophtalmologie ; Maladies du larynx, du nez et des oreilles ; Gynécologie; Maladies des voies urinaires.

II. — *Pharmacie.* — Pharmacie et matière médicale.

Art. 2. — Il est ouvert un concours spécial pour chaque section.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter au concours (section de médecine), s'il ne se justifie du gradē de docteur en médecine et du certificat d'études médicales supérieures. Toutefois les docteurs en médecine pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou du diplôme supérieur de pharmacien, peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation biologique et médicale ou de l'agrégation de chimie biologique et médicale et pharmacologie s'ils ont subi avec succès l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à l'anatomie, l'histologie et à la physiologie. Les docteurs en médecine qui sont pourvus du diplôme de docteur ès sciences naturelles ou du diplôme supérieur de pharmacien, peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation des sciences naturelles s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à la pathologie générale.

Art. 4. — Les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé (Section de pharmacie) dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier sont : soit le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ; soit le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles: soit le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 5. — Les épreuves du concours sont :

1° Une épreuve de titres. Elle consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels. En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques. Le format de la notice sera le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine. Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique. Elle consiste en une leçon orale de trois quarts d'heures faite après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. Le candidat choisit entre trois sujets contenus dans une enveloppe tirée au sort.

La surveillance est organisée par le Président du Jury.

Les ouvrages qui se trouvent à la Bibliothèque universitaire sont mis à la disposition du candidat, sur sa demande.

3° Une épreuve pratique. Pour chaque ordre d'agrégation, le Jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 6. — Les Jurys des concours sont nommés par le Ministre. Ils sont constitues ainsi qu'il suit pour les différentes sections de l'agrégation :

Section d'anatomie humaine et comparée et section d'histologie et embryologie. — Un seul Jury composé de cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie ; un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie ; deux professeurs d'histologie ; deux juges suppléants.

Section de physiologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physiologie ; un professeur d'histologie, de physique médicale, de chimie médicale ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physique ; un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale et pharmacologie. —Trois juges titulaires : deux professeurs de chimie (le professeur de chimie peut être remplacé par un professeur de pharmacologie) ; un professeur de physiologie ou de méderine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine. — Trois juges titulaires; deux professeurs d'histoire naturelle; un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne. — Sept juges titulaires: un professeur d'anatomie pathologique, ou un professeur de médecine expérimentale. Les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie générale, de pathologie interne, de thérapeutique, de clinique médicale et des cliniques médicales spéciales ; trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique. — Cinq juges titulaires; deux professeurs d'anatomie pathologique; un professeur d'histologie ; un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale; un professeur de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée. — Trois juges titulaires: un professeur de médecine expérimentale ; un professeur de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique ; un professeur d'histologie ou de physiologie ; deux juges suppléants.

Section de thérapeutique. — Trois juges titulaires: un professeur de thérapeutique : un professeur de médecine interne; un professeur de physiologie ou de pharmacologie, deux juges suppléants.

Section d'hygiène. — Cinq juges titulaires : deux professeurs d'hygiène ; un professeur de physiologie ; un professeur de physique médicale ou de chimie médicale ; un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de médecine légale. — Cinq juges titulaires: deux professeurs de médecine légale ; un professeur de médecine mentales ; un professeur de chimie ou de pharmacologie ; un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale : deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de pathologie nerveuse; deux professeurs de pathologie mentale ; un professeur de méde-

cine interne ou d'anatomie pathologique : deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; un professeur de pathologie générale ou de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale. — Sept juges titulaires : les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales ; trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chirurgie infantile et d'orthopédie ; un professeur de clinique chirurgicale ; deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie. — Trois juges titulaires : deux proseurs de clinique ophtalmologique ; un professeur de physique médicale, de pathologie nerveuse ou de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx du nez et des oreilles. — Trois juges titulaires : deux professeurs des maladies du larynx du nez et des oreilles ; un professeur de chirurgie ou de médecine ; deux juges suppléants.

Section de gynécologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de gynécologie ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies des voies urinaires ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section d'obstétrique. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'accouchements ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de pharmacie ; un professeur de botanique ou de matière médicale ; deux juges suppléants.

Art. 7. — Peuvent être appelés à faire partie des jurys les membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des Facultés des Sciences, les professeurs honoraires, les agrégés et les chargés de cours des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie.

Art. 8. — Aucune Faculté ne peut être représentée dans le Jury par plus du tiers des juges.

Art. 9. — Les présentes dispositions seront appliquées aux concours qui seront ouverts pendant l'année scolaire 1909-1910.

Art. 10. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs sont dispensés du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 11. — Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury par ordre de mérite. Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la Faculté à laquelle ils désirent être attachés. Il est tenu également compte du rang de classement si, en cas de vacance d'une place d'agrégé dans une autre Faculté, ils demandent à y être transférés.

Art. 12. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 octobre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Exercices spéciaux du service de santé

(*Du 30 juillet au 3 août 1906.*)

Programme général des exercices : 1re journée, lundi 30 juillet. — 8 heures matin : réunion des officiers à l'Ecole supérieure de guerre, avenue de La Motte-Piquet (en face du milieu de la galerie des machines). — 9 heures : Instructions préliminaires par un officier d'état-major et par le directeur technique. A partir de 1 h. 30, chargement et organisation des formations sanitaires aux docks du service de santé, 7, rue Larmeroux, à Vanves.

4 h. 30 soir. — Formations du parc dans la cour de l'Ecole militaire, place Fontenoy.

2e journée, mardi 31. — 4 heures matin. — Départ des voitures du parc pour le bastion 87 près la porte d'Italie. — 5 h. 15 : Constitution des formations sanitaires au bastion 87. Départ pour Juvisy. Service de marche et cantonnement. — 2 à 5 heures : Démonstrations et services pratiques dans les formations sanitaires.

3e journée, mercredi 1er août. — 7 heures matin. — Marche de l'ambulance divisionnaire à la suite d'une colonne d'avant garde. — 8 h. 30. Combat d'une brigade d'infanterie dans la vallée d'Yvette. *1re phase* : Attaque des villages de Grand-Balisy et de Gravigny. Fonctionnement du service de santé régimentaire. *2e phase* : Prise de ces villages ; entrée en action des deux sections de l'ambulance. — 5 à 6 heures du soir : Relève de la 1re section de l'ambulance divisionnaire par l'hôpital de campagne. — 9 heures soir : Exploration nocturne du champ de bataille à l'ouest d'Epinay.

4e journée, jeudi, 2. — 8 h. 30 matin. — Attaque de Longjumeau. Fonctionnement du service de l'avant. Service régimentaire. Fonctionnement d'une section de l'ambulance de corps et d'une section de l'ambulance divisionnaire. — Après 2 heures soir : Evacuation des blessés des ambulances par convoi sur route. — Tout le jour. Fonctionnement de l'hôpital de campagne à Savigny-sur-Orge.

5e journée, vendredi 3. — 7 heures matin : Organisation d'un convoi d'évacuation des blessés de l'hôpital de campagne. Départ pour Juvisy. — 9 heures : Organisation et fonctionnement d'un hôpital d'évacuation à Juvisy. Formation et chargement d'un train sanitaire improvisé, d'un convoi sur Seine. — 10 à 11 heures : Fonctionnement d'une infirmerie de gare à la gare du Triage, à Juvisy. — 2 heures soir : Départ des formations sanitaires de Juvisy pour Paris. — 5 heures : Dislocation des formations sanitaires au bastion 87. Retour des voitures à l'Ecole militaire.

Renseignements généraux. — Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction de M. le général de brigade Bolgert et la direction technique de M. le médecin principal de 1re cl. Antony. MM. les médecins-majors de 1re cl. Bonnet, de 2e cl. Visbecq donneront à MM. les officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires sur la marche des opérations et le fonctionnement des divers services. *Tenue* pour les officiers prenant part aux exercices : tenue de campagne (giberne et brassard).

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France.

Le 8e Voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1906. — Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage. Le V. E. M. de 1906 — comme les sept précédents — est placé sous la direction scientifique du Docteur Landouzy, professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 fr. pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourritures, transports de bagages, pourboires.

Bourses de voyage. — Quatorze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1906. L'attribution en a été fixée comme suit par leurs fondateurs : 1° Bourse du professeur Henrot : un Interne des hôpitaux de Reims. 2° Bourse de la Société de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme) : un Interne des hôpitaux de Paris. 3° Bourse du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées) : « un Médecin, à la fois membre du Concours médical et de l'Association générale des Médecins de France ». 4° Bourse de la Compagnie générale des eaux minérales et bains de mer : un Etudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans l'année scolaire 1905-1906. 5° Bourse de la Société des Eaux thermales d'Evaux-les-Bains (Creuse) : « un membre du Concours médical affilié à l'Association des Médecins de France ».

DES ENFANTS ANORMAUX

et en particulier des Arriérés, Nerveux, Epileptiques et Aliénés. (Assistance, Traitement, Education).

La *Gazette des Bains de Mer de Royan* du 14 septembre a relaté un acte de *Sadisme* commis par un malheureux, deux fois anormal, car il est atteint de *surdi-mutité* et *d'arriération intellectuelle*, compliquées de *perversion morale*. Ce cas n'est pas une exception. Des actes répréhensibles de tous genres sont commis journellement par des anormaux, sourds-muets et idiots, adultes et enfants. Les journaux en rapportent fréquemment des exemples, sans compter les séquestrations ou les mauvais traitements dont ils sont l'objet dans leurs familles. Beaucoup d'*enfants martyrs* sont des *malades* que leurs parents considèrent comme *vicieux* et auxquels ils infligent des corrections de plus en plus violentes, barbares.

Ces anormaux adultes, après une enfance et une adolescence plus ou moins accidentées ou misérables, deviennent dangereux, commettent des vols, des attentats divers, des actes de sadisme, comme le sourd-muet imbécile dont nous venons de parler. Ils sont arrêtés, parfois condamnés à tort, ou envoyés dans un asile d'aliénés, leur véritable place, d'autres fois relâchés. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, pour notre sourd et muet ; on l'a relaxé, après ses premiers méfaits, — des vols, — jugeant qu'il avait agi sans discernement. En liberté, ces malades recommencent, sont la risée du public, l'objet de vexations de la part des enfants qui s'en amusent. En tous les cas, qu'anormaux adultes soient *emprisonnés* ou *hospitalisés*, ils sont une charge pour la Société. A cause de leur âge, qui les rend incurables, les sacrifices sont faits en pure perte. C'est pendant leur enfance qu'il aurait fallu s'occuper d'eux. « A l'asile d'aliénés, a dit le docteur Courjon dans une intéressante communication au Congrès d'Ajaccio de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (1901), les *anormaux* sont protégés contre les dangers de la rue, soit ; mais, par contre, mélangés le plus souvent aux aliénés adultes, ils sont exposés à tous les inconvénients, à tous les périls d'une promiscuité parfois révoltante ; faute de recevoir les soins pédagogiques utiles, ils voient leur état s'aggraver de jour en jour... Placer un idiot dans un asile d'aliénés, au lieu de le mettre dans un établissement d'éducation spéciale, sous prétexte de moindre dépense, revient à enfermer un malade dans un hôpital où on le laisserait mourir sans secours, faute de médicaments qui le sauveraient et parce que ces médicaments sont trop coûteux. »

Aujourd'hui, on sait qu'il est possible de guérir souvent, d'améliorer presque toujours, la majorité de ces malheureuses victimes de l'hérédité, de l'alcoolisme des procréateurs, des accidents de la grossesse, d'une mise au jour laborieuse, des maladies infectieuses, des convulsions, des traumatismes de la tête (1), des mauvaises habitudes, etc. Dans l'intérêt de ces enfants, dans son propre intérêt, que doit faire la Société ?

Pour tous, il faut créer des *asiles-écoles* et, en outre, dans les villes, des *classes spéciales*, et les y soumettre au *traitement médico-pédagogique*, suivant l'expression du docteur Bourneville. Il n'y a pas de département qui, malheureusement, n'ait assez d'enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., pour justifier de semblables institutions. La loi sur l'obligation de l'instruction primaire impose ces créations aux départements et aux villes, puisque ces enfants ne peuvent être envoyés aux écoles ordinaires.

Jusqu'ici, en dehors de la Seine, il n'y a que quelques départements qui ont abordé timidement cette réforme accomplie dans la plupart des pays étrangers, entre autres la Seine-Inférieure et la Vendée, sur l'initiative des docteurs Giraud et Cullerre. C'est la Seine qui a donné l'impulsion, sans être parvenue pourtant à donner l'assistance et l'éducation à *tous* ses enfants anormaux (1). Le docteur Courjon, dans le travail que nous avons cité, rappelle comment cette réforme s'est accomplie : « Médecin de Bicêtre depuis de longues années, Bourneville y a organisé et créé de toutes pièces son service d'enfants anormaux. A force de patience et de ténacité, il a réussi à arracher sou par sou, aux pouvoirs publics, les sommes indispensables à la fondation de son œuvre, qui restera comme un modèle du genre.....

« Après avoir créé la section des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre, qui renferme 440 garçons, et organisé la Fondation Vallée, qui contient 200 filles, établissements consacrés aux enfants pauvres, il a fondé à Vitry-sur-Seine, pour les enfants de familles riches ou aisées, un établissement qu'il a dénommé **Institut médico-pédagogique**, afin de préciser sa destination. »

Nous ne pouvons entrer dans le détail de la *méthode d'éducation spéciale* qui est employée dans ces établissements et sur les nombreux *procédés* qui la composent. Nous nous bornerons à dire que les enfants sont occupés depuis le matin jusqu'au soir, que les leçons de choses, la gymnastique, les exercices physiques, l'instruction proportionnée au degré intellectuel des enfants, y occupent le premier rang.

A l'**Institut médico-pédagogique**, les enfants sont naturellement séparés par sexe, *groupés*, suivant leur état intellectuel et aussi d'après les complications qu'ils présentent. Outre les enfants *arriérés* de toutes catégories, l'Institut reçoit les enfants *instables, indisciplinés*, atteints dans leurs *facultés morales*, sujets à des *impulsions* dues à *l'irritabilité nerveuse*.

Le *traitement médico-pédagogique* doit être institué le plus tôt possible, dès qu'on a constaté l'arriération ou les perversions morales. Dans les établissements de l'Assistance publique, on les admet avec raison à partir de *deux ans*. Il en est de même à l'**Institut médico-pédagogique**. C'est donc à tort, et parce qu'ils sont insuffisamment renseignés, que des médecins, même très instruits, ajournent l'application du traitement. En voici la preuve, fournie par un garçonnet de cinq ans et demi et dont l'état peut se résumer ainsi.

« Il pince, pousse, renverse, griffe ses petits camarades ; leur donne des coups, trouble leurs jeux, est turbulent, sans cesse en mouvement, menace de casser, de briser, de tuer son petit frère qu'il taquine et *rend comme lui*. Sa prononciation, son attention, son raisonnement, sont très défectueux. Il n'a qu'une conscience imparfaite du danger. Dans ses périodes d'énervement, les *impulsions* sont plus accusées et il pousse des cris. La main est très maladroite. Enfin les facultés intellectuelles, qui auraient été normales jusqu'à deux ans et demi, ont été arrêtées dans leur développement à la suite de convulsions graves. »

Pour nous, cet enfant aurait dû être soumis depuis deux ans déjà au *traitement médico-pédagogique* qui, chez lui, aurait certainement donné d'excellents résultats. C'est un enfant qui pourrait devenir normal si le traitement était poursuivi un *temps suffisant*. Plus on attendra, plus la situation s'aggravera. Et cependant on a conseillé d'ajourner le placement. Les parents maintenant s'inquiètent à cause de ses menaces envers son frère et parce que celui-ci a des tendances à l'imiter, ce qui, soit dit en passant, justifie l'isolement des petits malades de ce genre.

Notre but sera atteint si nous avons pu montrer la nécessité de l'assistance et de l'éducation de la catégorie des *enfants anormaux* et des *malades* que nous avons plus particulièrement visée, si nous avons pu faire comprendre la possibilité de leur procurer une amélioration sérieuse, souvent même une guérison complète, lorsque le *traitement médico-pédagogique* est appliqué de bonne heure et durant tout le temps nécessaire. Que de bien serait réalisé, si l'on partageait notre conviction, au bénéfice incontestable d'une foule d'enfants, intellectuellement et moralement déshérités !

Dr FREEMAN.

(1) Jamais on ne devrait frapper les enfants sur la tête ainsi que le font encore trop souvent des parents qui se croient tout permis sur leurs enfants.

(1) La Seine hospitalise plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques.

10° Cinq bourses de la Société d'Evian (Haute-Savoie) : 1° Un Médecin anglais ; 2° Un Médecin danois ; 3° et 4° Deux Médecins italiens ; 5° Un étudiant en médecine, ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lyon, dans l'année scolaire 1905-1906 ; 11° Bourse de la Compagnie fermière du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) : un Etudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lille, dans l'année scolaire 1905-1906. 12° Bourse de la Compagnie des Eaux minérales de Pougues (Nièvre) : un Interne des hôpitaux de Bruxelles. 13° Bourse de la Compagnie générale des Eaux de Royat (Puy-de-Dôme) : un Interne des Hôpitaux de Paris. 14° Bourse de la Compagnie fermière de Vichy (Allier) : un Etudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Médecine de Paris, dans l'année scolaire 1905-1906. — Pour tous renseignemente, s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e), ou au Dr Jouaust, 19, rue du Colysée, Paris (8e). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1906, terme de rigueur.

LES CONGRÈS

XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Lille, 1er au 4 août 1906.)

Pour tous renseignements concernant le Congrès, prière de s'adresser à M. le Dr G. Chocreaux, médecin en chef, asile d'aliénées de Bailleul (Nord). — Le volume des procès-verbaux du Congrès de Rennes vient de paraître. Il est à souhaiter que le bureau du Congrès envoie en double les rapports et les volumes à tous les journaux qui ont fait de la publicité pour le Congrès. Nous espérons que M. le Secrétaire général mettra à la disposition des congressistes son dernier rapport sur l'asile de Bailleul et le plan ce cet asile. Nous faisons de nouveau appel à tous ceux qui feront des communications à ce Congrès pour qu'il nous en envoient de suite un résumé.

FORMULES

LII. — Contre l'albuminurie.

Régime lacté ou déchloruré, purgatifs répétés, ventouses scarifiées à la région lombaire.

Théobromine.......	0 gr. 50
Phosphate neutre de soude..............	0 gr. 25

pour 1 cachet, n° 21 ; 3 par jour.

Ecole de médecine de Clermont. — Un concours s'ouvrira le 8 janvier 1907, devant la Faculté de Médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Clermont.

Hotel-dieu d'Orléans. — *Concours pour l'internat* le mardi 11 décembre prochain, à 2 h. 1/2 pour 3 places d'interne titulaire et 3 places d'interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions. Pour s'inscrire au concours, et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire. Les internes changent de service tous les six mois d'après un roulement établi par l'Administration. Pendant les vacances des élèves sages-femmes, les internes sont chargés d'assurer le service de la Maternité.

NÉCROLOGIE

Le Pr P. BROUARDEL



Le Pr P. Brouardel vient de mourir. Avec lui, disparaît la plus haute personnalité de la profession médicale de notre pays. Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, dont il fut président, président honoraire du Conseil supérieur d'hygiène de France, dont il dirigea longtemps les débats, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, grand-officier de la Légion d'honneur, etc., etc., le Pr Paul Brouardel ajoutait à toutes ces charges et à toutes ces dignités officielles d'autres titres dus à l'estime, l'affection, la reconnaissance des médecins praticiens de France. C'est ainsi qu'il avait été désigné comme président de l'Association générale, qu'il était déjà, depuis de longues années, président de l'Association des médecins de la Seine, et que depuis dix ans, en échange de la sympathie qu'il témoigna et du concours qu'il prêta toujours aux Associations de défense professionnelle, dans leurs justes revendications, il avait été élu Président d'honneur de l'Union des syndicats médicaux de France et du Syndicat des médecins de la Seine.

Né à Saint-Quentin, le 15 février 1837, Paul Brouardel fit de brillantes études médicales à la Faculté de Paris, où il fut reçu interne des hôpitaux en 1859 et docteur en médecine en 1865. Médecin des hôpitaux en 1869, agrégé en médecine la même année, il ne tarda pas à suppléer Tardieu malade dans sa chaire de medecine légale, où il devait définitivement le remplacer en 1879. Expert auprès des tribunaux, il sut acquérir tout aussitôt une très haute et très légitime autorité, tant par la méthode scientifique et la conscience qui présidaient à la rédaction de ses rapports, que par l'inauguration de l'enseignement pratique de la médecine légale qu'il organisa à la Morgue et rendit célèbre, malgré les conditions matérielles rudimentaires et défavorables qu'il ne parvint jamais à faire améliorer, ce qui ne fait guère honneur à l'administration française. M. Brouardel ne se cantonna pas dans l'étude de la médecine légale. Dès 1878, il avait pris la direction des *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale* et avait été nommé peu après membre du Comité Consultatif d'hygiène de France, dont il devint président

en 1884 et dont il conserva la direction jusque dans ces dernières années. Membre de l'Académie de médecine en 1880, il fut nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris en 1886.

Le Pr Brouardel fut, pendant toute son active carrière, la personnification même de la médecine publique en France. Nous n'insisterons par sur son enseignement si fécond, qu'il sut, nous l'avons dit, faire entrer d'emblée dans le domaine pratique empruntant en partie à Tourdes sa méthode et ses procédés. Cet enseignement lui permit de créer tout une pléiade de médecins légistes et lui acquit parmi les étudiants une véritable popularité. Nous nous souvenons, durant nos études, des acclamations enthousiastes qui accueillaient toujours le doyen lorsqu'il apparaissait dans les amphithéâtres soit pour présenter un nouveau professeur, soit, ce qui était plus fréquent, pour calmer quelques-unes de ces effervescences dont était coutumière la jeunesse studieuse et quelque peu turbulente de notre époque.

Comme hygiéniste, Paul Brouardel imposa rapidement son autorité aux pouvoirs publics. Il prit part à toutes les missions destinées à étudier et à combattre les épidémies. Le choléra, la suette miliaire, la fièvre typhoïde etc, furent l'objet de ses enquêtes.

Le Gouvernement de la République, dont il conserva longtemps la confiance, eut recours à sa haute compétence, à son habileté et à sa prudence toutes diplomatiques pour le représenter aux conférences sanitaires internationales de Rome, Dresde, Venise et Paris. Commissaire du Gouvernement, il prit une part très active à l'élaboration de notre législation sanitaire. Dans cette fonction difficile et délicate, il défendit pied à pied les véritables intérêts du médecin qui se confondent presque toujours avec l'intérêt public ; et si la loi sur l'exercice de la médecine comme la loi sur la protection de la santé publique sont loin d'être parfaites et sans lacunes, on ne saurait le lui reprocher. Il faut savoir, pour juger de la difficulté de sa tâche, les écueils sans nombre qu'il lui fallut éviter pour aboutir, il faut connaître les obstacles que de puissantes incompétences parlementaires tant à la Chambre qu'au Sénat dressèrent sans cesse sur sa route et qu'il fut obligé à son grand regret de tourner pour arriver au but. Quoiqu'il en soit, la législation actuelle à laquelle collabora M. Brouardel, bien que fort imparfaite, marque un progrès considérable sur la situation passée.

Une des préoccupations les plus grandes de la dernière période de la vie de M. Brouardel fut la lutte contre la tuberculose. Il s'y donna tout entier et fit une propagande active à tous les moyens réalisables pour diminuer les victimes du fléau, tant dans les nombreuses sociétés où sa voix était plus particulièrement écoutée qu'à l'Alliance d'Hygiène sociale, dont il fut un des fondateurs.

Nous avons déjà indiqué les services que M. Brouardel avait rendus aux médecins praticiens en prenant part à l'élaboration de la législation réglant l'exercice de la médecine ou notre organisation sanitaire. Ce souci d'être utile à ses confrères fut toujours une de ses principales préoccupations. Quelques-uns lui ont reproché de n'avoir pas toujours absolument réussi et lui en ont gardé rancune. C'est que ces médecins, aigris par les difficultés sans nombre rencontrése dans l'exercice de leur profession, ne se sont pas rendu un compte exact de tous les obstacles que M Brouardel rencontra dans la lutte pour le triomphe des intérêts médicaux. D'autre part, la renommée universelle dont jouissait M Brouardel leur a fait croire à son omnipotence et les a portés à l'accuser à tort chaque fois que, contre son gré, une amélioration attendue ne recevait pas son application.

Cependant ceux qui, comme nous, ont dû, dans les sociétés professionnelles, faire maintes fois appel à son concours ou à son expérience, savent avec quel dévouement et quelle simplicité il se mettait tout entier à la disposition des confrères qui lui demandaient son appui pour une action médicale utile. Naguère il prenait part aux travaux de la Commission de fixation des tarifs d'honoraires médicaux pour les accidents du travail. Avec les Drs Dubuisson et Jeanne, il défendait pied à pied, contre la rapacité des compagnies d'assurances, la modeste rétribution assurée aux médecins. Hier il collaborait lui-même à l'organisation du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine et réunissait régulièrement chez lui le comité, la maladie lui interdisant de sortir. Il venait même à la séance d'ouverture, incapable de prononcer une parole, et commettait ainsi une imprudence qui eût pu être fatale, poussé par le seul désir de témoigner toute sa sollicitude à la défense professionnelle.

Il avait accepté en outre de faire partie de la commission médico-mutualiste qui, sous la présidence de M. Emile Loubet, tâche de trouver une solution équitable à un long et dangereux conflit. Mais cette fois les forces lui manquèrent et il ne put apporter à nos séances l'autorité de son nom et l'éloquence de sa parole

Aussi, nous qui savons combien il s'est dévoué pour le corps médical, qui savons que ce fut pour lui qu'il fit les derniers efforts et qu'il eut sa dernière pensée, nous saluons pieusement sa mémoire et gardons à ce grand médecin une éternelle reconnaissance.

J. Noir.

NOUVELLES

Natalité de Paris — Du dimanche 8 au samedi 14 juillet 1906, les naissances ont été au nombre de 997, se décomposant ainsi : légitimes 740, illégitimes 257.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 756, savoir : 406 hommes et 350 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0 — Rougeole : 11. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 0. — Tuberculose des poumons : 180. — Tuberculose des méninges : 21 — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 33. — Maladies organiques du cœur : 45. — Bronchite aiguë : [illegible] — Bronchite chronique : 10 — Pneumonie : 24. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 60. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation 23 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 5. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 8. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 13. — Débilité sénile : 24. — Morts violentes : 37. — Suicides : 19. — Autres maladies : 101. — Maladies inconnues ou mal définies : 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : légitimes 50, illégitimes 20.

Distinctions honorifiques ; Légion d'honneur. — *Commandeur.* : M. le Pr Arloing, de Lyon. — *Officiers* : MM. les Drs Reclus, Lermoyez, Beni-Barde, de Paris. — *Chevaliers* : MM. les Drs Danlos, Boissard, Dupré, Ozenne, Fournaise, de Paris ; Jalabert, de Carcassonne ; Mendousse, de Nérac ; Lourties, de Courrières; Bordarie, de Lafrançaise ; Cust.ud, de Collo.

Décorations académiques. — *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Bobier, Montignac, Sée, de Paris ; Brigault, de Saint-Maure ; Chesnel, de Chartres ; Leray, de Rennes ; Roulon, de la Varenne Saint-Hilaire ; Seudre, de Reims.

Officiers d'Académie : MM. les Drs Bernaud, Durand, Papillon, Rutten, de Paris ; Beynot, de Sardent ; Cathala, de Cessenon ; Cornet, à Ligueil ; Delarue, à Amiens ; Fau, à Vichy ; Hanriot, à Beaumont : Lavernot, d'Orry-la-Ville ; Lebret, de Divonne-les-Bains ; Mabille, de Reims ; Moreau, du Mans ; Péraldi, de Toulon ; Perrin, de Rouen ; Prax, de Limoux ; Villière, de Saint-Denis.

Corps de santé colonial. — M. le méd.-major de 1re classe Martel, servira à Madagascar par permutation avec M. le méd.-major de 1re classe Rousselet-Bénaud, maint. au 5e d'infanterie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Lacouture et Chartier (*clinique chirurgicale*), Dumora (*Clinique médicale*).

École de Médecine de Rennes. — M. le docteur Perret, professeur de clinique obstétricale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. Menuet, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'histoire naturelle.

École de médecine de Tours. — M. le docteur Bodin, professeur de clinique médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

École de médecine de Tours. — (Arrêté ouvrant un concours pour un emploi de suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de Tours). Un concours s'ouvrira, le 14 janvier 1907, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Tours.

École de médecine de Reims. — M. Grandval, professeur de chimie et de toxicologie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Médecin-député. — M. le D. Evesque a été élu député radical socialiste de l'arrondissement de Die (Drome).

L'hygiène alimentaire et les prix Henri de Rothschild. — La Société scientifique d'hygiène alimentaire dont le Président est M. Henri Ricard, sénateur, a procédé hier à l'attribution des prix fondés par le Dr Henri de Rosthschild, secrétaire de la Société. Le premier prix de 5,000 a été attribué aux Drs Michel et Perret, pour leur très intéressant mémoire. (*La ration alimentaire de l'enfant de la naissance à l'âge de deux ans.*)

Pour l'approvisionnement des grandes villes en lait, la commission présidée par M. le professeur Budin, a été frappée, par la qualité et la valeur des mémoires qui, sauf quelques erreurs, sont très remarquables, le Dr Henri de Rostschild, pour permettre à la commission de récompenser les auteurs a ajouté un nouveau prix de 1.000 frs. M. Beau, professeur de l'Ecole de Poligny, a eu le premier prix (2.500 frs.) le prix de 1.000 frs. a été accordé au mémoire de MM. Porcher, professeur à l'école vétérinaire de Lyon et de M. Nicolas, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse. Enfin un prix de 300 frs a été donné à M. Rigaux, professeur départemental d'agriculture de la Lozère et un prix de 200 frs a M. Antonin Rollet. Ces travaux font bien augurer du Congrès international d'hygiène alimentaire, organisé par la Société sous le haut patronnage du président de la République et du gouvernement, qui se tiendra à Paris du 22 au 27 octobre prochains.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif chagrin, la mort, à l'âge de 67 ans, de M. Emery-Charles-Auguste Bihorel. Après avoir exercé de longues années à Bréval, en Seine-et-Oise, où il s'était acquis la réputation d'un excellent praticien et jouissait d'une réputation de médecin dévoué et habile, il s'était retiré à Paris et enfin à Mantes. Jusqu'à sa mort il s'était intéressé vivement a toutes les œuvres philanthropiques et sociales. Ses obsèques civiles ont eu lieu mercredi dernier, à Garennes (Eure), son pays natal.

Chronique des hôpitaux.

Clinique des Maladies des Enfants. — *Cours de perfectionnement.* — Un cours de perfectionnement, comprenant cinquante-deux conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile, aura lieu du 16 août au 15 septembre 1906, à l'Hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours. Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé, A. Zuber, J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile, E. Terrien et P. Armand-Delille, chefs de clinique médicale infantile, Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile, Tridon, chef de clinique chirurgicale infantile, avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef du laboratoire à l'hôpital Trousseau ; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie, Felix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, Cuvillier, pour l'oto-laryngologie et Lerat, pour l'électrothérapie. Pour les examens de malades, les élèves seront répartis en séries de 10, sous la direction des internes de l'hôpital. Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à 10 heures, le soir à 5 heures. La première conférence aura le jeudi 16 août, à 10 heures du matin, à la salle des cours de la clinique.

Programme des conférences. — *Maladies des nourrissons* : MM. Méry et Guillemot. — 1. Gastro-entérites aiguës ; 2. Gastro-entérites chroniques ; 3. Prophylaxie et traitement diététique des gastro-entérites ; 4. Dyspepsies du sevrage et alimentation de la 2e année ; 5. Syphilis du nourrisson ; 6. Tuberculose du nourrisson ; 7. Rachitisme. Maladie de Barlow ; 8. Infections cutanées du nourrisson.

Maladies chirurgicales : MM. Grisel et Tridon. — 9. Examen du mal de Pott ; 10. Examen et traitement de la coxalgie ; 11. Traitement des difformités rachitiques et de la scoliose ; 12. Examen et traitement des pieds bots ; 13. Examen et traitement des traumatismes du coude ; 14. Diagnostic et traitement de l'appendicite ; 15. Diagnostic et traitement de la mastoïdite aiguë ; 16. Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Maladies de l'appareil circulatoire : M. J. Hallé. — 17. Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu ; 18. Péricardites : Symphyse rhumatismale et symphyse cardio-tuberculeuse ; 19. Affections congénitales du cœur chez l'enfant.

Fièvres éruptives : M. Terrien. — 20 Rougeole : formes cliniques, diagnostic, complications ; 21. Scarlatine : ses complications. — Néphrites de l'enfance : M. Terrien.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoïétique : M. Rist. — 23. Séméiologie des anémies chez l'enfant ; 24. Lymphadénie : Leucémie et splénomégalies chez l'enfant ; 25. Purpuras chez l'enfant.

Maladies de l'appareil respiratoire : M. Zuber. — 26. Bronchopneumonie aiguë et chronique, dilatation des bronches ; 27. Adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose pulmonaire ; 28. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant ; son traitement. — 29. Pleurésies purulentes : M. Rist. — 30. Péritonite tuberculeuse : M. Terrien. — 31. Troubles fonctionnels de l'intestin dans la 2e enfance. Entérite tuberculeuse : M. Armand-Delille. — 32. Fièvre typhoïde : M. Weil-Hallé.

Maladies du système nerveux : M. Armand-Delille. — 33. Chorées de l'enfance : Complications et traitement ; 34. Scléroses cérébrales ; hémiplégie cérébrale infantile ; maladie de Little ; 35. Tumeurs et abcès du cerveau ; idiotie ; myxœdème ; 36. Paralysies infantiles et myopathies ; 37. Convulsions infantiles : épilepsie et hystérie ; 38. Méningite cérébro-spinale épidémique et méningite tuberculeuse. Ponction lombaire et cyto-diagnostic.

Maladies des yeux : M. Félix Terrien. — 39. Les conjonctivites : leurs complications, leur traitement ; 40. Hérédo-syphilis oculaire.

Maladies de la peau : M. J. Hallé. — 41. Teignes, tricophytus, favus : examen microscopique et traitement ; 42. Formes cliniques : complications et traitement des eczémas de l'enfance.

Principes d'électrothérapie : M. Larat. — 43. Traitement électrique de la paralysie infantile, de la paralysie diphtérique et des paralysies névritiques ; 44. Traitement électrique des angiomes et des nævi.

Maladies du naso-pharynx et de ses annexes : M. CUVILLIER. — 45. Hypertrophie des amygdales ; végétations adénoïdes ; 46. Complications nasales et auriculaires des affections pharyngées.

Diphtérie : M. WEIL-HALLÉ. — 47. Diagnostic clinique de l'angine diphtérique ; 48. Diagnostic bactériologique et sérothérapie de la diphtérie ; 49. Diagnostic du croup ; 50. Tubages et trachéotomie.

Principes d'hygiène scolaire : M. MÉRY. — 51. Bâtiments et mobilier scolaires ; 52. Examen individuel des enfants ; fiche sanitaire.

Excursions du dimanche : Visite de la Pouponnière de Versailles et du Lactarium, M. GUILLEMOT. — Visite excursion avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer, M. GRISEL. — Visite du Service de la Teigne à l'Hôpital Saint-Louis, M. J. HALLÉ. — Visite des services d'enfants arriérés à l hospice de Bicêtre.

Le droit à verser est de 100 francs. Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au Cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du Cours. S'adresser à M. ARMAND-DELILLE, chef de clinique adjoint, à l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie MASSON
120, boulevard St-Germain.

CALOT (F.) — Technique du traitement des tumeurs blanches. 1 vol. grand in-8° de 274 pages. Prix.................... 7 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

LEGUEU (F.) — Le rein mobile. 1 vol. in-16 de 96 pages. Prix.. 1 fr. 50

CESARE GHILLIMI. — Resoconto clinico della sezione chirurgica. In 8° de 36 pages. Gamberine Parmeggiani,ed. Bologna.

MARTINEZ (B.) — 2° Recensement Municipal de Buenos-Ayres Grand in-8° de 600 pages.

MINOD (H.). — La lutte contre la prostitution. 1 vol. in-8° de 130 pages, Genève.

NOBL (G.). — Beitrage zur Wakz ineimmunitët. Brochure de 10 pages, Braumüller, édit. à Vienne.

ROBERT MORRIS. — A case of hetero-plastic ovarian grafting, followed by pregnancy and the delivery of a living child. Brochure de 15 pages. Wood, édit., Loudres.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Billets d'aller et retour individuels à destination de La Bourboule et du Mont-Dore.

A titre d'essai, il est délivré du 15 Août au 30 Septembre 1906 des billets d'aller et retour individuels réduits de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes, comportant une durée de validité de 21 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Ces billets ne sont pas susceptibles de prolongation.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 31 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 4 AOUT 1906

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Pathogénie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales;

Par le Pr **Antonin PONCET** et **René LERICHE** (1).

I.— Contrairement à la plupart des questions chirurgicales, la pathogénie des ankyloses a passé de longues années sans révision. Les doctrines microbiennes sont apparues et ont évolué sans incursion sur ce terrain. Toute l'attention des chirurgiens s'est concentrée sur la discussion de thérapeutique qu'elle soulevait, sans chercher à en préciser la nature.

Sur ce point, on s'en est généralement tenu à ce que Bonnet avait enseigné ; et, à la suite d'Ollier, tous les auteurs qui ont cherché à éclaircir le problème se sont bornés à envisager, successivement, l'influence des différents facteurs qui peuvent intervenir pour produire l'ankylose : rôle de l'immobilité, rôle de l'inflammation, tendance plastique de certaines infections et, par-dessus tout, rôle primordial de la diathèse rhumatismale.

Nous ne voulons pas reprendre en détail l'étude de chacun de ces facteurs. Ce serait là répétition inutile. Il est établi, aujourd'hui, que toute ankylose doit être considérée comme le reliquat d'une arthrite. C'est la cicatrice pathologique d'une inflammation articulaire. L'immobilité, même prolongée, est, à elle seule, insuffisante pour ankyloser une jointure. Les troubles qu'elle engendre ne peuvent aboutir à des soudures fibreuses intra-articulaires et ne donnent lieu qu'à de fausses ankyloses. Verneuil l'a dit, avec raison : il n'existe pas, dans la science, d'exemple authentique d'ankylose osseuse, produite dans une articulation saine, par le seul fait de l'immobilité.

Ceci étant posé en principe, on peut admettre trois sortes d'ankyloses : des *ankyloses post-traumatiques*, *des ankyloses de guerison et des ankyloses inflammatoires ou mieux infectieuses*.

Cette classification a, sans doute, quelque chose d'artificiel. Toute ankylose, avons-nous dit, est le résultat d'un processus inflammatoire, mais elle est, à cette restriction près, parfaitement compréhensive et ne saurait, croyons-nous, prêter à confusion.

Le premier groupe, en effet, correspond à des faits bien connus et d'un mécanisme clair. Le second comprend les ankyloses de la tuberculose. Elles sont l'aboutissant du processus évolutif curateur de certaines tumeurs blanches, processus rarement spontané, signalé, pourtant comme tel par Socin ; d'ordinaire péniblement obtenu à l'aide d'injections sclérosantes (1) et de révulsion ignée. Elles ne sont pas dues au bacille de Koch ; elles se font malgré lui, contre lui, et sont, en somme, la cicatrice des lésions qu'il produit.

Le troisième groupe est le plus intéressant. C'est celui des arthrites infectieuses. Il comprend deux ordres de faits : les arthrites, en effet, aboutissent à l'ankylose après suppuration ou sans pus.

Après suppuration, la chose est banale. Les parties fibreuses de la synoviale enflammée s'épaississent, les exsudats s'organisent ; au niveau des cartilages érodés, des adhérences se forment et bientôt se produit une ankylose, fibreuse d'abord, puis osseuse parfois.

Sans pus, certaines arthrites infectieuses ou, plus souvent peut-être toxi-infectieuses, conduisent au même résultat. On les appelle assez volontiers, pour cela, *arthrites ankylosantes* et on réserve, plus spécialement aux soudures qu'elles occasionnent, le nom d'*ankyloses spontanées*. C'est d'elles seules que nous parlerons désormais.

Les ankyloses spontanées relèvent donc d'arthrites aiguës, non suppurées, et plus exactement, d'*arthrites pseudo-membraneuses*. Ce sont les arthrites avec sécrétion de lymphe plastique, si parfaitement décrites par Bonnet.

En pareil cas, la congestion inflammatoire et l'irritation de la synoviale ne produisent qu'un épaississement marqué de la séreuse. Œdémateuse et lardacée, elle laisse exsuder une sorte de couenne, blanc jaunâtre, d'apparence gélatineuse, sans organisation, ni structure tissulaire, nettement définie. Le processus est purement plastique. Il n'y a point de liquide. C'est, à proprement parler, le mot est classique, une arthrite sèche aiguë.

Peu à peu, les fausses membranes vont s'organiser. Elles le font, comme toute fausse membrane des séreuses, par pénétration de vaisseaux néoformés en évolution fibreuse consécutive. Il n'y a là rien de plus qu'au niveau de la plèvre ou du péricarde. Ainsi se créent des adhérences, plus ou moins solides, entre les différents points de la synoviale, et cela surtout, sur les parties périphériques, vers les bourrelets synoviaux, au niveau des franges.

En même temps, de son côté, la synoviale, épaissie et infiltrée, prolifère. L'évolution scléreuse de ces tissus

(1) Rapport au Congrès de Lyon de l'Association Française pour l'avancement des Sciences (2 août 1906).

(1) CORNIL et COUDRAY. — Action de l'iodoforme sur les tissus normaux. (*Semaine médicale*, p. 159, 1900.)

nouveaux contribue, elle aussi, à la production d'une *ankylose fibreuse, plus ou moins centrale*.

Mais le processus, en aucun cas, n'est exclusivement synovial. Cornil et Ranvier ont, autrefois, montré que, même dans les fluxions rhumatismales légères, les lésions n'étaient jamais parfaitement systématisées A plus forte raison, en est-il ainsi dans les arthrites graves que nous envisageons. Le cartilage, l'os sous-jacent, les parties molles péri-articulaires sont, eux aussi, touchés à des degrés divers, et réagissent chacune pour son propre compte, suivant le mode qui lui est propre.

L'ensemble aura, pour résultat, l'adhérence plus intime des parties normalement mobiles les unes sur les autres.

La localisation prédominante sur tel ou tel système créera les différentes variétés d'ankylose, décrites dans tous les ouvrages classiques.

Constamment, le cartilage présente des lésions microscopiquement appréciables. En certains points, par îlots, c'est de la prolifération désordonnée et de la tuméfaction sensible au doigt. Ailleurs, ce sont surtout des érosions par suite d'une sorte de fonte rapide, de la substance cartilagineuse. Celle-ci se fendille et s'érode. Il se fait des fissures irrégulières, des ulcérations d'étendue variable, laissant les surfaces ossseuses arriver directement au contact.

A ce niveau, l'os, très vasculaire, irrité, pousse comme des pointes d'accroissement qui vont créer des adhérences osseuses partout où le cartilage a disparu. Ainsi se forment des stalactites plus ou moins régulières, de petits ponts osseux, et, quand le cartilage a complètement fondu, une synostose absolue des extrémités osseuses en présence. Ainsi se réalise l'*ankylose osseuse centrale*.

Simultanément, l'os se déforme parfois. Volkmann a, dès longtemps, attiré l'attention sur l'augmentation du diamètre antéro-postérieur et l'aplatissement transversal que l'on peut, en pareil cas, observer au niveau du genou. Peut être des questions de statique ou de pression interviennent-elles ? Nous ne savons ; toujours est-il, qu'à côté des cas ou la silhouette articulaire garde toute la pureté de son profil, il en est d'autres ou un tassement se fait, probablement permis par une ostéomalacie passagère, rendant les épiphyses trapues et comme ramassées.

La fusion est d'autant plus parfaite que le contact des surfaces articulaires est plus intime. Dans les articulations par emboîtement elle est complète. La jointure n'est plus qu'un bloc osseux; c'est tout spécialement le fait de la hanche ; ailleurs, certains points restent indemnes, comme l'espace intercondylien au niveau du genou. Il semble que l'orage articulaire le respecte assez habituellement.

A côté de cela, les tissus extra-synoviaux sont plus ou moins altérés. Ligaments et capsule, gonflés au début par une sorte d'œdème gélatineux, devenus comme succulents, prennent progressivement l'aspect lardacé, caractéristique de ces processus subaigus. Puis, peu à peu, l'inflammation épuisant sa virulence, les exsudats se résorbent, laissant tous ces tissus fibreux, sclérosés, rétractés, ratatatinés, incapables désormais de permettre à l'article de reprendre sa mobilité d'antan et contribuant, eux aussi, à le souder plus étroitement. Ce processus est-il prédominant, les lésions intra-articulaires sont-elles faibles, à eux seuls ils feront toute l'ankylose, qui sera dite *fibreuse périphérique*.

En certains cas, le processus peut aller encore plus loin. Sous l'influence probablement d'une irritation périostique péri-épiphysaire, on voit les parties molles péri-synoviales s'ossifier. Le processus parait débuter par un fin dentelé de tissu osseux sur les marges articulaires (1). Ces ecchondroses ossiformes vont à la rencontre les unes des autres, arrivent à se souder plus ou moins intimement, envahissant la capsule, gagnant les ligaments, les tendons même, et laissant, au contraire, peut être pour quelque temps seulement la cavité articulaire libre et respectée.

C'est *l'ankylose cerclée*, bien connue des vétérinaires.

Puis lentement, pendant que ces changements ont lieu à l'extérieur de l'os, les épiphyses au contact par disparition progressive du cartilage qui insensiblement s'ossifie, arrivent à se souder, et l'arthrite ossifiante est devenue totale.

C'est là une forme rare de l'ankylose en pathologie humaine, si on envisage l'intégrité du processus, mais à l'état d'ébauche, elle est assez fréquente. Cloquet avait parfaitement vu cette ossification des fibres ligamenteuses qui recouvrent les vertèbres, les soudant entre elles excentriquement, et respectant les fibro-cartilages. On trouve alors, dit Bonnet, de longues plaques, passant superficiellement d'une vertèbre à l'autre, formant quelquefois une sorte de gaine ou d'étui qui en réunit plusieurs.

On arrive ainsi par degrés à l'ossification totale de la colonne, transformée en un bloc rigide, en une barre résistante.

C'est, en effet, au rachis que se réalise le plus souvent chez l'homme l'ankylose cerclée. Elle n'aboutit que rarement d'ailleurs à la synostose absolue.

Mais quand tout processus infectieux est éteint, quand cliniquement l'arthrite est » cicatrisée» , tout n'est pas encore fini. Il se fait sourdement un lent travail de résorption osseuse et d'adaption trabéculaire qui arrive à remanier complètement l'architecture squelettique. Conformément aux lois de Wolff, les différents systèmes de fibres vont s'adapter à l'état nouveau des bras de leviers qu'elles constituent. Nous ne voulons pas exposer tout au long ces bouleversements osseux. Cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de dire que tous les systèmes correspondant aux mouvements désormais perdus vont disparaître. Tout va donc dépendre de la position d'ankylose. Est-elle en position vicieuse, en flexion et abduction par exemple, les fibres de traction utilisables dans la production de ce mouvement vont s'hypertrophier, sinon se multiplier. Les fibres de contact autres que celles du contact flexion, abduction, vont s'atrophier et disparaître presque complètement. C'est à la hanche que la chose est le plus saisissante.

Dans une ankylose rectiligne, par exemple, il ne restera plus guère, au bout d'un temps qu'il est difficile de calculer, que les fibres correspondant à l'appui et à la traction fémorale de la station debout, c'est-à-dire à une prédominance énorme du système interne plus ou moins redressé. Finalement, les fibres paraîtront continues avec celles d'appui du bassin, et le seront en réalité.

A ce moment, la synostose sera absolue, anatomiquement totale. Telle est la dernière phase, physiologique en quelque sorte, de tout processus ankylosant.

Nous avons insisté longuement sur les différentes étapes de la période inflammatoire et sur les modalités diverses qu'elle peut revêtir d'après les localisations prédominantes du processus infectieux. On comprend ainsi facilement toutes les variétés d'ankyloses et l'on voit qu'au fond toutes se ramènent à un schéma assez simple.

La morphologie pure d'une articulation ankylosée ne donne aucune indication sur le processus causal.

Toute infection à tendance plastique peut réaliser, à elle seule, toutes les variétés d'ankylose. Celles-ci ne relèvent que du mode d'attaque et de la localisation première ou prédominante du processus.

Quelles sont donc, pratiquement, les types étiologiques d'arthrites ankylosantes ?

Dans les ouvrages classiques, la chose est assez mal indiquée. On parle, tout d'abord, des pseudo-rhumatismes. Tous, en effet, mènent volontiers à l'ankylose. Cette tendance fibrino-plastique est une de leurs caractéristiques d'évolution. Elle fut, dès le début, parfaitement indiquée par Bouchard et son élève Bourcy, et il est de

(1) GRIFFITHS. — *The Journal of Pathology and Bacteriology*, 1897 *The Varietes of Ankylosis by Bone tn Differents Parts of the skeleton*.

notion courante que le rhumatisme blennorrhagique, de tous le plus fréquent, présente, au plus haut point, cette tendance à faire des synostoses sans pus.

On a cherché souvent à opposer, par ce caractère, les pseudo-rhumatismes au rhumatisme franc. Pourtant celui-ci, sous ses différentes formes, a été rendu responsable d'un grand nombre d'ankyloses, de presque toutes celles qui ne font pas leur preuve par un traumatisme ou une suppuration articulaire. Dans certaines statistiques d'ostéoclasies ou de résections, on le trouve à l'origine de près d'un tiers de cas.

Le rhumatisme franc a-t-il donc une si grande tendance ostéogène ? A lire les traités de médecine, il ne le semble pas. Après production plus ou moins abondante de liquide la *restitutio ad integrum* des articulations touchées est la règle.

L'arthrite sèche aiguë, c'est-à-dire la véritable arthrite ankylosante, ne se voit pas dans le rhumatisme franc. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, si bien que, d'après eux, comme nous l'avons montré ailleurs (1), on est en droit de conclure : *le rhumatisme franc ne conduit jamais à l'ankylose vraie.*

Comment, dès lors, concilier le désaccord entre médecins et chirurgiens ! Ollier et Pingaud l'ont tenté en faisant une sorte de compromis entre le traumatisme et le vice rhumatismal. Il faut, disent-ils, que traumatisme et rhumatisme se mêlent pour aboutir à la synostose ; le rhumatisme, à lui seul, n'est pas assez plastique ; c'est à des irritations locales répétées, à des mouvements intempestifs, qu'il emprunte sa tendance ankylosante.

Un tel processus ne nous paraît pas acceptable. Il est, tout d'abord, nombre d'arthrites, d'apparence rhumatismale, qui sont si douloureuses que toute exploration de l'article est impossible. On laisse le membre immobilisé longtemps, et quand le malade, ne souffrant plus, essaie de quitter son bandage ou sa gouttière, il est ankylosé définitivement, sans avoir subi le moindre traumatisme articulaire,

Ce sont là ces arthrites plastiques ankylosantes que Gosselin (2) avait fort bien vues, et qu'il s'est attaché à définir dans ses cliniques et dans la thèse de son élève Bolot (3) (1881), sans pouvoir, d'ailleurs, arriver à en préciser la nature. Malgré tout, dans ces cas, le processus est ankylosant. Mais pourquoi y a-t il ankylose ? se demandait Gosselin. « Nous disons, faute de mieux, que la cause recherchée est rhumatismale. Le rhumatisme produisant ainsi des arthrites simplement congestives, ou des arthrites, plastiques, ankylosantes, il resterait à savoir pourquoi il a pris le mode que nous avons observé ? Nul n'a répondu à la question posée par Gosselin. D. Mollière (4), Nicaise (5), Ollier (6), ont apporté des observations plus ou moins superposables. On a parlé de diathèse rhumatismale, ostéophytique, et Mauclaire (7) a consacré quelques lignes à ce qu'il appelle : l'ostéoarthrite plastique ankylosante.

Plus récemment, Nélaton (8), Routier (9), Lucas-Championnière (10), sont intervenus chez les malades de ce genre. On en trouve plusieurs exemples dans la thèse récente d'Huguier (11). Le diagnostic généralement porté est celui d'arthrite plastique, ou d'ankylose rhumatismale. La question d'étiologie n'est pas poussée plus loin.

Or, dans toute cette série d'observations, on ne peut invoquer, le plus souvent, de traumatisme articulaire. Spontanément, l'arthrite est arrivée à l'ankylose.

Bref, l'explication donnée plus haut ne saurait être gardée. Il faut donc chercher autre chose. Or, chez de tels malades, nous en avons observé un assez grand nombre (1), on retrouve très souvent, par une enquête minutieuse, les traces d'une tuberculose ancienne, plus ou moins éteinte, mais, néanmoins, toujours agissante. Un interrogatoire attentif montre que le malade est héréditairement taré par le bacille de Koch, qu'il a vécu dans un milieu de bacillaires, comme cette femme (2), vue par M. Mouisset, opérée par M. Vallas, qui avait perdu son père de laryngite tuberculeuse, et soigné successivement deux maris, morts, tous deux, de tuberculose pulmonaire. Parfois, le malade, a eu, dans l'enfance, des adénites cervicales, des otites, les petits signes de la scrofulose infantile. D'autrefois, l'arthrite ankylosante a été suivie, à brève échéance, d'hémoptysies, de phénomènes pulmonaires chroniques dont l'évolution lente finira par le tuer. Enfin, dans quelques cas récents, la séro-réaction, l'épreuve de la tuberculine, etc., ont montré que ces prédisposés à la tuberculose, qui doivent en mourir un jour, sont, au moment même de leur ankylose, des tuberculeux en action.

Cela suffit. Ces renseignements, que seuls un interrogatoire et un examen dirigés dans ce sens, peuvent révéler, ont, comme nous l'avons dit d'autre part, la valeur de la goutte uréthrale, qui fait dire : rhumatisme blennorrhagique, en présence d'une poussée articulaire plus ou moins aiguë.

Ils imposent le diagnostic de rhumatisme tuberculeux, car il en est de ces arthrites comme des symphyses des séreuses, où l'on ne trouve aucune trace d'infection spécifique, aucune édification anatomique, signant le processus originel. La tuberculose semble hors de cause, et cependant, depuis les recherches de Landouzy, on sait, que dans ces pleurésies, c'est elle qu'il faut incriminer avant tout.

Aussi peut-on conclure d'une façon ferme : *le rhumatisme franc n'a jamais pour aboutissant l'ankylose vraie.* Les prétendues ankyloses rhumatismales, la plupart des arthrites plastiques ankylosantes relèvent de la tuberculose.

Mais il ne faut pas s'attendre à trouver, en pareils cas, de graves lésions pulmonaires. Ce ne sont pas les cavitaires qui réalisent volontiers ces arthrites ankylosantes. Ce sont des tuberculeux *a minima*, dont les lésions veulent être cherchées. Leur évolution fibreuse les rend discrètes, et si l'on nous permettait un paradoxe, nous dirions : *qu'il faut être peu tuberculeux pour pouvoir faire une ankylose. Il suffit de l'être longtemps.*

On ne doit pas, d'autre part, chercher, au niveau de ces articulations, les traces habituelles de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. On ne les y trouverait pas. Ces lésions sont fonction de la tuberculose inflammatoire. Ce sont des produits réactionnels d'origine toxinienne, sans nulle caractéristique anatomique. On sait aujourd'hui, depuis nos recherches, que la granulation et la cellule géante ne sont plus le minimum exigible pour pouvoir parler de tuberculose. Nous avons trop insisté sur ce point pour qu'il soit utile d'y revenir ici. La tuberculose inflammatoire est essentiellement plastique et édificatrice. Par elle, s'explique donc très simplement le caractère fondamental de ces arthrites, qui sont ankylosantes, malgré tout.

Il nous reste pour être complets, à signaler les fausses ankyloses de la polyarthrite déformante. Nous n'en avons point encore parlé, parce qu'il s'agit plutôt, alors de gêne périarticulaire des fonctions de la jointure que de fusion ostéo-fibreuse. Le processus de la polyarthrite est, avant tout, atrophique et médullisant. Autour de l'os raréfié et boursouflé, des exostoses périphériques entravent le glissement des surfaces articulaires déjà fixées par des ligaments rétractés. Il n'y a pas là d'ankylose vraie, et si nous en parlons, c'est pour les exclure.

(1) A. Poncet et R. Leriche. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant. (*Revue de chirurgie*, janvier 1905.)
(2) Gosselin. — *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. II.
(3) Bolot. — Thèse de Paris, 1881.
(4) D. Mollière. — *Lyon médical*, p. 218, 1890.
(5) Nicaise. — *Revue de chirurgie*, p. 319, 1882.
(6) Ollier. *Traité des Résections.*
(7) Mauclaire. — *Traité de chirurgie clinique*, t. III.
(8) Nélaton. — Soc. de chirurgie, 18 juin 1902.
(9) Routier — *id.*, 25 juin 1902.
(10) Lucas-Championnière. — *Ibid.*, 28 juin 1905.
(11) Huguier. — Thèse de Paris, 1904-1905.

(1) A. Poncet et R. Leriche. — *Revue de chirurgie*, 1905.
(2) A. Poncet et R. Leriche. — *Loc. cit.*, ob. II.

Dès lors, la pathogénie des ankyloses spontanées devient très simple.

Toutes sont d'origine toxi-infectieuse. Le froid humide, le traumatisme, etc., ne sont que des causes occasionnelles provocatrices ou localisatrices, d'un pseudo-rhumatisme. Tous les pseudo-rhumatismes tendent à l'ankylose, dans le cas où ils ne sont pas hydropigènes. C'est d'eux que relèvent toutes les arthrites plastiques, dont le plus grand nombre s'expliquent par la blennorragie et surtout par la tuberculose.

Pareille notion a un intérêt majeur. Elle paraît, en effet, de nature à élucider certaines pathogénies jusqu'ici mystérieuses, en pathologie humaine comme en art vétérinaire.

D'un côté comme de l'autre, on fait jouer un rôle injustifié aux théories mécaniques. C'est, par la surcharge, par les excès de presssion établissant de nouveaux contacts, que certaines articulations surmenées arriveraient à l'ankylose. Ainsi en serait-il du pied plat douloureux ? L'astragale, mal orienté, glisserait en avant, culbuterait en bas et en dedans, détruirait la voûte plantaire, parce qu'en même temps la petite apophyse calcanéenne est atrophiée. De là des pressions anormales, des irritations et finalement de l'ankylose.

A réflexion, cette explication statique des synostoses paraît bien un peu surprenante. Elle devient inadmissible quand on songe que la caractéristique du pied le plus déformé au point de vue articulaire est de ne jamais s'enkyloser. Si la théorie statique était vraie, tous les pieds bots congénitaux devraient être synostosés. Il n'en est rien. Cette exception cadre trop mal avec la théorie pour ne pas l'infirmer.

Aussi, nous pensons, d'après cela et avec beaucoup d'autres bonnes raisons, qu il faut l'abandonner et s'en tenir à la formule que nous avons émise : *en dehors d'un processus toxi-infectieux, il n'est pas d'ankylose spontanée.*

Si nous transportons cette donnée en médecine vétérinaire, elle est tout aussi extensive et, peut-être solutionnera-t-elle définitivement des questions bien souvent débattues ? On connaît, par exemple, la fréquence et la complexité des tares osseuses du cheval. Elles sont diaphysaires, comme le suros, ou articulaires, comme l'éparvin. Ce sont des ossifications exubérantes et des ankyloses absolues dont la nature est indéterminée. De nombreux travaux et de multiples théories se sont efforcés, dans ces dernières années, de la préciser (1). Au fond, on peut grouper sous trois chefs, toutes les explications proposées : *hypothèse ligamenteuse, hypothèse articulaire, hypothèse ostéitique.*

Ces hypothèses ressemblent fort aux si nombreuses théories pathogéniques de la tarsalgie des adolescents.

Or là, pas plus qu'ailleurs, les influences mécaniques ne sauraient être suffisantes pour produire des synostoses. Il nous semble contraire à tout ce que l'on sait, de supposer qu'une hyperextension ligamenteuse répétée soit suffisante pour déterminer « de l'ostéite périphérique qui, en modifiant la nutrition du cartilage, fait apparaître les lésions arthritiques » (Banier (2) dont dépend l'ankylose.

Il faut plus que des arrachements ligamenteux infimes pour produire une « ostéo-arthrite ankylosante ». Nous avons pu voir au musée de l'Ecole vétérinaire de Lyon des pièces superbes d'éparvins. Avec ce que nous savons des ankyloses de l homme, nous dirons, sans arrière-pensée, que seul un processus infectieux peut donner de pareilles productions osseuses. C'est donc dans ce sens qu'il faut s'orienter si l'on veut une explication admissible, et volontiers c'est vers la tuberculose que nous la chercherions. La tuberculose étant très rare chez les chevaux, il serait curieux de voir si le séro-diagnostic, la tuberculine, ne donnerait pas l'indication définitive de l'infection qui, seule, engendre de pareilles ossifications (1).

II. — Les données générales que nous venons de développer sur les arthrites ankylosantes, en général, trouvent leur application intégrale à la pathogénie des ankyloses vertébrales.

Dans ces dernières années, on s'est efforcé de les catégoriser et d'en distinguer différents types. P. Marie et son élève Leri se sont attachés à cette étude. Ils ont isolé, dans le chaos du rhumatisme chronique, des individualités anatomo-cliniques assez vivantes pour avoir été les jalons de tout ce qui a paru sur ce sujet. Autour de chacune des formes qu'ils avaient vulgarisées, des observations plus ou moins identiques sont venues, de tous côtés, cristalliser, en quelque sorte, et consolider une doctrine séduisante.

Toutefois, il y a là, croyons-nous, quelque chose d'artificiel. Ce ne sont pas les positions d'ankyloses, le plus ou moins de diffusion du processus ossifiant, qui peuvent permettre d'isoler des types définitifs.

Si l'on appliquait pareille méthode aux articulations des membres, on arriverait à des conclusions inadmissibles, et il n'y a aucune raison d'appliquer un régime de faveur à la colonne vertébrale. Le processus ankylosant est là ce qu'il est partout ailleurs et rien de plus. La localisation des lésions, leur généralisation, le plus ou moins de régularité des ossifications auxquelles elles conduisent, peuvent permettre d'indiquer des divisions commodes pour l'étude. Elles ne sauraient impliquer des distinctions pathogéniques.

C'est ce que nous voulons essayer de montrer ici. Pour cela, il est nécessaire d'établir, tout d'abord, quelles sont les principales formes isolées dans le groupe confus des ankyloses vertébrales.

Au point de vue anatomique, on en décrit deux grands types. L'un, est surtout ligamenteux, l'autre, plutôt ostéo-articulaire. Le premier correspond, dit Léri, à une *méniscо-ligamentite*. Il peut être généralisé ou localisé.

Dans chaque cas, il offre certaines caractéristiques que nous indiquerons.

Total, il crée la spondylose rhizomélique, maladie toxi-infectieuse.

Localisé, il produit la cyphose de Bechterew, affection hérédo-traumatique.

Le second type répond à une ossification totale, rectiligne, de la colonne et serait seul le fait du rhumatisme chronique.

A première vue, ces divisions paraissent bien un peu frêles. Voyons-en le détail.

Dans le premier cas, d'après Marie et Léri, on trouve l'ossification de presque tous les ligaments de la colonne. Les apophyses articulaires sont soudées à leur pourtour, elles ne forment plus extérieurement qu'une colonnette moniliforme. Les ligaments jaunes sont nettement ossifiés par place, de même en est-il des ligaments costo-vertébraux. La plupart présentent seulement une ossification de leurs faisceaux supérieur et inférieur, plus résistants. Les faisceaux moyens qui se rendent au disque intervertébral sont respectés. Les ligaments costo-transversaires sont pris, eux aussi. Les sus spineux forment, par place, des ponts osseux, entre les épiphyses voisines. Même dispositif est réalisé, mais moins complètement, sur la face antérieure des corps vertébraux, plus, semble-t il, « par ossification du disque que par celle du ligament vertébral commun antérieur ». Celui-ci, en effet, comme le ligament commun postérieur, reste presque intact.

De plus, le canal rachidien garde son diamètre normal, sans végétations, même exubérantes, en diminuant la lumière. Les trous intervertébraux conservent, eux

(1) V. Drouin. — *Revue générale de médecine vétérinaire*, 15 avril 1903. Etiologie et pathogénie des tares osseuses.

(2) Banier. — Sur la pathogénie de l'éparvin (*Bull. de la Soc. centrale de méd. vétérinaire*, 1898).

(1) Depuis quelques mois, M. le prof. Cadéac, de l'Ecole vétérinaire de Lyon, a bien voulu, sur notre demande, entreprendre de telles expériences chez le cheval. D'après les résultats obtenus jusqu'à ce jour, notre hypothèse serait bientôt une réalité !

aussi, leur calibre normal. Il existe seulement, par endroit, un rapprochement plus ou moins accusé de certaines extrémités articulaires, pouvant aller tardivement jusqu'à la soudure totale de deux os voisins.

D'autre part, ce processus touche aussi toutes les articulations à ménisque ou à bourrelet : la hanche, l'épaule, le genou, la sterno-claviculaire, le temporo-maxillaire; etc.

Finalement cependant, mais toujours tardivement, il pourrait se généraliser aux articulations des pieds.

En somme, à part ce dernier détail, il répond à une ménisco-ligamentite ossifiante.

Mais, de plus, il semble que l'hyperossification se fasse aux dépens d'une désossification parallèle, en d'autres endroits, où les os sont ramollis et frappés d'ostéite raréfiante.

Tel serait l'aspect caractéristique de la spondylose rhizomélique, maladie bien isolée, véritable entité anatomo-clinique.

La *cyphose hérédo-traumatique*, décrite par Bechterew sous le nom de : *rigidité vertébrale*, dite, perfois aussi, *maladie de Kümmel*, vulgarisée en France par Marie et Astié (1), est moins connue. Léri, qui en a publié une autopsie détaillée, la regarde comme caractérisée anatomiquement, par une cyphose avec ossification en saillie de la plupart des ligaments vertébraux.

Le plus touché serait le ligament vertébral commun antérieur, mais non sur toute sa hauteur. Avec lui, les ligaments jaunes sont aussi frappés dans le même département rachidien ; les autres sont plus ou moins intacts.

Bref, la formule anatomique de cette forme peut être ainsi énoncée : ankylose, localisée à la concavité d'une courbure cyphotique.

Tout autres sont les lésions dans le rhumatisme vertébral. Ce qui domine, en pareil cas, c'est la soudure en masse et dans le sens rectiligne de tout l'axe vertébral, ou de l'un de ses segments (J. Teissier). C'est l'ossification régulière des ligaments antérieurs qui forment des ponts rigides entre les corps vertébraux immobilisés en un bloc rectiligne. C'est encore la présence constante d'ostéophytes, parfois volumineuses, surtout au niveau des faces latérales du rachis, diminuant beaucoup la lumière des trous de conjugaison, comme l'ont établi Touche et Regnault. J. Tessier, auquel nous empruntons cette description, en a montré de très belles pièces.

Les lésions sont, on le voit bien, différentes de celles de la spondylose. Elles sont trop dissemblables pour qu'on puisse leur supposer une pathogénie univoque. Il faut donc disjoindre ces deux modalités cliniques et les opposer, au lieu de les réunir dans un groupement synthétique.

P. Marie et Léri (2), J. Teissier et Roque (3) se sont prononcés formellement dans ce sens.

En résumé, il existe deux types d'ankylose vertébrale : l'un, ligamentaire, qui s'accompagne d'ostéomalacie, d'ostéite raréfiante; l'autre ostéo-articulaire, purement plastique.

Au premier, ressortissent deux formes cliniques : la spondylose rhizomélique et la cyphose hérédo-traumatique.

Du second, dépend le rhumatisme vertébral, qui peut être cervical, cervico-dorsal, dorso-lombaire ou total (4).

Contrairement à cette manière de voir, nombre d'auteurs, Schlesinger (5), A. Pic (6), sont résolument unicistes.

Ce ne sont là que des formes, à peine différentes, d'un processus univoque.

(1) *Presse médicale*, octobre 1897.
(2) *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, 1905.
(3) *Traité de médecine*, art. *Rhumatisme chronique*.
(4) V. Mayet et Jouve. — *Gaz. des hôpitaux*, 1903.
(5) Schlesinger. — *Mitt. aus den Grenzgeb.*, 1900.
(6) Pic et Bombes de Villiers. — *Lyon médical*, 19..3.

Telle est notre opinion.

Comme nous l'avons développé ailleurs (1), tout agent causal peut, en matière de rhumatisme chronique, prendre, au niveau des articulations, deux seuls modes évolutifs, l'un, atrophique, raréfiant ; l'autre, plastique, hyperostosant. Ces modalités différentes voisinent souvent chez le même malade. Ce sont des questions de virulence et de terrain qui marquent la dominante du processus et non point sa nature.

On ne peut se baser sur eux pour établir des distinctions pathogéniques.

En outre, ainsi que nous l'avons établi au début, toute toxi-infection est susceptible d'engendrer n'importe quelle variété d'ankylose. Chez tel individu, elle donnera une ankylose périphérique, capsulo-ligamentaire ; chez tel autre, une synostose absolue. Tout dépendra du mode d'attaque et de la localisation prédominante.

Et si la spondylose réalise plus souvent le premier type, c'est parce que, à la colonne, *les ankyloses, sont le plus souvent, périphériques. L'ossification intervertébrale est plus rare parce que les fusions interarticulaires absolues correspondent surtout à des lésions synoviales et à des ulcérations cartilagineuses. Pour un tel résultat, il faut un cartilage mince et une séreuse. Ni l'une ni l'autre de ces conditions ne sont réalisées au rachis.*

Le syndrome spondylose rhizomélique ne correspond donc pas fatalement et nécessairement à un processus ligamentaire, mais il y répond le plus souvent. D'autre part, il n'est pas fatalement accompagné d'une ostéite raréfiante. Ce qui le prouve, c'est que Pic a trouvé, chez ses malades, une véritable éburnation des hanches synostosées. Nous avons nous-même observé des lésions d'ostéite condensante chez des spondylosiques.

Enfin, on ne saurait donner comme un caractère pathognomonique d'une lésion, le fait de la position d'ankylose.

Au rachis, comme ailleurs, la rectitude et la flexion sont déterminées par des questions de statique. Quand le processus est ankylosant d'emblée, la colonne est figée dans sa forme brusquement. Quand, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, les lésions passent par une phase transitoire d'ostéomalacie, les déformations les plus diverses peuvent survenir. Le ramollissement osseux permet l'action des causes mécaniques, et l'ostéite condensante terminale ou l'ankylose de guérison surprennent le squelette dans une position anormale, désormais définitive.

L'ankylose, dite du rhumatisme chronique, est en extension, parce qu'elle est totale, et que, d'emblée, le processus est ankylosant.

Les ankyloses de la spondylose ou de la cyphose hérédo-traumatique sont, en partie, vicieuses, parce que l'agent causal épuise longtemps son effort à la périphérie, en ne donnant primitivement, au niveau du squelette proprement dit, que du ramollissement inflammatoire. Et alors, pendant que, lentement, les ligaments s'ossifient, la colonne se tasse et s'incurve.

Ces actions parallèles, qui s'accompagnent de douleurs violentes, progressent, fatalement, avec le même cortège de souffrances, jusqu'au jour où le processus ossifiant est devenu suffisant pour fixer les lésions et immobiliser le rachis en position anormale.

Là, comme partout en pathologie articulaire, l'immobilisation est curative. Elle fait rétrocéder l'inflammation, elle diminue, elle supprime la douleur.

Pour ces diverses raisons, en appliquant au cas particulier ce qui est la règle générale pour toutes les articulations, nous ne croyons pas que l'on puisse trouver dans de purs caractères morphologiques un motif valable de différenciation entre deux processus, rattacher, l'un, à une trophonévrose, et l'autre, à une toxi-infection

Pour nous, toute ankylose spontanée, nous le répétons,

(1) A. Poncet et R. Leriche. — *Académie de médecine*, 13 mars 1906.

★

est le résultat d'une infection qni touche, plus ou moins, les ligaments ou les os, mais jamais les uns à l'exclusion des autres. Toutes les formes de transition existent, tous les intermédiaires sont réalisés, la chaîne est donc ininterrompue entre les types extrêmes.

Mais s'il en est ainsi quels sont les facteurs étiologiques à invoquer, en fin de compte ?

D'après ce que nous avons dit, le froid même prolongé, les émotions, le traumatisme, etc., ne sont pas autre chose que des causes occasionnelles. Pour le traumatisme, la question veut être développée. On l'a, en effet, mis directement en cause comme explication de la cyphose de Bechterew. Pour Marie et Leri, son rôle est manifeste. Nous pensons, au contraire, que des chocs insignifiants, même répétés, ne peuvent donner de l'ankylose vraie. Des arrachements ligamentaires minimes sont insuffisants à engendrer des hyperostoses étendues, et ne produisent guère que de petites ecchondroses, des stalactites très localisées.

Reuter (1) dans un mémoire récent, s'est attaché à montrer comment la doctrine de Kümmel était inadmissible au point de vue anatomo pathologique. Avec lui, nous nous refusons à croire que des traumatismes légers, plus ou moins appréciables, puissent, par hémorrhagie intra-osseuse, engendrer une ostéite raréfiante assez intense pour permettre des tassements et la cyphose consécutive.

Il faut une infection pour donner naissance à de pareilles lésions, mais *aucune n'est spécifique et tout agent microbien peut intervenir.*

Deux sont le plus habituellement en cause : le gonocoque et le bacille de Koch. Quelquefois même, ils associent leur pouvoir plastique commun.

Pour la blennorrhagie, on ne fait aucune difficulté à l'admettre.

Pour la tuberculose, la chose est moins classique. Elle est tout aussi sûre cependant.

Depuis la communication de l'un de nous à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2) les observations se sont multipliées. Celles de Pic et Bombes de Villers, de L. Thévenot, etc., les thèses entr'autres, de Moutet et de Gerspacher, ont surabondamment démontré l'action, en pareil cas, du poison tuberculeux.

Leri, dans ses premiers mémoires, avait, d'ailleurs, signalé certains spondylosiques comme suspects de tuberculose : ainsi celui d'Hilton Fagge, de Teixidos Sunor. Il rapportait lui-même un cas où la tuberculose n'était pas douteuse. J. Teissier en a cité un autre.

Bref, sur une soixantaine d'observations de spondylose connues, une vingtaine, au moins, lui sont rattachables.

Ces relations de la tuberculose et de l'ankylose vertébrale ont trouvé une nouvelle preuve dans les constatations récentes de Lorentz. La fréquence des lésions ankylosantes de la colonne chez les tuberculeux est telle, d'après lui, qu'on ne peut la considérer comme une simple coïncidence : *sur* 174 *phtisiques, il en trouve* 68 *atteints de rigidité vertébrale, dont* 55 *pour* 100 *ayant moins de quarante ans !*

Il est donc certain aujourd'hui que la tuberculose est à l'origine d'un grand nombre d'ankyloses, quels que soient leur siège et leur forme anatomique.

Elle agit là, sans produire de lésions spécifiques et d'édifications anatomiques caractéristiques.

Ce *sont des ankyloses par tuberculose inflammatoire dont le rhumatisme tuberculeux ankylosant est une des formes les plus fréquentes.*

Comme tout rhumatisme infectieux, il a, au premier chef, une tendance fibro-plastique, et c'est à lui qu'il faut toujours penser en présence d'une ankylose spontanée, dont la cause échappe, alors même que le malade paraît en pleine santé. Il pourra mettre sur la voie des lésions larvées, jusqu'alors silencieuses, dont il n'est qu'une anormale et bruyante manifestation.

(1) Ueber die Beziehungehn zwischen spondylites traumatica und ankylose des Wirbelsaule (*Arch. f. orthopedic.*, Bd II, p. 137, 1903.)
(2) A. Poncet. — Soc. méd. des hopitaux. 1903.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dangers de l'engouement en médecine.

Dans notre dernier bulletin, à propos de la thèse du Dr Maisonneuve et des discussions auxquelles elle a donné lieu, nous faisions remarquer les dangers de l'engouement en faveur d'une doctrine ou d'une découverte médicales. Nous avons rappelé les échecs retentissants de la lymphe de Koch prématurément livrée au public, mais ce n'est là qu'un fait entre cent autres et les exemples de ce genre sont trop nombreux à notre époque.

Devons-nous rappeler la multiplication excessive des ovariectomies dès que l'opération de Battey eut été introduite en France ?

L'engouement pour la castration ovarienne fut tel que cette opération devint un danger social. Il fallut une campagne de presse, l'intervention de romanciers de talent, pour réfréner cette folie épidémique qui sévit avec une égale intensité chez les malades et les opérateurs. La mode passa alors assez vite et en quelques années tout en fut rapidement oublié. Il en est de même de l'histoire récente de l'appendicite. Sur l'affirmation catégorique du Pr Dieulafoy, qu'on ne devait pas mourir d'appendicite et qu'en sa présence, il fallait toujours et au plus tôt opérer, on intervint à la moindre alerte. Le chirurgien moderne que le chloroforme, l'antisepsie et l'amélioration de la technique opératoire ont rendu plus audacieux, ne s'attarda plus à préciser le diagnostic, il le compléta le couteau en main, sur la table d'opération.

Les erreurs furent fréquentes et si souvent elles n'eurent d'autres conséquences qu'une opération inutile, dans quelques cas, elles portèrent des dommages plus sérieux aux malades. Il fallut que M. Dieulafoy vint lui-même réparer à la tribune de l'Académie le mal dont il avait été la cause indirecte, et dire qu'il ne faut plus opérer avant de s'être assuré de la précision du diagnostic, affirmation qui pourtant paraît ne relever que du simple sens commun.

Nous ne pouvons passer ici en revue la longue liste des médicaments qui, pendant quelques semaines, ont guéri toutes les maladies incurables. Durant ces dernières années le ciel un peu sombre de la thérapeutique a été constamment sillonné de ces étoiles filantes à l'éclat éphémère.

Les agents physiques semblaient donner quelques consolations et l'on vantait sans cesse les effets merveilleux des rayons de Rœntgen. Ils avaient fait naître les plus extraordinaires espérances, un instant on crut qu'on avait enfin trouvé en eux l'agent curatif du cancer, et il est vrai que nombre de néoplasmes même malins, soumis à la radiothérapie, avaient été modifiés de façon étonnante.

Serait-ce là encore une déception ? Le *Journal of the Americ. med. Association* du 23 juin dernier signale

le cas du Dr Weigel, de Rochester, qui, à la suite d'applications prolongées de rayons X, aurait contracté un cancer dûment constaté, sérieusement diagnostiqué et dont il serait mort. Ce seul fait n'est certes pas suffisant pour nous faire condamner sans appel la radiothérapie. Mais ce sont ces échecs qui rappellent les médecins à la prudence et les conduisent au doute scientifique, bien différent de la négation *à priori* des sceptiques. Il faut se défier des thérapeutiques perturbatrices dont on est loin de connaître tous les effets. Il vaut mieux imiter la circonspection de Montaigne malade, qui, bien que n'étant pas médecin, disait avec son robuste bon sens :

« Ie laisse faire la nature, et presuppose qu'elle se soit « pourvue de dents et de griffes, pour se deffendre contre les « assaults qui luy viennent, et pour maintenir cette contex- « ture dequoy elle fuit la dissolution. Ie crains au lieu de « l'aller secourir, ainsi comme elle est aux prises bien « étroictes et bien ioinctes avecques la maladie, qu'on secoure « son adversaire au lieu d'elle, et qu'on la recharge de nou- « veaux affaires (1). »

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet 1906.

Action de l'émanation du radium.

MM. Ch. Bouchard et V. Balthazard, qui ont déjà montré l'action toxique de l'émanation du radium pour les animaux, tels que cobayes et souris, lorsqu'elle est introduite par la voie respiratoire, montrent, par de nouvelles expériences, que cette émanation est également toxique lorsqu'elle est produite d'une façon continue par une substance radio-active, placée dans le péritoine, à l'intérieur de sacs de collodion.

Tous les tissus de l'animal qui a respiré l'émanation sont radio-actifs : mais les capsules surrénales et le poumon le sont à un degré plus élevé.

Quant aux tissus de l'animal, porteur dans son péritoine, d'un sac de collodion contenant la substance radio-active, la mesure, dans chaque organe, de la quantité totale d'émanation qu'il contient montre qu'ils se classent dans l'ordre suivant : capsules surrénales, poumon, foie, peau, rate, reins. Mais si l'on se reporte à l'unité de poids de chacun de ces organes, on voit que :

1 gr. de capsule surrénale contient 4,7 fois d'émanation que 1 gr. de rate ; 11,4 fois d'émanation que 1 gr. poumon ; 15 fois d'émanation que 1 gr. de peau ; 60 fois d'émanation que 1 gr. de foie : 100 fois d'émanation que 1 gr. de rein.

Un calcul approximatif permet d'évaluer au douzième de l'émanation injectée ce qui reste encore au bout de 4 heures. Les 11 douzièmes ont été éliminés surtout par la peau et le poumon.

L'émanation se localise à partir de la deuxième heure sur les capsules surrénales qui arrivent vers la quatrième heure à en contenir autant que le reste du corps.

Au bout de 5 à 6 heures après l'injection, l'organisme ne renferme plus d'émanation et les tissus ont perdu toute radio-activité.

Les recherches de Bergell, Braustein et Bickel ayant prouvé que l'émanation accroît l'action zymotique de la pepsine, de la pancréatine et des ferments en général, la localisation élective de cette émanation sur les glandes à sécrétion interne n'est pas chose indifférente pour le thérapeute. Elle explique peut-être l'action stimulante qu'exercent sur les sécrétions les eaux minérales radio-actives lorsqu'elles sont prises à la source.

Il est assez curieux, en outre, de constater que l'émanation qui, jusqu'ici, s'est montrée inerte au point de vue chimique, puisse se répartir d'une façon non uniforme dans l'organisme. Ce fait est à rapprocher de celui qui a été indiqué par M. Schlœsing pour un autre gaz inerte, l'argon, qu'il a vu se fixer d'une façon élective sur le sang.

Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juillet 1906.

Précipités colorés.

MM. Achard et Aynaud. — L'imprégnation par l'argent consiste à produire un précipité dans les espaces cellulaires qui devient visible en noircissant à la lumière. Le bleu de Prusse, formé par l'action successive du ferrocyanure de potassium et du sulfate ferrique ; l'iodure de palladium, formé par l'iodure de potassium et le chlorure de palladium ; le tannate de fer, par la réaction du tannin sur le sulfate ferrique ; enfin, la réaction du tannin traité par une des vapeurs osmiques. Ces réactions, comparables aux imprégnations d'argent, montrent la facilité des espaces intercellulaires à se faire pénétrer.

Tractions rythmées de la langue.

M. J.-L. Prévost critique la méthode des tractions rythmées, et, de son expérience personnelle, tire cette conclusion que les tractions simples sont de bonne réussite au cours de l'asphyxie, par action mécanique, en dégageant la glotte oblitérée par la base de la langue, mais que l'excitation réflexe ramenant les mouvements respiratoires lui paraît problématique.

Action du collargol sur les microbes pathogènes.

M. Victor Henri et Mlle Cernovodeanu ont préparé, par la méthode électrique de Bredig, une série de solutions colloïdales d'argent différant par la grosseur des granules du métal. Ces solutions, expérimentées sur le charbon, le staphylocoque, le bacille typhique, le coli-bacille, la phléole et le bacille de Flexner ont constamment retardé ou empêché le développement du microbe. L'argent à petits granules agit plus énergiquement.

Hémolyse par les mélanges de saponine et d'hydrate.

M. Victor Henri et Mlle Lévy montrent que l'hémolyse suit la loi qui est produite par les hémolysines de sérums. Un mélange des corps chimiques définis agit comme les hémolysines animales.

Rapport électrique des microbes.

M. Victor Henri et Mlle Cernovodeanu étudient le rapport électrique des microbes. La connaissance du signe électrique d'un microbe importe étant donné la variété des colloïdes qui se trouvent dans les tumeurs animales. Le colibacille, le bacille typhique, celui du charbon, le staphylocoque, les microbes de la tuberculose, la phléole, sont des microbes négatifs ; le bacille de Flexner est positif.

Argent colloïdal sur le bacille pyocyanique.

MM. Charrin, V. Henri et Mercier-Vinard ont étudié l'action de l'argent colloïdal employé sur le bacille pyocyanique ensemencé sur gélose. Les cultures sont bien moins abondantes que sur les tubes témoins. Les tubes ensemencés de XX gouttes de métal colloïdal à grains fins à 1/50000 d'argent sont restés stériles. Les tubes additionnés d'argent colloïdal à gros grains ont donné des cultures très étendues, faiblement pigmentées et dont les microbes présentaient les formes d'involution décrits jadis par MM. Charrin et Guignard.

Ces résultats expliquent les discordances d'action observées par les cliniciens qui ont utilisé ce produit en l'empruntant à des sources multiples correspondant à des préparations distinctes et d'action bactéricide inégale.

---

(1) Essais, liv. I., ch. XXIII.

Pathogénie du rhumatisme chronique.

MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild admettent comme cause de rhumatisme chronique progressif : 1° un état endocritique (thyroïdien, hypophysaire, ovarien, diastématique.)

2° Par cette dysendocrisie il y a auto-infection banale à répétition, ou auto-intoxication chronique. Les articulations deviennent des émonctoires et en conséquence le siège de lésions causées par les toxi-infections, surtout s'il y a prédisposition héréditaire ou acquise.

3° Toxi-infections et auto-intoxications mettent en jeu les centres nerveux articulaires régionaux ou le centre général bulbaire. Le rhumatisme chronique évolue sur une lésion névropathique qui explique plusieurs symptômes de la maladie.

4° La progression serait due aux arthrotoxines et certains sérums (diphtérique, tétanique, etc.) agissant sur l'élément humoral.

L'hypophyse.

M. Auguste Pettit signale que l'action secrétoire de l'hypophyse n'est attestée que par les cellules chromophiles et chromophages signalées en 1882 par Flesch. Certains sélaciens primitifs ont l'hypophyse formée de cordons cellulaires traversés par des vaisseaux autour desquels se groupent des calices formés par la sécrétion hypophysaire. C'est donc là une glande à sécrétion interne où les troncs vasculaires déversent une sécrétion dans les sinusoïdes, qu'une couche épithéliale sépare seule du sang. Cette glande des sélaciens explique, dans la série des vertébrés, cette glande énorme que l'élément vasculaire modifie.

Hydrates de carbone chez les diabétiques.

M. René Laufer avait montré que les diabétiques utilisent une certaine quantité d'hydrates de carbone qui ne passent pas dans l'urine. Certaines conditions font varier ces limites : un excès de graisse, surtout d'azote, dans l'alimentation augmente la glycosurie; si pendant une période on diminue, dans l'alimentation, la dose du sucre, pendant une période consécutive, le malade pourra, sans action sur les urines, assimiler une dose de sucre plus élevée. Ces études permettent d'expliquer des perturbations paradoxales dans les analyses.

Bilirubine du sérum sanguin.

MM. Gilbert et Herrscher. — Normalement, il existe 1 gr. de bilirubine par 36.500 dans le sérum sanguin adulte. Les voies biliaires étant obstruées soit par calculs, soit par un cancer de la tête du pancréas, la bilirubine s'accumule considérablement, d'autant plus que l'obstruction est plus considérable ; elle peut arriver à 1/1000 ou 1/900. Dans les processus aigus (ictère catarrhal), ces chiffres peuvent encore être atteints mais jamais dépassés.

Action de la convallamarine sur la circulation.

M. L. Maurel conclut que :

1° Les doses thérapeutiques agissent sur les vaisseaux qu'elles font contracter et n'agissent que secondairement sur le cœur. 2° Elles augmentent l'énergie du cœur, puis diminuent ses contractures. 3° Les *doses mortelles* amènent la vasodilatation et n'agissent qu'ultérieurement sur le cœur, qui survit à l'organisme. 4° Ces doses sont sans influence sur les éléments figurés du sang.

Liquide péricardique.

M. Iscovesco. — Ce liquide ne contient que des globulines positives, ne peut coaguler spontanément à moins que l'inflammation n'apporte des globulines négatives à la formation d'un caillot de fibrine.

La vératrine.

M. Busquet a vu le pneumogastrique perdre son pouvoir inhibiteur chez la grenouille vératrinisée. Chez les mammifères, l'influence d'arrêt est diminuée, mais peut-être le pneumogastrique n'est-il pas influencé et le poison agit-il (voie intra-veineuse) directement sur la fibre cardiaque rendue hyperexcitable par le toxique et ne se laissant plus inhiber par le vague.

Epithélium intestinal et toxine tétanique.

MM. Caussade et Joltrain ont fait agir l'extrait intestinal, qui a une action antitoxique puissante sur la toxine tétanique; cependant la vitalité du bacille n'est pas diminuée et garde sa virulence même après un long contact.

Rôle des hématoblastes dans la rétraction du caillot.

MM. Le Sourd et Pagniez ont, par centrifugation, séparé les hématoblastes du sang rendu incoagulable. Le plasma oxalaté est calcifié, le plasma salé dilué ; le liquide d'hydrocèle devient, privé d'hématoblastes, un caillot irrétractible. Les hématoblastes rajoutés rendent ce caillot rétractible au bout de 20 minutes et cette rétractibilité est en rapport avec le nombre des hématoblastes. Ils n'agissent pas simplement comme corps étrangers, mais leur action se rapproche de celle des ferments, des alexines, car, soumis à un chauffage de 55° pendant 10 minutes, ils perdent leur propriété de rétractilité. Cette expérience confirme l'opinion de Ch. Hayem, que les hématoblastes sont les agents de la rétraction du caillot et que leur action se rapproche de celle des ferments. Des états pathologiques peuvent sans doute leur faire perdre cette propriété et expliqueraient la non-rétractilité du caillot, malgré la présence d'hématoblastes en nombre normal.

Séance du 28 juillet 1906.

Sécrétions intestinales du fœtus.

M. L. Camus avait, il a déjà 4 ans, démontré dans l'intestin du fœtus du cobaye et du lapin, la présence de la secrétine.

Urée dans les exsudats.

MM. Kohn, Javal, Adler, montrent que l'urée, retenue dans l'organisme, se répand dans les liquides pathologiques (œdème, ascite, liquide pleural), au même taux que dans le sérum sanguin.

Widal et Froin avaient déjà signalé cette même teneur en urée du liquide céphalo-rachidien. L'analyse du transsudat étant plus rapide que celle du sérum, on pourrait connaître le degré de la rétention uréique du sang en faisant l'analyse de ces liquides.

Vapeurs d'essences minérales.

MM. Desbouis et Langlois ont étudié l'action de ces vapeurs en milieu confiné sur des cobayes. Les doses faibles ne donneraient pas lieu à de l'intoxication. L'accroissement de poids était ralenti ; il y a de la polyglobulie, mais pas de modifications des leucocytes.

Action du méthonal sur les germes microbiens.

M. Perdria a détruit en quatre minutes, dans le méthonal sec à 100°, les spores sèches de subtilis et des autres germes. La pénétration du gaz est très rapide.

Bacille dysentérique.

M. H. Vincent montre la difficulté de développement du microbe dysentérique dans l'eau impure où les autres microbes lui sont antagonistes, et surtout dans la région tropicale où le soleil et la chaleur agissent en raréfiant ces microbes, ce qui rend la dysenterie bacillaire rare par rapport à la dysenterie amibienne. L'obscurité, les basses températures conservent au microbe toute sa vitalité.

Larves d'œstres chez le cheval.

M. Weinberg a fixé des larves des différents gastrophiles sur la muqueuse digestive. Les parasites donnent parfois des lésions banales et agissent aussi comme corps étrangers septiques produisant une inflammation aiguë ou subaiguë par les microbes qu'ils introduisent dans l'épaisseur de la paroi intestinale. Les larves gastrophiles agissent alors comme des helminthes et occasionnent peut-être sur le cheval des septicémies dues à des microbes.

Immunité diphtérique.

MM. Weill, Hallé et Lemaire ont expérimenté sur le lapin que la précipitine est sans influence directe sur la disparition de l'immunité. La durée de l'immunité est diminuée au cours des désinfections, grâce à la rapidité plus grande d'élimination du sérum étranger antitoxique au cas de réinfection.

Fibres centrifuges des racines porteuses de la moelle.

MM. J.-C. Roux et J. Heitz ont réséqué des racines postérieures sur des chiens et des chats ; les animaux ayant survécu 15 jours à 1 mois, on a pu étudier. sur ces racines, l'existence de fibres à myéline à trajet centrifuge qui, pour la plupart, passent par les rameaux communiquant dans les cordons du sympathique. Quelques-unes de ces fibres passent par les nerfs périphériques.

Tabès avec poussées polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien.

MM. M. Villaret et L. Tixier ont étudié deux cas de tabès où apparurent des poussées de polynucléose transitoire dans le liquide céphalo-rachidien, qui parurent avec des accidents aigus (céphalée, délire. accès épileptiformes). Au cours de certains accidents syphilitiques des centres nerveux, les polynucléaires en suspension dans un liquide aseptique conservent leur intégrité morphologique comme les polynucléaires en circulation dans le sang, et ceci permettrait de distinguer la méningite aiguë bactérienne (éléments cellulaires très altérés) de la poussée congestive au cours d'altérations vasculaires de nature syphilitique (intégrité des éléments cellulaires).

Ici le liquide était aseptique ; les leucocytes étaient aussi altérés que dans les méningites bactériennes. Il était donc impossible d'affirmer qu'il s'agit d'une poussée conjonctive aseptique ou d'une injection secondaire.

Allobisme et allobivaccination.

M. G. Rosenthal utilise l'atténuation progressive de la virulence des microbes anaérobies stricts transformés en aérobies pour immuniser et vacciner les animaux. Les injections de cultures filtrées mortes ou bouillies constituent l'*allobiimmunisation* ; l'inoculation de cultures atténuées constitue l'allobivaccination.

Balanoposthite érosive circinée.

M. Levaditi a inoculé la balanoposthite érosive au singe, au chimpanzé par scarification du sillon balanopréputial. L'érosion provoquée fut identique à celle de l'homme ; ces érosions, à bandes polycycliques, à fond rouge légèrement granuleux, s'étendent en surface, envahissent le gland et le prépuce et amènent des phimosis ; la maladie guérit spontanément. Les macaques et les cynocéphales ne sont pas inoculables. La sécrétion recueillie à la surface des érosions du chimpanzé, comme le pus de la balanoposthite humaine, renferme, à côté des cocci et des bactéries, de nombreux *spirochètes refringens*. Ce spirochète inoculé en sac est resté sans effet.

Morphologie et culture du spirochete refringens.

M. Levaditi. — *Le spirochete refringens*, qui diffère du *treponema pallidum* par l'amplitude de ses ondulations, sa motilité, sa sensibilité aux matières colorantes, se rencontre dans le smegma, dans les condylomes, acuminés (Schaudinn et Hoffmann) dans la balanoposthite érosive (Berdal et Bataille), et sa constance dans ce dernier cas l'a fait considérer, par ces auteurs, comme pathogène. Il est resté vivant 24 heures dans la salive filtrée, sans traces de culture.

Cultivé dans des sacs en collodion, au milieu du péritoine du lapin et du sérum humain. on a pu y reconnaître la présence d'un seul cil terminal.

Pus d'abcès froid.

M. Iscovesco et Calvé montrent que le liquide du pus d'abcès froid stérile des tuberculeux ne contient que des colloïdes négatifs. Les colloïdes positifs amènent de la gélification et la coagulation du pus et indiquent les importants résultats thérapeutiques à obtenir par l'emploi de ces agents qui fixent les toxines contenues dans le pus. Mme Edwars-Pilliet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet.

Pleurésies puriformes aseptiques. Polynucléaires intacts de l'épanchement.

MM. Vidal et Gougerot. — L'aspect puriforme du liquide céphalorachidien (dû à la présence de polynucléaires parfaitement conservés), observé au moment des poussées congestives de la syphilis nerveuse, n'est pas une particularité propre aux méninges, ni à la syphilis. Les auteurs l'ont observé dans les pleurésies consécutives à de fortes congestions pulmonaires à la suite d'infections. Ces pleurésies évoluent sans fièvre et se résorbent spontanément. Le liquide est aseptique. La cytologie fournit donc un précieux appoint dans le diagnostic de ces épanchements, les leucocytes intacts signifiant absence de phagocytose par conséquent absence de microbes.

Anémie pernicieuse à rémission.

M. Ménétrier a observé un cas d'anémie pernicieuse guérie en apparence par le traitement, et terminée néanmoins par la mort, malgré ce traitement. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une anémie plastique à moelle rouge.

Traitement de la coqueluche par l'arsenic.

M. J. de Nittis préconise les bons effets de la liqueur de Fowler dans la coqueluche. Dose : une goutte de liqueur par jour et par année de l'enfant. Durée du traitement : deux semaines ; reprise si la coqueluche fait un retour offensif.

Eosinophilie buccale dans un emphysème bulleux.

MM. Griffon et Abrami ont observé que le contenu des bulles fourmillait d'éosinophiles, tandis que l'éosinophilie sanguine était à peine marquée. Les éosinophiles du liquide des bulles n'avaient souvent qu'un seul noyau.

Infection puerpérale et arthrite du poignet.

M. Siredey a vu survenir au cours d'une infection puerpérale une arthrite suppurée du poignet. La localisation fit disparaître les phénomènes généraux et l'auteur rapproche ce fait de ce qui se passe dans les abcès de fixation de Fochier, qui drainent et fixent l'infection.

Brûlure des muqueuses par la teinture d'arnica.

M. Siderey. — A la suite d'absorption, par erreur, d'un verre à liqueur d'arnica, une femme présente des plaques blanches de la muqueuse buccale dues à l'action caustique de la teinture. L'alcool en tout cas ne peut pas être incriminé.

M. Balzer est d'accord avec M. Siredey pour incriminer les essences de la teinture, le premier auteur ayant observé un cas d'eczéma généralisé à la suite d'un badigeonnage à l'arnica, de sorte que ce vieux médicament peut avoir plus d'inconvénients que d'avantages et que son emploi thérapeutique n'est pas justifié. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE.

Séance de juillet 1906.

Au début de la séance, le Président consacre quelques paroles émues à la mémoire de deux membres de la Société, récemment décédés : MM. les docteurs Barthélemy et Josias.

MM. Margain et Decante présentent un travail très intéressant sur la situation des *aliénés dans les colonies françaises*, les mesures législatives et administratives qui sont prises à l'égard des aliénés dans la métropole ne sont pas appliquées dans les colonies : l'arbitraire le plus complet y règne à cet égard. Et pourtant le nombre des aliénés est relativement plus grand dans les colonies qu'en France, ce qui tient à plusieurs causes dont voici les plus importantes : *a*) alcoolisme ; *b*) haschich ; *c*) existence, parmi les colons, de nombreux sujets dégénérés et inadaptés à la lutte pour la vie ; *d*) exaltation religieuse sous l'influence du Coran.

Les auteurs demandent qu'on applique dans les colonies les mêmes lois et règlements qui existent dans la métropole, ou bien qu'on en élabore d'autres, mais que, dans tous les cas, la situation actuelle, qui est lamentable, prenne fin.

M. Briand montre que, même en Algérie, cette question n'a pas reçu de solution satisfaisante. Il n'existe pas d'asile, et les malades sont envoyés à Aix ou à Marseille.

M. Legras insiste également sur les inconvénients de cette situation et croit que le problème soulevé par MM. Margain et Decante est des plus importants.

M. Thibierge parle sur la *responsabilité civile en matière de contamination syphilitique.*

La transmission de la syphilis peut se faire :

a) par les relations sexuelles ;

b) Par l'allaitement ;

c) Par les instruments de travail.

(*a*) Les causes de ce genre sont rares. L'auteur rappelle que, dans quatre affaires différentes, les tribunaux ont accordé les dommages-intérêts demandés.

(*b*) La nourrice obtient toujours une indemnité, pourvu que la contamination ait été nettement établie.

(*c*) Ce mode de contamination s'observe surtout chez les verriers, par la canne à souffler. Il y a longtemps, d'ailleurs, que les hygiénistes ont voulu y remédier par des procédés spéciaux, mais ceux-ci restent malheureusement inutilisés par l'industrie.

Les tribunaux accordent généralement une indemnité, mais M. Thibierge proteste contre la tendance de considérer que la contamination syphilitique puisse être envisagée comme un simple « accident du travail » : l'ouvrier supporte, en effet, du fait de cette contamination, un gros préjudice moral, dont la loi sur les accidents du travail ne tient aucun compte.

MM. Chassevant et Socquet communiquent un cas d'*empoisonnement par la nitro-benzine.* Il s'agissait d'un enfant auquel ses parents ont fait boire un peu d'eau-de-vie, sans avoir remarqué qu'au fond du verre il y avait une petite quantité d'une substance désinfectante à base de nitro-benzine. Le tableau clinique a été classique. A l'autopsie, pas de lésions apparentes, mais l'examen chimique permit de déceler la nitro-benzine dans le cerveau et dans le tube digestif (pas dans le foie).

Les auteurs considèrent que la nitro-benzine doit être comprise parmi les substances toxiques dont la vente devrait être interdite aux distillateurs.

M. Balthazard, qui a pratiqué l'examen histologique, a trouvé que les lésions étaient surtout intenses au niveau des cellules nerveuses.

Halberstadt.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Le cerveau sénile ;

Rapport présenté par M. le Dr Léri.

I. — *Vieillesse* et *sénilité* ne sont pas synonymes. La vieillesse est la dernière période de la vie, on peut lui fixer un début conventionnel, l'âge de 60 ans par exemple ; la sénilité indique un état pathologique, que l'on rencontre presque toujours chez les vieillards, mais qui, n'étant pas fonction de l'âge, peut s'observer soit beaucoup plus tard, soit beaucoup plus tôt que le début de la vieillesse. Cet état peut aussi se constater à un degré très variable dans les différents organes d'un même individu, voire même dans les différentes parties d'un même organe. Aussi il est justifié de décrire une sénilité tardive et une sénilité précoce, une sénilité générale et des sénilités locales.

Dans tous les cas, il n'existe *pas d'organe sénile* et notamment de cerveau sénile, *sans lésions.* Les lésions de tout organe sénile peuvent être essentiellement diffuses, macroscopiques ou seulement microscopiques, sans foyer. Elles consistent en : atrophie, simple ou dégénérative, des éléments parenchymateux ; en prolifération plus ou moins modérée ou localisée des éléments interstitiels ; en lésions scléreuses des vaisseaux. Ces trois sortes de lésions ne paraissent pas, en général, dépendre l'une de l'autre, mais toutes trois dépendent de l'ensemble des intoxications exogènes et endogènes accumulées pendant toute l'existence, et souvent multipliées dans un âge avancé, par suite de certaines insuffisances organiques.

II. — Etude anatomique. — Dans l'étude anatomique du cerveau sénile, nous avons étudié d'abord le cerveau en lui-même, dans son aspect extérieur et intérieur, et dans ses trois sortes de lésions diffuses : lésions du tissu nerveux, lésions du tissu névroglique, lésions des vaisseaux. Nous avons réservé, un peu artificiellement, pour les étudier à part, les lésions en foyer du cerveau sénile qui sont le résultat fréquent, mais non constant, des lésions diffuses, spécialement des lésions vasculaires.

1° Le cerveau sénile atrophique. — A) *Etude macroscopique.* — Le cerveau sénile est presque toujours un cerveau petit et atrophié, son poids et son volume sont très diminués. L'atrophie ne porte pas de façon uniforme sur tout le cerveau, mais *de façon très prédominante sur les parties antérieures.* (1/3 ou plus souvent 2/3 antérieurs). La méninge est souvent épaissie, mais, d'autres fois, participe à l'atrophie du cerveau. Les cavités ventriculaires sont très dilatées par suite de l'atrophie de la substance cérébrale, les parois ventriculaires présentent des modifications variables. Le corps calleux est souvent très aminci : le septum lucidum est ou mince et transparent, ou, ordinairement, dur et sclérosé.

La couronne rayonnante et les noyaux centraux participent à l'atrophie. D'une façon générale, la substance blanche de chaque circonvolution paraît *beaucoup plus diminuée que la substance grise.* Des dilatations périvasculaires (état criblé ou dilatations isolées paraissent tenir au retrait du parenchyme cérébral atrophié autour des gaines vasculaires.

Le cervelet prend parfois part à l'atrophie du cerveau, mais son atrophie n'atteint pas le même degré.

B) *Etude histologique.* — 1° *Tissu nerveux.* a) Les *cellules nerveuses* s'atrophient et disparaissent : le nombre des cellules atrophiées n'est pas proportionnel à l'âge, il reste très souvent des cellules saines chez les sujets les plus âgés. L'atrophie cellulaire peut être simple, avec raréfaction des corpuscules de Nissl (fausse chromatolyse centrale) ou avec surcharge pigmentaire. Les différentes variétés de granulations pigmentaires qui ont été décrites sous le nom de « pigment jaune » paraissent dériver l'une de l'autre et représenter les phases successives d'un produit de dégénérescence. Aucune de ces altérations cellulaires ne diffère essentiellement de certaines altérations que l'on observe en dehors de la sénilité, en particulier à la suite de certaines intoxications prolongées (alcoolisme chronique, urémie, etc.).

b) Les *fibres nerveuses* peuvent être *toutes* très diminuées de nombre. Les fibres radiées sont très diminuées dans la substance blanche et dans la substance grise des circonvolutions ; les fibres transversales sont également très diminuées, et notamment les *fibres tangentielles* de Tuczek : cette dernière lésion est celle qui paraît avoir été surtout constatée dans les démences, en particulier les démences sénile et paralytique ; elle existe aussi dans les cerveaux de séniles non déments. La dégénérescence des fibres myéliniques se fait généralement par atrophie simple, quelquefois avec colorabilité anormale, rarement avec formation de corps granuleux. Des corps amyloïdes sont assez fréquents et paraissent résulter de la segmentation de cylindraxes variqueux.

La disparition des fibres myéliniques explique pourquoi l'atrophie de la substance blanche paraît beaucoup plus considérable que celle de la substance grise : la partie périphérique de la substance blanche devient grise par suite de la disparition des gaines de myéline : la couche grise augmente aux dépens de la couche blanche sous-jacente.

2° *Tissu névroglique.* a) Les *cellules névrogliques* paraissent augmenter de nombre ; mais l'augmentation est sans doute plus apparente que réelle, elle est surtout relative et résulte de la diminution des éléments nerveux.

Les noyaux qui entourent certaines cellules nerveuses en voie de destruction ne jouent nullement le rôle de neuronophages ; leur accumulation, toujours modérée, est due peut-être à une réaction inflammatoire, plus probablement à une irritation toxique ; peut-être n'y a-t-il qu'une multiplication apparente et, en réalité, un simple tassement du tissu dans les espaces laissés vides par l'atrophie des cellules nerveuses.

b) La prolifération des *fibriles névrogliques* détermine des *scléroses*. La sclérose sénile est toujours modérée ; elle est diffuse, mais non uniforme et présente des sièges de prédilection; on observe surtout la sclérose sous pie-mérienne, la sclérose périvasculaire. On voit quelquefois une *sclérose miliaire de l'écorce* cérébrale qui paraît être en rapport avec des crises d'épilepsie sénile, peut-être avec la démence (5 cas, dont un personnel). Les mêmes lésions des cellules et des fibres, nerveuses et névrogliques, peuvent être observées dans l'écorce et dans les noyaux gris centraux.

3° *Vaisseaux*. Les lésions artério-scléreuses des vaisseaux intra-cérébraux ne sont pas toujours proportionnées aux lésions athéromateuses des vaisseaux de la base ; elles ne sont pas non plus analogues dans les différentes parties d'un même cerveau, ni même dans les vaisseaux les plus voisins. La lésion est une artérite le plus souvent totale ; plus rarement on constate l'endartérite, la périartérite, la mésartérite. La dégénérescence colloïde, la dégénérescence fibro-hyaline, la dégénérescence calcaire sont plus rares. Les lésions des capillaires sont peu connues ; la dégénérescence graisseuse ne semble ni très fréquente ni proportionnée à la sclérose des petites artères.

4° Toutes les *lésions en foyer* paraissent déterminées surtout par les altérations vasculaires ; l'altération du parenchyme est peut-être une cause prédisposante. Ces lésions sont :

1. Des *scléroses périvasculaires* et « *paravasculaires* » ; cette dernière variété, rare, aurait une disposition en rapport avec la distribution des vaisseaux, mais se localiserait non à leur pourtour, mais à distance. dans les parties sans doute les plus mal irriguées ; 2. des *hémorrhagies miliaires* qui sont très fréquentes dans les cerveaux séniles et sont tout à fait indépendantes de tout anévrysme miliaire ; 3. des petits foyers multiples de « *ramollissement incomplet* », tel que ceux de l' « atrophie artério-scléreuse du cerveau », de l' « encéphalite chronique sous-corticale », de la « destruction corticale sénile » ; 4. des *foyers de désintégration lacunaire*. 5. des foyers d'*état vermoulu* ; 6. de gros foyers de *ramollissement* et d'*hémorrhagie cérébrale*.

5° Les *lésions diffuses* ne paraissent, au contraire, pas être sous la dépendance directe des altérations des vaisseaux. Les scléroses diffuses et les atrophies nerveuses de la sénilité sont dues sans doute à l'action *directe*, sur ses tissus, des mêmes toxiques qui, de façon indépendante, produisent l'altération des vaisseaux.

L'atrophie des cellules, et des fibres nerveuses en particulier, semble être l'aboutissant direct, sur ces éléments, de toutes les intoxications de l'existence ; la sénilité et la dégénérescence atrophique des cellules nerveuses deviennent ainsi la conséquence de multiples états *pathologiques* plutôt que l' « involution » physiologique de cellules non susceptibles de reproduction. La démence sénile serait probablement le terme, plus prononcé que normalement, du processus anatomique commun, d'origine toxique, de désintégration et d'atrophie des cellules et des fibres nerveuses.

2° Les petites lésions en foyer du cerveau sénile. — Deux variétés de petites lésions en foyer semblent à peu près exclusives à la sénilité : les lacunes de désintégration et l'état vermoulu.

Les *lacunes* ont toujours une origine vasculaire ; elles peuvent reconnaître pour cause non seulement une « encéphalite destructive avec corrosion excentrique du tissu nerveux », mais aussi la résorption d'une hémorrhagie miliaire ou un véritable ramollissement par oblitération artério-scléreuse ou fibro-hyaline d'un vaisseau.

L'*état vermoulu* est une ulcération corticale, qui s'enfonce en coin surtout dans l'extrémité libre des circonvolutions et ne dépasse guère la substance grise. Il reconnaît pour cause la prédominance d'une désintégration progressive du tissu nerveux avec prolifération névroglique dans le territoire de certaines artères nourricières courtes, lésées par l'artério-sclérose, mais non oblitérées. L'intensité de la désintégration nerveuse surtout des fibres tangentielles et de la prolifération névroglique dans ces cas explique pourquoi l'état vermoulu coïncide d'ordinaire avec un état démentiel assez prononcé et parfois avec l'épilepsie sénile.

3° Les grosses lésions en foyer dans la sénilité. — Les ramollissements et hémorrhagies cérébrales, assez fréquentes dans la sénilité, ne diffèrent pas sensiblement à un âge avancé de ce qu'elles sont à l'âge adulte.

III. **Aperçu clinique**. — A. Neurologie. — *L'artério-sclérose cérébrale*. — L'artério-sclérose est rarement purement cérébrale, on en trouve ailleurs des signes somatiques.

Les signes de l'artério-sclérose cérébrale ne sont pas proportionnés à l'intensité des lésions vasculaires. Les signes de l'artério-sclérose cérébrale présentent le caractère intermittent ou paroxystique de véritables « claudications intermittentes du cerveau ». Ce sont surtout le vertige, des céphalalgies, bourdonnements d'oreille, somnolences ou insomnies, troubles du caractère, fatigue physique et mentale rapide ; amnésie, embarras de la parole, aphasie transitoire, hémiparésie, courtes attaques apoplectiques non suivies d'hémiplégie. On trouve tous les termes de passage entre ces accidents fugitifs et les « ictus» lacunaires.

L'artério-sclérose cérébrale peut prendre, au début, l'aspect de la neurasthénie. Les lésions en foyers multiples peuvent simuler des ramollissements circonscrits, mais ils se caractérisent par la lenteur progressive du début et la rapidité des modifications.

Les hémiplégies. — Les hémiplégies brusques et complètes, analogues à celles de l'adulte et dues au ramollissement ou à l'hémorrhagie cérébrale, ne sont pas les plus fréquentes chez le vieillard ; elles se terminent rapidement par la mort dans la plupart des cas sans avoir le temps d'aboutir à la contracture. Les grosses hémiplégies avec contracture des vieillards sont rares et datent presque toujours de l'âge adulte.

Les véritables hémiplégies des vieillards reconnaissent le plus souvent pour cause les lacunes de désintégration.

L'hémiplégie débute généralement par un ictus très léger, très incomplet et très passager. Les symptômes de cette hémiplégie sont essentiellement transitoires, incomplets et, sinon partiels, du moins très prédominants au membre inférieur ; il n'en reste bientôt que la marche à petits pas, parfois la marche en traînant les pieds, parfois une légère maladresse du membre supérieur dans les mouvements délicats. Quelquefois on constate une tendance à tomber en arrière avec orteil en griffe.

De la dysarthrie, de la dysphagie, du rire et des pleurs spasmodiques, des troubles psychiques donnent assez souvent aux hémiplégiques lacunaires l'aspect de « petits » pseudo-bulbaires. L'hémiplégie lacunaire est volontiers récidivante : elle prédispose aux hémorrhagies et aux ramollissements rapidement mortels. Les artério-scléreux lacunaires meurent plus souvent par le cerveau que par les reins ou par le cœur.

Les paraplégies. — La paraplégie peut être simulée dans la vieillesse par l'affaiblissement musculaire prédominant aux membres inférieurs, par une sorte d'astasie-

abasie tenant à la crainte qu'éprouve le vieillard de ne plus pouvoir marcher à la suite d'une lésion minime, cérébrale ou non, enfin et surtout par une hémiplégie lacunaire bilatérale.

Les véritables paraplégies lacunaires paraissent rares ; elles restent généralement plus ou moins flasques. Les paraplégies médullaires spasmodiques vraies s'observent soit dans la sclérose combinée sénile, soit peut-être dans quelques cas de sclérose plus ou moins diffuse, d'origine vasculaire ou non.

Epilepsie sénile. — L'épilepsie sénile peut présenter toutes les variétés cliniques de l'épilepsie juvénile, avec ou sans quelques modifications symptomatiques ; les troubles mentaux seraient plus constants et plus rapides. On lui reconnaît surtout deux causes : la syphilis, par l'intermédiaire de plaques de méningite scléro-gommeuse et l'artério-sclérose, soit par ses lésions diffuses, soit par des foyers de désintégration non lacunaire ou par la cérébro-sclérose lacunaire. Elle paraît pouvoir reconnaître aussi pour cause déterminante l'état vermoulu ou surtout la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale : dans les 5 cas jusqu'ici signalés de cette dernière lésion, il y a toujours eu de l'épilepsie sénile.

L'épilepsie sénile paraît donc plus fréquemment symptomatique que l'épilepsie juvénile; pourtant la connaissance de plus en plus approfondie des causes déterminantes n'élimine pas la nécessité possible d'une cause prédisposante, héréditaire ou acquise, d'une aptitude convulsive.

B. Psychiatrie. — 1° *L'état mental des vieillards.* — On trouve toute une série d'états de transition entre la conservation parfaite de l'intelligence et la démence sénile. Les vieillards les mieux conservés au point de vue mental ont une diminution de la mémoire des faits récents et une diminution de l'imagination créatrice : ils sont toujours en baisse par rapport à eux-mêmes. La plupart des vieillards sont plus notablement affaiblis : diminution plus marquée de la mémoire allant du nouveau à l'ancien et du complexe au simple ; modification du caractère, perte des sentiments affectifs, égoïsme, avarice, indifférence pour les faits graves, émotivité excessive pour les petits faits les concernant personnellement ; tendance aux idées hypochondriaques et de persécution ; diminution du raisonnement, du jugement, des associations d'idées, de l'attention, de la volonté. La démence simple est l'exagération de la déchéance de toutes les facultés intellectuelles, le retour à l'instinct avec conservation d'actes automatiques plus ou moins compliqués. Des idées délirantes inconsistantes et non systématisées peuvent être la conséquence de la démence avec illusion ou hallucinations. Elle détermine deux sortes de réaction: l'excitation ou l'apathie.

Des actes délictueux : exhibitionnisme, attentats à la pudeur, vol, impulsions homicides ou suicides, peuvent être accomplis avec inconscience par les vieillards affaiblis ou déments ; l'irresponsabilité est évidente chez les déments, elle peut paraître douteuse ou limitée chez les simples affaiblis, d'autant plus que, dans les actes « médico-légaux » des affaiblis séniles, on peut retrouver les marques, considérablement exagérées d'une tendance vicieuse déjà manifeste dans l'âge adulte.

A la démence simple ou avec idées délirantes peuvent se joindre des épisodes délirants, prenant surtout la forme de la confusion mentale et de la mélancolie anxieuse. L'affaiblissement sénile et la démence simple, avec ou sans idées délirantes vagues et isolées, paraissent devoir s'expliquer par l'atrophie et la dégénérescence des cellules cérébrales et des fibres nerveuses ; ils peuvent apparaître précocement, commme la sénilité cérébrale anatomique, chez des intoxiqués chroniques, notamment des alcooliques. Les épisodes délirants paraissent résulter d'une intoxication ou toxi-infection sur un cerveau déjà en imminence d'insuffisance fonctionnelle par le fait de l'athérome.

2° *Les troubles mentaux de l'artério-sclérose*, spécialement étudiés dans ces derniers temps, représentent une des formes de la « claudication intermittente du cerveau » et se font surtout remarquer par leur caractère intermittent ou paroxystique. La forme légère se révèle par la fatigue mentale rapide, la faiblesse de l'idéation et des conceptions. Les formes graves se manifesteraient par des troubles mentaux sérieux ayant pour caractère dominant la rapidité des aggravations et des améliorations plus que le déficit intellectuel véritable ; la démence est souvent moins profonde qu'elle n'en a l'air au premier abord certaines parties de la personnalité sont conservées et le malade garde très longtemps conscience de son état.

Ces diverses variétés de troubles mentaux de l'artério-sclérose s'accompagnent d'un plus ou moins grand nombre de signes somatiques de l'artério sclérose cérébrale ou généralisée (cardiaque, aortique, rénale, périphérique, etc.)

Certaines formes simulent la paralysie générale ; les rémissions et les guérisons, la longue durée, les caractériseraient surtout.

B) *Les psychoses des vieillards.* — Il faut distinguer les psychoses de la vieillesse (vieillards-aliénés) et les psychoses dans la vieillesse (aliénés-vieillards). M. Ritti les a récemment étudiées les unes et les autres.

IV.— Dans l'étude anatomique comme dans l'étude clinique, nous avons été amené constamment à rapprocher les altérations séniles des altérations par intoxications prolongées ; cette étude nous paraît être un argument en faveur de la théorie qui fait de la sénilité, dans le cerveau comme dans les autres organes, l'aboutissant de toutes les intoxications de l'existence.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Congrès de Lyon, août 1906).

Communications diverses.

Section d'Électrologie et de Radiologie.

Traitement des chéloïdes par la lumière et le radium ;

Par le Dr Foveau de Courmelles.

Les cicatrices vicieuses et défigurantes sont très fréquentes et résistent même à l'opération chirurgicale qui n'en empêche pas les récidives. La lumière chimique, superficielle ou profonde, par arc en fer, entre électrodes de machines statiques (Riffard), ou arc voltaïque avec charbon (radiateur Foveau) ont donné d'excellents résultats esthétiques dans divers cas de chéloïdes. Pour d'autres, il a fallu recourir en plus à l'électrolyse négative, aux effluves de haute fréquence très riches en lumière ultra violette, au radium et aux rayons X sans dermatite.

Des chéloïdes par infections et suppurant très fréquemment ont ainsi vu le pus se tarir, et la cicatrice rétrocéder peu à peu, pour disparaître enfin totalement.

Section d'Hygiène.

De la stérilisation des eaux par l'ozone ;

Par le Dr Foveau de Courmelles.

Les procédés d'épuration des eaux par l'ozone, après avoir été longtemps trop dispendieux pour être pratiques, se sont beaucoup simplifiés en ces derniers temps : aussi est-il préférable d'y recourir, au lieu de faire venir des eaux captées très loin, à grands frais et susceptibles de se contaminer en route. En produisant une grande quantité de lumière ultra violette par effluves sous un grand voltage (3.500 volts), on a une abondante production d'ozone, d'air ozoné, qu'on envoie dans l'eau à épurer.

Si des cloisons très perforées s'opposent au passage des molécules gazeuses, on a un bouillonnement très intense, qui mélange très parfaitement le liquide à épurer et l'ozone épurant, de sorte que l'eau sort bleue et sans bacilles, au prix d'un centime et demi par mètre cube, ce qui est très abordable pour produire de la bonne eau potable.

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION
DES ENFANTS NERVEUX & ARRIÉRÉS
MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE
Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre
A Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné :

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline particulière* ;

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement, où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de places.
Jours de visite : Jeudi et Dimanche de 2 à 4 heures.
S'adresser pour renseignements à M. le Dr BOURNEVILLE, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de* 1 *heure à* 2 *heures, ou par lettre.*

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS.

Nouveau train rapide vers la Bretagne.

La Compagnie d'Orléans mettra en marche les 11, 14, 30, 31 août et le 1er et 2 septembre un train rapide de nuit comportant des voitures de toutes classes. Ce train partira de Paris-quai d'Orsay à 9 h. 23 soir, arrivera à Nantes à 3 h. 36 matin, à Saint-Nazaire à 5 h. 8, au Croisic, à 6 h. 19, à Vannes à 5 h. 58, à Quiberon à 7 h. 10, à Lorient à 6 h. 54, à Concarneau à 8 h. 26, à Quimper à 8 h. 3, à Pont-l'Abbé à 8 h. 45 et à Douarnenez à 8 h. 53.

Au retour, le départ des stations aura lieu les 15, 30, 31 Août, 1er, 2, 27, 28, 29, 30 Septembre, 1er, 2, 3, 4 et 5 Octobre ; il partira de Douarnenez à 7 h. 26 soir, de Pont-l'Abbé à 7 h. 32 de Quimper à 8 h. 30, de Concarneau à 7 h. 17, de Lorient à 9 h. 40, de Quiberon à 9 h. 16, de Vannes à 10 h. 39, du Croisic à 10 h. 30 soir, de Saint-Nazaire à 11 h. 30 et arrivera à Paris-Quai-d'Orsay à 7 h. 14 matin.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST.

EXCURSIONS EN BRETAGNE

Facilités accordées par Cartes d'abonnement individuelles et de famille valables pendant 33 jours

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest délivre de la veille de la Fête des Rameaux au 31 Octobre, des cartes d'abonnement spéciales permettant de partir d'une gare quelconque de son réseau pour une gare au choix des lignes désignées aux alinéas ci-dessous en s'arrêtant sur le parcours ; de circuler ensuite, à son gré, pendant un mois, non seulement sur ces lignes, mais aussi sur tous les embranchements qui conduisent à la mer ; enfin, une fois l'excursion terminée, de revenir au point de départ avec les mêmes facultés d'arrêt qu'à l'aller.

Carte valable sur la côte nord de Bretagne.

1re Classe, 100 francs ; 2e Classe, 75 francs.

PARCOURS : Ligne de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et les embranchements de cette ligne vers la mer.

Carte valable sur la côte sud de Bretagne.

1re Classe, 100 francs ; 2e Classe, 75 francs.

PARCOURS : Ligne du Croisic et de Guérande à Châteaulin et les embranchements de cette ligne vers la mer.

Carte valable sur les côtes nord et sud de Bretagne.

1re Classe, 130 francs ; 2e Classe, 95 francs.

PARCOURS : Lignes de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et de Brest au Croisic et à Guérande et les embranchements de ces lignes vers la mer.

Carte valable sur les côtes nord et sud de Bretagne et lignes intérieures situées à l'ouest de la ligne de Saint-Malo à Redon.

1re Classe, 150 francs ; 2e Classe, 110 francs.

PARCOURS : Ligne de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et de Brest au Croisic et à Guérande et les embranchements de ces lignes vers la mer, ainsi que les lignes de Dol à Redon, de Messac à Ploërmel, de Lamballe à Rennes, de Dinan à Questembert, de Saint-Brieuc à Auray, de Loudéac à Carhaix, de Morlaix et de Guingamp à Rosporden.

ABONNEMENTS DE FAMILLE.

Toute personne qui souscrit, en même temps que son abonnement, un ou plusieurs autres abonnements en faveur des membres de sa famille, précepteurs, gouvernantes et domestiques habitant avec elle, sous le même toit, bénéficie pour ces cartes supplémentaires de réductions variant entre 10 et 50 %, suivant le nombre de cartes délivrées.

Pour plus de renseignements consulter le livret Guide-illustré du réseau de l'Ouest vendu 0 fr. 50, dans les bibliothèques des gares de la Compagnie.

THÉRAPEUTIQUE

...phytine est indiquée dans tous les cas où il s'agit d'*ac-... les échanges phosphorés* et de *relever la nutrition générale* ... l'organisme : Neurasthénie, Psychasthénie, Grossesse. ...itement, Maladies consomptives, Chlorose, Anémies, ...sse constitutionnelle, Convalescences, Rachitisme, ...ubles de la croissance, etc.

...Sont particulièrement à signaler les résultats favorables ob... ...us dans le traitement des *pollutions nocturnes*, de la *neu-... sexuelle* et de l'*insomnie* due au surmenage physique ...intellectuel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

...odifications au tarif des honoraires médicaux des accidents du travail.

...e ministre du commerce, de l'industrie et du travail, Vu ...ticle 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 ... 1905 ; Vu l'article 1er de l'arrêté ministériel du 30 sep-...re 1905, fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceu-...s en matière d'accidents du travail prévu par l'article 4, ...agraphe 2, de la loi du 9 avril 1898 précitée, modifié par ... du 31 mars 1905, ledit article ainsi conçu : « Le prix de ...visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter ...a consultation sans inconvénient pour sa santé, est fixé à ...fr. « Il est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris ; 2° dans les localités où ...serait reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901 le ...x courant de la visite pour les ouvriers traités dans lesdi-...lités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. La désignation ... localités sera faite par arrêté ministériel, après avis de ...commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril ... modifié par la loi du 31 mars 1905, sur la demande qui ...serait adressée au ministre du commerce, au plus tard ... les trois mois de la publication du présent arrêté, par ...syndicats médicaux ou par les associations locales de l'As-...ciation générale des médecins de France, par les groupe-... professionnels patronaux intéressés. « Il est réduit à ...50 : 1° dans les localités comptant moins de 5,000 habi-... dans les localités, quelle que soit leur population, où ... reconnu, suivant les formes et conditions spécifiées à ... précédent, qu'antérieurement à 1901, le prix courant ...a visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50 » ; ...demandes produites en vue de l'application des dispo-...us susvisées ; Vu les enquêtes faites sur les demandes ...sant les conditions spécifiées à l'article 1er précité ; Vu ...de la commission instituée par arrêté du 20 mai 1905, ...spécialement celui par lequel, à l'unanimité, elle estime ...dans l'esprit qui a dicté les dispositions transitoires susé-... il serait désirable d'élever à 2 fr. le prix de la visite ...localités de moins de 5,000 habitants visées au para-...phe 1° du troisième alinéa de l'article 1er pour lesquelles ...été reconnu que le prix courant de la visite était supérieur, ...rement à 1901 ; Sur la proposition du directeur de ...ance et de la prévoyance sociales. Arrête : ART. 1er. — ...st arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles ...prix de la visite à domicile sera transitoirement élevé à ...50 :

...*ritimes* : Nice ; *Calvados* ; Lisieux ; *Charente* : An-... ; *Eure* : Evreux, Vernon ; *Gironde :* Bordeaux : *Hé-...* Cette ; *Isère* : Vienne ; *Loire* : Firminy, le Chambon-...gerolles, Roche-la-Morlière, Saint-Etienne : *Loire-Infé-...* Nantes : *Maine-et-Loire* : Saumur ; *Orne* : Laigle ; *Rhô-...* ...re-et-Cuire, Lyon, Oullins, Villeurbanne ; *Saône-et-...* Digoin : *Seine* : Alfortville, Asnières, Aubervilliers, ...-sur-Seine, Champigny, Charenton, Clichy, Colom-... ...nevilliers, Issy-les Moulineaux, Ivry-sur-Seine, Join-... Levallois-Perret, le Perreux les Lilas, Maisons-Alfort, ...il, Montrouge, Nanterre, Nogent sur-Marne, Noisy-le-... Pantin, Saint-Mandé, Saint-Ouen, Vanves, Villemonble, ...es, Vitry-sur-Seine ; *Seine-Inférieure :* le Havre, Rouen ...*ne* : Melun ; *Seine-et-Oise* : le Raincy, le Vésinet, ... Rambouillet, Versailles, Villeneuve-Saint-Georges ; ... : Thouars ; *Somme* : Amiens.

ART. 2. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement réduit à 1 fr. 50 :

Aisne : Bohain, Saint Quentin ; *Meurthe-et Moselle* : Lunéville ; *Nord* : Anzin, Armentières, Denain, Dunkerque, Hautmont, la Madeleine-lez-Lille, le Cateau, Lille, Maubeuge, Roubaix, Tourcoing, Watrelos ; *Pas-de-Calais* : Arras, Boulogne-sur-Mer, Hénin-Liétard, Saint-Omer.

ART. 3. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement fixé à 2 fr.

Ain : Sathonay ; *Ardennes* : Dom-le-Mesnil, Flize, Haybes ; *Aude* : Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse ; *Drôme* : Anneyron, Bourdeaux, Montmeyran, Moras, Saint-Sorlin . *Eure* : Broglie, Brosville, Bourth, Breteuil-sur Iton, Charleval, Claville, Conteville, Epaignes, Francheville, Gaillon, la Croix-Saint-Leuffroy, la Ferrière-sur-Risle, Mainneville, Rugles, Sainte-Barbe-sur-Gaillon, Saint-Pierre-de-Bailleul, Tillières-sur-Avre, Verneuil , *Eure-et-Loir* : Toury ; *Gironde* : Ambès, Cestas, Gauriac, Gradignan, *Indre-et-Loire* : Ballan, Esvres, Fondettes, Joué-les-Tours, Monnaie, Montbazon, Noisay, Reugny, Rochecorbon, Saint-Martin-le-Beau, Saint-Paterne, Sorigny, Veigné, Vernou-sur-Brenne, Vouvray ; *Isère* : Allevard, Barraux, Chapareillan, Crolles, Décines-Charpieu, Domène, Goncelin, le Péage-de-Roussillon, le Touvet, Meyrieux, Pont-Evêque, Saint-Ismier ; *Loire* : Maclas, Neulize, Pélussin, Saint-Martin-d'Estréaux, Saint-Symphorien-de-Lay, Villars ; *Haute-Loire* : Dunières ; *Loiret* : Arthenay, Chaingy, Chambon, Ingré, la Chapelle-Saint-Mesmin, Ligny-le-Ribault, Marcilly, Menestreau-en-Villette, Saint-Jean-de-la-Ruelle ; *Oise* : Balagny-sur-Thérain, Bury, Chantilly, Froissy, Hermes, Laigneville, Morienval, Mouy, Nogent-les-Vierges, Remy, Rully, Saint-Leu d'Esserent, Saint-Maximin, Sacy-le-Petit, Verneuil ; *Orne* : Mortagne ; *Rhône* : Anse, Aveizes, Belleville-sur-Saône, Bron, Cublize, Denicé, Fontaines-sur-Saône, la Mulatière, Larajasse, Neuville-sur-Saône, Sainte-Colombe, Sainte-Foy-les-Lyon, Saint-Fons, Saint-Genis-Laval, Saint-Jean-d'Ardières, Saint-Lager, Tizy, Thurins, Vaulx-en-Velin, Venissieux.

Saône-et Loire : Beaubery, Bois-Sainte-Marie, Bourbon-Lancy, Chalmont, Charolles, Chassigny-sur-Dun, Chauffailles, Chenay-le-Châtel, Cire-le-Noble, Coublanc, Cronat, Fleury-la Montagne, Gélenard, Gibles, Gueugnon, Iguerande, Joncy, la Chapelle-sous-Dun, la Clauette, la Motte-Saint-Jean, Ligny-en-Brionnias, Marcigny, Mélay, Martigny-le-Comte Neuvry-grand-Champ, Oyé, Ozolles, Palinges, Paray-le-Monial, Perrecy-les-Forges, Poisson, Pouilleux, Rigny-sur-Arroux, Saint-Agnan, Saint-Bonnet-de-Cray , Saint-Bonnet-de-Joux , Saint-Christophe-en-Brionnais, Saint-Julien de-Civry, Saint-Maurice-lez-Châteauneuf, Salornay-sur-Guye, Semur-en-Brionnais, Sanvignes, Senozan, Toulon-sur-Arroux, Uxeau, Vendenesse-sur-Arroux, Vendenesse-les-Charolles, Verosvre. *Savoie* : la Rochette ; *Seine* : Antony, Bry-sur-Marne, Châtillon, Créteil, Épinay, Sceaux ; *Seine-Inférieure*, Argueil, Aumale, Blangy, Croissy-sur Andelle, Dampierre, Ferrières, Forges-les-Eaux, Foucarmont, Gaillefontaine, Gournay, la Feuillie, le Houlme, Londinières, Maromme, Neufchâtel, Réalcamp, Saint-Saëns ; *Seine-et-Marne* ; Brie-Comte-Robert, Chartrettes, Cesson, Grisy, Ozouer-les-Vouglis, Suisnes ; *Seine-et-Oise* : Ablon, Andrésy, Angerville, Arpajon, Athis-Mons, Auvers-sur-Oise, Beynes, Bougival, Brunoy, Carrières-sur-Seine, Dampierre, Dourdan, Forges-les-Bains, Garancières, Garches Gif, Herblay, Jouy-en-Josas, la Ville-du-Bois, le Chesnay, Limours, l'Isle-Adam, Louveciennes, Mandres, Mévry-sur-Oise Montesson, Montlhéry, Mours, Neauple-le-Château, Orsay, Orgerus, Palaiseau, Pierrelaye, Presles, Saint-Chéron, Savigny-sur-Orge, Thoiry, Vaucresson, Verrières-le-Buisson, Villiers-sur-Marne, Vigny ; *Deux-Sèvres* : Coulonges-sur-l'Autize, Mauze-Thouarsais, Thénezay ; *Var* : Saint-Zacharie ; *Vendée* : Angles, Nieuil-sur-l'Autize, Vouvant ; *Vienne* : Bouresse, Chaunay, la Roche-Posay, Lencloître, Loudun, Lhommaizé, Saint-Léger-de-Montbrillais, Sommières-du-Clain ; *Vosges* : Vittel.

Paris, le 26 juillet 1906.

Le ministre du commerce, de l'industrie et du travail, Gaston DOUMERGUE.

VARIA

Les obsèques du Pr P. Brouardel.

Les obsèques du Pr P. Brouardel, ont été célébrées jeudi 26 juillet à dix heures en l'église Sainte-Clotilde, au milieu d'une assistance très nombreuse d'élèves, d'anciens élèves, d'amis et de personnages officiels.

Le président de la République s'était fait représenter par le commandant Keraudren, officier d'ordonnance ; le ministre de l'instruction publique par M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur au ministère ; le ministre de la guerre par le commandant Michelon ; le grand chancelier de la Légion d'honneur par le capitaine Etienne. MM. Casimir-Périer, Antonin Dubost, Georges Leygues, Clémenceau, Paul Loubet se trouvaient dans l'assistance.

Dans les premiers rangs de la nef on remarquait le comte Tornielli, ambassadeur d'Italie ; la délégation du Conseil de l'université de Paris, composée de MM. Liard, son président, recteur de l'académie de Paris, Lyon-Caen, membre de l'Institut et Tannery; les délégations de l'Institut et de l'Académie de médecine ; M. Debove, doyen, et les membres du conseil de la faculté de médecine. Tous les professeurs étaient en robe les membres de l'Institut en uniforme. Un très grand nombre de notabilités du monde médical, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, les membres du conseil supérieur de l'Assistance publique, du comité consultatif d'hygiène, des délégations importantes de l'Association des médecins de France, de l'Association des médecins de la Seine, du Syndicat des médecins de la Seine, de l'Union des Syndicats médicaux de France, etc., s'étaient joints au cortège.

Après la cérémonie, le cortège s'est dirigé vers le cimetière Montparnasse, où a eu lieu l'inhumation. Le corbillard était précédé d'un char recouvert de magnifiques couronnes de fleurs. Parmi les couronnes on remarquait celles des anciens internes du professeur Brouardel, de l'Association polytechnique, dont le professeur fut longtemps président ; de la Faculté de médecine, de l'Assistance publique, du Syndicat des médecins de la Seine, de l'Association générale des médecins de France, des anciens élèves du lycée de Saint-Quentin, de la Société française pour l'avancement des sciences, de l'Association internationale pour la lutte antituberculeuse, etc.

Selon le vœu du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe. Au retour des obsèques, nous avons passé devant la Faculté, dont M. Brouardel a été doyen pendant 16 ans consécutifs ; le drapeau flottait au vent et aucun crêpe n'y annonçait un deuil officiel. Peut-être constations-nous encore là une manifestation des dernières volontés de M. Brouardel ?

La fièvre aphteuse.

Le ministre de l'agriculture a communiqué à la presse l'information suivante au sujet des cas de fièvre aphteuse signalés aux abattoirs de la Villette, ainsi que dans des abattoirs de province, sur des animaux venant de la Villette :

L'administration a dû faire prendre des mesures rigoureuses pour empêcher l'extension de la maladie et s'efforcer ainsi de prévenir le retour d'une épizootie semblable à celle qui, de 1899 à 1902, a causé tant de pertes à notre agriculture.

C'est dans ce but que le préfet de police a été invité, en exécution de l'article 33 du code rural, à ne laisser sortir du département de la Seine que les animaux à destination d'un abattoir public surveillé par un vétérinaire.

En outre une commission comprenant des représentants de l'administration de l'agriculture, des préfectures de la Seine et de police, ainsi que de la Compagnie du chemin de fer de ceinture a été chargée d'examiner les mesures à prendre d'urgence pour parer aux dangers de la situation. Cette commission, qui a tenu plusieurs séances à la Villette et a procédé à un examen minutieux des locaux des abattoirs et du marché, a proposé une série de mesures, notamment le nettoyage et la désinfection complète de tous les locaux dans lesquels séjourne le bétail. Elle a, en outre, demandé que les animaux expédiés directement aux abattoirs soient toujours débarqués sur le quai spécialement réservé à cet effet, et non sur le quai destiné aux animaux du marché, et que tous ces quais so[ient] toujours nettoyés et désinfectés après le débarquement [de] chaque train.

La situation n'est pas alarmante quant à présent, les [cas] constatés ont été relativement peu nombreux, et grâce a[ux] mesures prises dès le début, il y a tout lieu d'espérer que [la] maladie aura vite disparu.

Dans ces conditions, les prescriptions édictées pou[rront] sans doute être bientôt rapportées.

En province, la fièvre aphteuse n'a été constatée, dans [des] exploitations agricoles, que dans le département des D[eux-]Sèvres. Aussitôt l'apparition de la maladie l'administratio[n a] envoyé sur place un de ses inspecteurs pour exam[iner la] situation et le préfet de ce département a immédiatem[ent] prescrit l'application des mesures édictées par la loi et le [rè]glement d'administration publique. Dans toutes les commu[nes] ayant une exploitation atteinte, la circulation des anima[ux] susceptibles de contracter la fièvre aphteuse a été rigoureuse[ment] réglementée et, dans un très large rayon autour de[s] communes, les foires et marchés ont été interdits. E[nfin des] ordres les plus sévères ont été donnés aux autorités loc[ales et] à la gendarmerie pour assurer l'exécution des mesures [pres]crites.

Pour obtenir le résultat poursuivi il importe que les [pro]priétaires facilitent l'action sanitaire, non seulement en [se] soumettant à ces mesures, mais encore en permettant le[ur] prompte application par la déclaration immédiate d[es] cas qu'ils constateraient chez eux.

Un cas de responsabilité médicale.

Voici un cas nouveau et imprévu de responsabilité mé[di]cale soumis à la première chambre du tribunal civil [de la] Seine et dont nous empruntons l'exposé au *Matin* :

En février 1904, à l'hôpital Tenon, M. le Pr Berger, [en vue] d'une opération de rhinoplastie, greffait, sur le bras [d'une] fillette, du cartilage costal pris sur la poitrine [de l'en]fant.

Actuellement, l'opération n'est pas effectuée, et la mère [de] l'enfant, arguant que le docteur Berger a abandonné s[on en]fant en cours d'opération, demande au tribunal d'or[donner] que le professeur Berger sera tenu de continuer ou de fa[ire] continuer, à ses frais, l'opération de rectification faciale q[u'il] avait commencée. Elle réclame 100.000 francs de dommag[es-]intérêts pour le cas où l'opération ne serait pas faite.

A cette demande, M. le professeur Berger répond ain[si] dans ses conclusions :

En l'espèce, il n'y a jamais eu, de la part du docteur Be[r]ger, aucun engagement ferme, soit exprès, soit tacite, de [prati]quer la restauration faciale chez la fillette de la demande[resse]. M. Berger a simplement accepté de mettre la question [à l'é]tude et de faire tout ce qu'il croirait utile pour obtenir [un ré]sultat avantageux ; il a tenu parole. Il a sans doute eu [l'inten]tion éventuelle, le projet, l'espérance de passer un jour [à l'ac]te décisif, si après mûr examen il croyait pouvoir et devoir [le] tenter, mais, à cet égard, il n'a rien promis, car il ne p[ouvait] rien promettre. Le fait de ne pas pousser la réalisation [de ses] intentions primitives, toujours provisoires et révocables, [au-]delà du point où il a cru devoir s'arrêter, n'équivaut point [à] l'inexécution d'une obligation et ne saurait donner lieu [à au]cune sanction civile. Le refus actuel de procéder au tran[sfert] de la greffe du bras sur le visage ne constitue point, [comme] le prétend la demanderesse, « l'abandon d'un malade e[n] cours d'opération ». Il constitue le refus, toujours lic[ite, de] pratiquer une opération jugée par le chirurgien, dans [la plé]nitude de sa conscience et de son libre arbitre, inutile, f[â]cheuse ou prématurée...

Le tribunal a ordonné une expertise.

LES CONGRÈS

Ve Congrès périodique international d'obstétrique [et] de gynécologie.

Le Ve Congrès international d'obstétrique et de gy[nécologie] fixé au 11-18 septembre 1905 et remis ensuite à un an, deva[it] avoir lieu en automne de l'année courante. Mais dè[s] le commencement de l'année, se sont fait entendre d[es...]

succès : la masse de réunions scientifiques à l'étranger [é]volution sociale en Russie étant de mauvais augure pour [le su]ccès du Congrès. Les membres du Comité d'organisation, [ayant] demandé avis à ce sujet à un grand nombre de repré[sent]ants de notre spécialité, ont reçu des réponses unanimes, [expri]mant le désir de voir le Congrès remis encore pour un an. [Le] Comité d'organisation, se rendant entièrement aux con[sidér]ations énoncées et ne voulant pas risquer le succès du [Cong]rès, se voit obligé, à son grand regret, de renoncer à son [enga]gement pour cette année et a l'honneur d'annoncer que [le] congrès international d'obstétrique et de gynécologie, [aur]a lieu que le 11-18 sept. N. St. (29 août. 5 sept.) 1907. [Le C]omité d'organisation, vivement peiné de cet ajournement [forc]é, se flatte de l'espoir qu'il contribuera néanmoins au [succè]s du Congrès.

[Prés]ident du Comité d'organisation : Prof. D. DE OTT ;
Secrétaire général : Prof. P. DE SADOWSKI.

CORRESPONDANCE

Les épidémies : La suette en Charente.

Mon cher Directeur,

[Il] a quelque temps, plusieurs de nos confrères ont [annon]cé qu'une épidémie de *suette* sévissait dans les Cha[rente]s. Comme on exagère toujours, on a ajouté que Royan [et se]s environs étaient atteints par cette affection. Ce dernier [fait] est absolument faux. Il n'y a à Royan en ce moment, et [il n']a jamais eu aucun cas de suette.

[Il] n'y en aura pas davantage et cela pour trois raisons. D'a[bord] il est à remarquer que cette épidémie ne gagne pas les [ville]s. Si, autrefois, certaines grandes villes ont été atteintes, [le fait] reste assez rare, on est obligé de constater que, cette [fois-]ci, les centres importants sont restés indemnes.

[En] second lieu, cette épidémie, qui prit naissance dans la [Cha]rente (canton de Rouillac), a gagné progressivement, à la [maniè]re d'une tache d'huile, la Charente-Inférieure par le nord [du] canton de Burie et le canton de Matha, pour se diriger [ensu]ite par le canton d'Aulnay vers les Deux-Sèvres. Royan [est s]itué en dehors de cette tache, parce que celle-ci est au [nord] et que la progression s'est produite dans la direction du [nor]d-ouest.

[Il est] utile de noter qu'aucun autre foyer épidémique ne [s'est mo]ntré en dehors du foyer primitif unique.

[C]ependant de nombreux habitants des régions contami[nées] ont fui dans différentes directions. Est-ce que la vie du [germe] serait très courte ? Ou bien existerait-il un intermé[diaire] ? Ce sont là autant de questions qu'on n'a pu encore [éclairci]r.

[Enfin] cette épidémie de suette miliaire a disparu des [départe]ments de la Charente et de la Charente-Inférieure. [Nous c]royons même qu'à cette heure aucun nouveau cas [n'est sig]nalé dans le Poitou. La crainte qu'éprouvent cer[taines pe]rsonnes à se rendre sur les plages de la Charente-[Inférieu]re reste donc sans fondement.

Dr TORCHUT (Royan).

FORMULES

LIII. — Contre les cors et les verrues.

Acide salicylique	ãã	1 gr.
[Ac]ide lactique		
Collodion élastique		8 gr.

[Badigeon]nages durant quelques jours. (D'après BROCQ.)

[AGRÉG]ATION EN MÉDECINE. — Le Ministre de l'Instruction pu[blique a décidé] d'élever de 43 à 44 le nombre des places d'agrégé des [Facultés d]e Médecine mises au concours. La nouvelle place sera [...] la section des sciences physiques (chimie) et réser[vée à la] Faculté de Médecine de Nancy.

URO-THÉRAPEUTIQUE

Pour rendre au rein sa fonction. — Obturation mécanique. — Les tubes sont oblitérés. — Le rein ne fonctionne plus. — Le Pipérazol dans la diathèse urique.

Nous rappellerons que nous avons plusieurs fois parlé du pipérazol (1). Voici de nouvelles recherches dues à Biésenthal. et que rapporte la *Revue intern. de thérapeutique et pharmacie*.

En se fondant sur ses recherches, l'auteur conclut que le pipérazol, le dissolvant par excellence de l'acide urique, administré à des goutteux soumis à un régime alimentaire approprié, produit des effets salutaires durables. Alors que l'acide urique est contenu en excès dans le sang et les urines, le pipérazol, en se combinant avec cet acide, ne forme jamais qu'une combinaison saline neutre, c'est-à-dire facilement soluble.

Le pipérazol traverse l'organisme sans subir de métamorphose, et il est éliminé à travers les reins.

L'urate de pipérazol semble être de beaucoup plus diffusible que l'urate de soude, à en juger par les résultats des expériences faites avec un dialyseur représenté par une membrane animale.

Le pipérazol, une fois qu'il a été absorbé, prévient la stagnation de l'acide urique dans le sang.

Les effets salutaires produits par l'administration du pipérazol dans les cas de lithiase rénale s'expliquent :

En premier lieu, par suite de la propriété qu'a le pipérazol d'empêcher la stagnation de l'acide urique dans les reins ;

En second lieu par suite de cette autre propriété qu'a cette base d'empêcher les précipités uratiques dans les urines.

Enfin, le pipérazol est à même de provoquer la redissolution des précipités uratiques déjà formés.

C'est ce qui explique son action certaine dans les cas toujours nombreux de migraines, dartres, affections toxiques de la peau. indigestions, maux de tête. etc., chez les arthritiques et chez tous ceux que leur genre de vie oblige à être sédentaires ou inactifs. A ce double point de vue, le *Pipérazol Tissot effervescent* est le spécifique des calculs uratiques et des urines chargées.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 15 au samedi 21 juillet 1906, les naissances ont été au nombre de 1069, se décomposant ainsi : légitimes 819, illégitimes 250.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 833, savoir : 462 hommes et 371 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 1. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 7. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 9. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 186. — Tuberculose des méninges : 24 — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 58. — Méningite simple : 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 54. — Maladies organiques du cœur : 52. — Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 4. — Pneumonie : 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 59. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 39. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 5. — Hernies, obstruction intestinale : 8. — Cirrhose du foie : 9. — Néphrite et mal de Bright : 20. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 22. — Débilité sénile : 29. — Morts violentes : 47. — Suicides : 9. — Autres maladies : 110. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : légitimes 46, illégitimes 19.

NOMINATION DE PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 27 juillet, rendu sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique : M. THOINOT, agrégé, est

(1) Le Pipérazol est une combinaison de pipérazine et lithine supérieure à tous autres alcalins.

nommé professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris. M. ALBARRAN, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine de Paris.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — M. GERVAIS DE ROUVILLE, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Montpellier, est nommé professeur-adjoint à cette Faculté.

FACULTÉ DE NANCY. — M. GUILLOZ, agrégé, chargé d'un cours d'électrothérapie et de radiologie à la Faculté de Médecine de Nancy, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

FACULTÉ DE TOULOUSE. — M. CESTAN, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique chirurgicale à cette Faculté.

FACULTÉ DE BORDEAUX. — M. DENUCÉ, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux, est nommé professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 10 décembre 1906, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Combes (*clinique médicale*) ; Pons (*clinique chirurgicale*).

LÉGION D'HONNEUR : *Commandeurs*. — MM. les docteurs Guyon (de Paris) ; S. Arloing (de Lyon).

Officiers. — MM. les Drs Beni-Barde, Herbert, Lermoyez et Reclus (de Paris).

Chevaliers. — MM. les Drs Boissard, Boulay, Combalat, Danlos, Hugues Amouretti (de Cannes) ; E. Dupré, Fournaise, Heim, Javal, Ozenne, Rieffel, Selle (de Paris) ; Bordaries (de Lafrançaise) ; Custaud (de Collo) ; Jalabert (de Carcassonne) ; Lourties (de Billy-Montigny) ; Mendousse (de Sos) ; Martin (médecin de l'armée territoriale) ; Arnoud (médecin des troupes coloniales) ; Le Scour (de Nouméa).

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES : *Officiers de l'Instruction publique*. — MM. les Drs Bobier, Montignac, A. Sée, Widal (de Paris) ; Brigault (de Sainte-Maure-de-Touraine) ; Chesnel (de Chartres) ; Leray (de Rennes) ; Rouillon (de La Varenne-Saint-Hilaire) ; Seuvre (de Reims).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs E.-J. Durand, G.-E. Papillon, Rutten (de Paris) ; Beynot (de Sardent) ; Cathala (de Cessenon) ; Cornet (de Ligueil) ; Delarue (d'Amiens) ; Fau (de Vichy) ; Hanriot (de Blamont) ; Julien (de Tourcoing) ; Lavernot (d'Orry-la-Ville) : Lebret (de Divonne-les-Bains) ; Leduc (de Tourcoing) ; Lerefait (de Rouen) ; G. Louis (de Lille) ; Mabille (de Reims) ; Moreau (du Mans) ; Péraldi (de Toulon) ; Prax (de Limoux) ; Villière (de Saint-Denis) ; Coullaud, G.-E. Perrin (médecins militaires).

MÉRITE AGRICOLE : *Chevaliers*. — MM. les Drs Bizard, Darn... Pètre (de Paris) ; Barillet (de Reims) ; Ducloux (de Cahuzac-... Vère) ; Charles Durand (de Branoux) ; D. Fieschi (d'Ota... mouroux (de Montpellier) ; Le Maguet (de Nogent su... Louart (de Lamotte-Beuvron) ; Vinant (de Meaux)

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles de bronze*. — MM. l... Drs Piot (de Sainte-Barbe-du-Tlélat) ; R. Prat (méd. milit.)...

Mentions honorables. — MM. les Drs Chomienne (d'Oued-A... ménia) ; Creutz (d'Aïn-M'lila) ; Hautefeuille (d'Aïn-Fakroun).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médailles de bronze*. — MM. les ... Monier (de Cassaigne) et Schwartz (d'Oued-Marsa).

Médaille d'honneur. — M. le Dr Rey (de Charenton), pour ... de courage et de dévouement.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. — Dans sa séance du 23 juil... le Conseil avait à élire *cinq* auditeurs. Les candidats étaient : M... Dr Allyre Chassevant, Balthazar, Brunswick, Demora, Die... Dimitri, Dr Griffon, Dr Guiart, Dr Labbé, Lechevin, Dr Lem... Le Couppey de la Forest, Dr Macaigne, Dr Maillard, ... lière, Dr Peraire, Dr Pottevin, Richaud, Roux, Dr S... Silz, Vincey.

Ont été désignés en 1re ligne : MM. Chassevant, Guiar... Le Couppey de la Forest, Richaud. — En 2e ligne : MM. ... zar, Dimitri, Lemoine, Pottevin, Meillière.

MÉDECIN MAIRE DU XVIe ARRONDISSEMENT DE PARIS. — ... menceau, ministre de l'intérieur, a nommé maire du XVIe ... dissement de Paris le docteur Paul Gérente, sénateur d'Alger, ... remplacement de M. Marmottan. Le nouveau maire du ... me arrondissement est né à Paris le 27 juillet 1851. Docteur ... decin, ancien interne des asiles de la Seine, directeur honor... des asiles d'aliénés de France, il est sénateur d'Alger depuis ... et appartient au groupe de la gauche radicale socialiste du ...

LE CHOLÉRA AUX PHILIPPINES. — Selon des nouvelles offi... les de Manille, l'épidémie de choléra qui sévit aux Philipp... diminue.

EPIDÉMIES DE CASERNE. — Au 17e bataillon de forteresse ... Toulon une épidémie de méningite se manifesta il y a trois ...

La même épidémie s'étendit au 111e de ligne; de sérieuses ... sures limitèrent la propagation du mal. La fièvre typ... succédé à la méningite ; on a compté jusqu'à une trentaine ... mes envoyés à l'hôpital en huit jours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort ... le Dr Vincente OTS Y ESQUERDO, membre correspondant de l'A... démie royale de Madrid, directeur du manicome provincial ... Biscaye.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX. — Ce concours ... terminé par la nomination de MM. P. Wiart et G. Labey.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 11 AOUT 1906

Le Progrès Médical

NEUROLOGIE

Des phobies ;

Par le Dr TERRIEN,
Médecin directeur du Sanatorium de Doulon-lès-Nantes.

Le chapitre des phobies est tellement vaste qu'il suffirait à lui seul à remplir un volume. Je n'ai donc pas dessein d'en faire ici une étude complète. Je veux simplement étudier certaines phobies d'un genre particulier et exposer brièvement mes idées sur la pathogénie et le traitement.

Définition. — On sait ce que l'on entend par « phobie ». C'est, comme l'étymologie l'indique, une peur, mais une peur obsédante et angoissante. Ainsi je n'aime pas entendre le tonnerre gronder, j'ai peur du tonnerre Mais je n'ai pas pour cela la phobie de l'orage. Mon ancien cocher de la Vendée, avait, lui, la phobie du tonnerre. Faisait-il chaud ? de gros nuages couraient-ils à l'horizon ? Aussitôt son cerveau demeurait obsédé. Constamment ses yeux fixaient le ciel : il n'avait plus qu'une idée : le tonnerre, et si tout à coup il éclatait, alors on le voyait pâlir ; il était en proie à une émotion indéfinissable, une sueur froide l'enveloppait, ses jambes se dérobaient sous lui, il ne pouvait plus faire un pas ni en avant ni en arrière, il avait des fourmillements vagues, de l'engourdissement des membres, du tremblement, des appréhensions ridicules, parce qu'exagérées, des préoccupations hypochondriaques. Il allait être foudroyé, il allait mourir. Et tous les raisonnements ne pouvaient arriver à le convaincre ; lui-même essayait à son tour de se raisonner, il tâchait de s'adresser une allocution courageuse, se rendant compte de l'émotion inconsidérée qu'il éprouve, de la perturbation qu'il subit, il n'en continuait pas moins d'avoir peur. Voilà la phobie. Elle ne revêt pas toujours cette intensité ; cependant ces deux caractères sont indispensables pour constituer la phobie : obsession et angoisse.

Variétés. — Les phobies sont extrêmement variées. Nous trouvons des malades qui ont la phobie de l'espace, du vide, la phobie de la foule, de l'isolement. Ce sont les agoraphobes et les claustrophobes. Ces phobies de situation sont bien les phobies les plus communes. A côté d'elles nous voyons la phobie du chemin de fer, la phobie de la voiture, d'un pont à traverser, telle la phobie du grand Pascal. Il s'en trouve qui ont la phobie des animaux, la phobie de la rage, ce sont les lyssophobes. Ils ne sont pas rares.

Ajoutons encore les phobies si multiples des fonctions.

La phobie de la déglutition : par exemple, le malade a peur d'avaler de travers ; il est tellement angoissé chaque fois qu'il se met à table et qu'il porte le pain à la bouche qu'il préfère ne pas manger et boire simplement.

La phobie de la digestion : le malade ne digèrera pas, il étouffera. La phobie des selles : il ne pourra évacuer ses matières fécales, il tremble, il est angoissé quand il rentre aux water-closet. La phobie des fonctions urinaires ; le malade ne pourra uriner ou bien il ne pourra retenir ses urines. J'en citerai deux beaux exemples.

La phobie des fonctions génitales : il ne pourra avoir d'érections et d'éjaculations, nous en rapporterons un cas remarquable.

Les sens spéciaux sont susceptibles de faire naître les mêmes phobies angoissantes. L'odorat, l'ouïe. Ici nous trouvons la phobie de telle odeur, la phobie des bruits, la phobie de la musique, du tambour.

La vue : les photophobes ont peur d'être aveugles ; sans cesse, ils s'étudieront, s'exerceront à regarder un objet pour juger de leur vision. C'est le visage pâle, souvent inondé de sueur qu'ils se livreront à cet examen.

Le toucher : nous avons là la phobie du contact : misophobie, lysophobie, la crainte de s'infecter en touchant les objets, la crainte des microbes.

On pourrait citer encore bien d'autres phobies : la phobie des rougeurs de la face : ereutophobie. Remarquons, en passant, que l'on peut avoir la rougeur émotive, sans être pour cela ereutophobe : il faut qu'il y ait angoisse. On peut ajouter également la phobie des idées.

Mais j'arrête là mon énumération qui, pour être complète, devrait embrasser tous les actes, tous les faits de la vie courante.

Avant de reproduire l'histoire assez curieuse de quelques phobiques que le hasard de la clientèle m'a fait rencontrer, je veux dire quelques mots de la pathogénie des phobies.

Chez qui les rencontre-t-on ? Comment naissent-elles ?

Les phobies se rencontrent ordinairement chez les dégénérés. Ce sont là des attributs, des stigmates psychiques très importants et assez caractéristiques de la dégénérescence. Certains ataxiques peuvent avoir des phobies réelles de la marche, de la station debout : chez ceux-là, la peur de la chute n'est pas en rapport avec la difficulté de la marche qu'entraîne une ataxie à son début. Le paralytique général a quelquefois des phobies.

Enfin on constate parfois des phobies chez des hystériques et parce que hystériques, sans que ces maades soient marqués de dégénérescence. Et ces phobies ne diffèrent en rien de celles que l'on rencontre chez les dégénérés, sauf sur un point que tout à l'heure je mettrai en lumière.

Je m'arrêterai quelques instants sur cette question des phobies dues à l'hystérie, parce qu'elles sont contestées, niées, par la généralité de aliénistes et des neurologistes. Un hystérique présente-t-il des phobies, on soutiendra que c'est un dégénéré, ce qui est possible, et que c'est son état dégénératif qui aura créé la phobie et non pas la névrose dont il est atteint. Voilà l'opinion admise. Pourtant si l'on étudie le début, l'évolution, la marche de cette phobie chez l'hystérique, surtout son mode de terminaison, on est bien obligé d'accepter qu'elle diffère un peu de la phobie du dégénéré ; le début est ordinairement plus brusque et tandis que chez le dégénéré la phobie est plus souvent incurable, malgré l'isolement et un traitement approprié, la phobie de l'hystérique cède très aisément et parfois d'une façon instantanée sous l'influence d'un simple commandement impératif, nous en verrons des exemples. Il est vrai que l'on peut faire cette objection : le fait, pour le dégénéré phobique, d'être porteur en même temps de la névrose hystérique, lui crée une aptitude spéciale à obéir à une persuasion bien faite, à la suggestion par conséquent cette terminaison heureuse n'impliquerait pas que la phobie soit d'une autre essence, soit de nature hystérique. Cette opinion peut être, en effet, admise. Aussi chercherai-je un autre argument pour appuyer ma thèse qu'il existe une phobie hystérique, une phobie due à l'hystérie. J'ai pu créer à titre d'expérience, chez deux hystériques prises au hasard, la phobie des chiens, et il était intéressant de constater de quelles angoisses elles étaient étreintes en face de mon chien qui pourtant n'était pas méchant et qu'elles savaient très doux. Inutile d'ajouter que, par une suggestion contraire, je les débarrassai de cette phobie, après les avoir laissées souffrir juste assez pour me bien convaincre de la réalité de la phobie hystérique. Ainsi voilà un phénomène, dans l'espèce, ce sera une peur angoissante du chien, que l'on crée par suggestion et que l'on efface par persuasion ; n'est-ce pas là le caractère essentiel du phénomène hystérique ? n'est-ce pas là la définition même de la manifestation hystérique celle qu'a donnée et avec tant de justesse le maître Babinski ? Donc l'hystérie peut faire naître des phobies. C'est rare, je l'admets, mais il n'en est pas moins vrai que le fait existe, nous en donnerons des exemples, qui, mieux que l'argumentation la plus serrée, lèveront tous les doutes.

Comment prennent naissance les phobies ?

Souvent il peut ne pas y avoir de causes accidentelles. Le terrain seul suffit à les créer. Elles naissent là comme peut naître toute autre manifestation de la dégénérescence, sans être incitée par quoi que ce soit. — D'autres fois, les infections, les intoxications, les auto-intoxications viennent aider à leur production. Dans ce terrain de la dégénérescence qui abrite tant de graines malfaisantes, les intoxications sont bien l'engrais le plus efficace, le plus sûr pour en amener la germination, l'épanouissement au dehors. Enfin une circonstance particulière, un heurt, un choc moral quelconque entraîne parfois son apparition. Un homme aura la phobie du chemin de fer parce qu'il aura été témoin d'un accident ou qu'il en aura lu simplement le récit émouvant ; tel autre aura la phobie des chiens, parce qu'il en aura rencontré un par hasard qui se sera précipité sur lui et l'aura mordu, un autre aura la phobie de telle route à traverser parce qu'il lui sera arrivé un jour de se trouver mal en cet endroit. Je me rappelle un malade qui n'a jamais pu se rendre à Pornic que par un chemin de traverse parce qu'une fois il avait été frappé de congestion, en entrant dans cette localité par la route ordinaire.

Pour terminer, nous trouverons des malades, des hystériques ceux-là pour la plupart, qui auront des phobies d'imitation : ils copieront les phobies d'un voisin, d'un ami, d'un parent : telle cette mère dont nous parlerons plus loin, qui avait la phobie des animaux et qui a su imprimer à son fils, un hystérique, cette même phobie.

Une fois la phobie installée, qu'en résultera t-il ? Quel en sera le pronostic ?

En général, il est très sérieux, la guérison en est fort difficile, le plus souvent le mal est incurable. Voilà la règle. Toutefois il y a d'heureuses exceptions. Et cette variété dans le pronostic proviendra précisément du terrain sur lequel ces phobies ont évolué. Celles qui prennent naissance chez des hystériques, ou chez des dégénérés avec hystérie, ont plus de chances, nous l'avons dit, de disparaître sous l'influence d'un traitement approprié : car nous savons qu'il n'existe guère que le traitement moral, aidé de l'isolement, pour lutter efficacement contre les phobies, quelles qu'elles soient et quelle que soit leur origine, or c'est bien chez l'hystérique, doublé ou non d'une autre névrose ou psychose, que la psychothérapie exerce surtout son action ; c'est chez lui que la persuasion est aisée pour supprimer telle terreur qui obsède. Avec une suggestion bien faite et plusieurs fois répétée, il est rare que l'on n'obtienne pas un résultat satisfaisant au point de vue des phobies. — Voilà pour l'hystérique phobique.

Quant aux dégénérés, rien que dégénérés, chez ceux qui ne sont pas entachés d'hystérie, l'insuccès est très souvent la règle, malgré l'isolement et la meilleure psychothérapie.

Il peut arriver cependant que chez certains dégénérés, dont les intoxications ont pu être considérées comme la cause occasionnelle, manifestement productrice de leurs phobies, la suppression de la cause, la médication antitoxique donne parfois d'excellents résultats, diminue l'intensité du phénomène, quelquefois le fait même disparaître. Néanmoins, le pronostic sera toujours réservé. D'ailleurs, il va nous être facile dans le cours de cette étude, de reconnaître le bien fondé de ces diverses assertions d'après les résultats heureux ou malheureux obtenus chez les quelques phobiques que je présenterai.

PHOBIES CHEZ DES HYSTÉRIQUES.

OBSERVATION I. — *Phobie urinaire.* — B..., 60 ans, d'une cons-

stitution robuste, n'a jamais été malade, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, ni excès de boissons, ni excès de femmes. Très travailleur, très rangé, il allait jouir dans le repos, dans la paix heureuse, du fruit de son labeur, lorsqu'un jour, au moment d'uriner il remarqua que la miction était difficile, lente. C'était la première fois qu'il constatait le fait. Il en fut frappé. Le choc fut si violent que vingt fois dans la soirée il se présenta aux water-closets, poursuivi par cette phobie qu'il ne pouvait uriner. La maladie était dès lors installée. Le lendemain, les jours suivants, même obsession ; même phobie. Il fait examiner son urèthre, sa vessie, on ne trouve rien. Pas d'hypertrophie de la prostate, conduit normal. La sonde est introduite avec la plus grande aisance. C'était donc un phénomène purement psychique. La phobie de ne pouvoir uriner amenait un spasme du sphincter qui cédait très difficilement et après des essais qui variaient comme durée entre 1/2 et 3/4 d'heure. Lors de ces essais, le malade était pâle, inondé de sueurs froides, marqué d'une angoisse indescriptible. Les nuits étaient mauvaises, le sommeil avait complètement disparu, et cela depuis 6 mois. Quand il s'est présenté à mon cabinet, il avait le visage triste, anxieux, l'aspect d'un mélancolique profond. Je suis désespéré, me dit-il, je crains bien de recourir au suicide pour me débarrasser de cette vie de misères que je traîne depuis quatre mois.

En dehors de ce syndrome, de cette phobie urinaire, on ne constate rien : il était phobique, rien que phobique et seulement sur ce point : sa fonction urinaire.

Le malade consent à rester en traitement au sanatorium. Je lui persuade qu'ici près de moi il guérira, et vite ; je lui donne une douche statique en promenant le balai électrique dans la région hypogastrique et sur les reins et le prie d'aller immédiatement uriner, que la miction désormais sera facile et rapide. « C'est curieux, vient-il me dire aussitôt, le visage tout radieux, j'ai uriné sans difficulté, je sens que je suis guéri. La nuit il dormit bien; le lendemain, les jours suivants il ne se présente que 3 fois aux water-closets, au lieu de 20 ou 30 fois. La phobie avait disparu, la gaité, la joie de vivre reparut chez cet anxieux qui, la veille, songeait à chercher dans la mort l'oubli de ses misères. Il resta cependant deux mois au sanatorium, car il craignait qu'en rentrant trop tôt chez lui, la vue de ces mêmes water-closets témoins de ses tortures morales les fit reparaître à nouveau, ce qui d'ailleurs aurait très bien pu se produire.

Actuellement, le malade jouit d'une santé excellente. La guérison date de 1 an 1/2 et rien ne fait prévoir qu'il y aura rechute.

Il est manifeste qu'ici la phobie est une phobie hystérique, ainsi que l'atteste la disparition subite du phénomène, sous l'influence exclusive de la persuasion, de la suggestion, car il ne peut être admis par personne qu'il faille mettre cette guérison sur le compte d'une simple douche électrique. Cette douche électrique fut un mode de psychothérapie, au même titre que le bleu de méthylène par exemple.

C'était, chez notre malade, de la phobie monosymptomatique car il ne présentait aucun stigmate d'hystérie ; il ne présentait pas davantage de stigmates de dégénérescence. Nous avons là un phénomène solitaire, une phobie vésicale, déterminant non une paralysie, mais une contracture, un spasme du sphincter de la vessie.

Observation II. — *Phobie génitale.* — Je présenterai maintenant une phobie génitale. Voici l'histoire du malade. C'est un jeune homme de 25 ans qui, un jour, dans un rapport avec une femme resta en détresse. Cet incident simplement fâcheux eut pourtant les conséquences les plus graves. A partir de ce jour, il fut tourmenté, obsédé par cette crainte, cette phobie d'impuissance génitale. Cette phobie le poursuivait, le tenaillait d'autant plus qu'il devait se marier dans quelques mois. Il y pensait nuit et jour, ne dormait plus. Dans un but d'entraînement, pour ne pas être obligé de rougir devant sa femme, il se livra à de multiples essais, qui tous demeurèrent infructueux.

« Un visage pâle, inondé de sueurs froides, une verge flasque, voilà, me disait-il, tout ce que j'aurai à présenter à celle qui sera bientôt ma femme, et j'ai 25 ans, je me tue ». Je le décide à rentrer au sanatorium. C'était un jeune homme robuste, n'ayant jamais été malade. Névropathe, mais sans signes de dégénérescence, sans stigmates d'hystérie ; il avait la figure ravagée par l'anxiété, l'insomnie, les tortures de cette phobie paralysante.

Comme traitement, je lui ordonne des pilules de strychnine, de la cantharide. Chaque matin à la douche, je dirige le jet le long de la colonne vertébrale. Rien n'y fit. Plus il approchait du jour fixé pour son mariage, plus son anxiété grandissait, plus aiguë était sa phobie. Ne sachant trop quoi faire, j'eus l'idée, de concert avec le père, de simuler la rupture du mariage : le résultat fut parfait. N'étant plus torturé par cette pensée qu'il aurait à rougir bientôt de son impuissance, de son incapacité virile, il vit sa phobie, cette phobie paralysante, s'effacer presque aussitôt, et les érections de nuit, puis de jour se produire, ces érections qu'il ne connaissait pas depuis 5 ou 6 mois. Il était guéri. Il s'est marié depuis et il m'a fait cette confidence qu'il s'est conduit en mari jeune et vigoureux.

Observation III. — *Phobie des aliments.* — J'ai cité dans un de mes mémoires, l'histoire de ce jeune enfant de 11 ans qui depuis quatre mois ne prenait rien qu'un croissant matin et soir. Aussi était-il d'une maigreur extrême. Il avait de plus, de l'hyperesthésie du cuir chevelu. Impossible de lui toucher la tête, c'était des douleurs atroces, lui arrachant des cris. Il est placé au sanatorium, je le mets en observation pendant 3 jours. Ce n'était pas simplement de l'anorexie que l'enfant présentait ; en dehors de son hyperesthésie hystérique, il avait véritablement la phobie des aliments solides. Il était pénible de voir cet enfant rentrer dans la salle à manger : son visage pâlissait d'une façon étrange, ses traits se contractaient, la respiration devenait haletante. On aurait dit un condamné que l'on conduisait à l'échafaud ; et, quand on lui présentait du pain, les mêmes phénomènes angoissants augmentaient encore d'intensité.

Je le débarrassai d'abord de son hyperesthésie hystérique du cuir chevelu. Un peu de psychothérapie avec la douche statique suffit pour cela. Après deux séances, on put mettre un chapeau sur la tête, et lui faire couper ses cheveux. Je m'occupai ensuite de sa phobie. Nouvelle séance de psychothérapie avec balai promené dans la région hypogastrique et aussitôt, sous l'influence d'un commandement impératif qu'il aurait beaucoup d'appétit, qu'il n'aurait plus horreur du pain, qu'il mangerait beaucoup, notre petit hystérique se mit à dévorer les aliments qu'on lui présentait, il avait toujours faim et attendait avec impatience et non avec terreur, avec effroi, comme précédemment, l'heure des repas.

Au bout de 1 mois, il quittait le sanatorium. La guérison s'est maintenue, c'était un fils de névropathes de père et de mère; depuis 4 ans il n'a rien présenté d'anormal.

Observation IV et V. — *Agoraphobie.* — Il s'agit ici de deux paysannes de la Vendée, l'une n'avait pas franchi le seuil de sa porte depuis 6 ans, et l'autre depuis 8 mois. A toutes les tentatives qu'elles faisaient pour quitter la chambre, elles étaient aussitôt prises de peur, d'angoisse ; les jambes se dérobaient sous elles et vite il leur fallait rentrer et fermer la porte. Elles avaient la phobie de l'espace, c'était des agoraphobes. L'une était une dégénérée doublée d'hystérie ; l'autre, simplement hystérique, sans stigmates de dégénérescence, à moins de faire de cette phobie de l'espace une manifestation monosymptomatique de la dégénérescence.

La facilité avec laquelle, par un simple commandement très impératif, j'arrivai à supprimer un phénomène pourtant si ancien me laisse supposer que chez elles ce phénomène doit être rattaché à l'hystérie. A la première, je lui déclarai que je la verrais pénétrer dans l'église le dimanche suivant. Elle m'a obéi et n'a pas souffert.

La seconde, je la prends à mon bras, j'ouvre la porte, elle est aussitôt prise d'angoisse, ses jambes tremblent, elle va tomber; je l'aide à réagir, mon commandement énergique la rassure enfin, et la voilà surprise de se trouver dehors, l'angoisse avait disparu. Chez ces deux malades agoraphobes,

la guérison s'est maintenue et cette cure date de 10 à 12 ans.

Observation VI. — *Agoraphobie.*— Ce malade a 27 ans, névropathe, fils de nerveux du côté paternel et maternel rentre au sanatorium pour une phobie qui le tient depuis plus d'un an. Il ne peut aller dans la foule : à l'église, dans les foires, il est pris d'angoisse, il étouffe, il tremble. Ajoutons à cela quelques troubles neurasthéniformes, conséquence de cette phobie angoissante. Au bout de 8 jours de traitement physique (douche et électrothérapie) et d'un traitement psychique, le malade put aller partout sans éprouver aucune terreur et est resté guéri. Si j'ai cité ces 3 derniers cas, qui sont vulgaires, c'est simplement pour marquer la rapidité de la guérison. C'est là que réside tout l'intérêt de ces observations.

Je citerai encore, pour terminer la série des phobies chez les hystériques, l'histoire d'un jeune homme de 19 ans, agoraphobe et claustrophobe. Depuis deux ans, il ne pouvait aller dans la foule, se promener dans les rues de la ville, il ne pouvait également rester seul renfermé, chez lui, dans une chambre close. Dehors, ou seul dans un appartement fermé, il était pris d'angoisses terribles, avec sueurs froides, dérobement des jambes ; il croit qu'il va mourir.

En dehors de ces phénomènes phobiques, ce jeune homme présentait des manifestations nettement hystériques ; dyspnée hystérique, dermographisme, urticaire hystérique, plaques d'insensibilité. Je l'ai eu pendant longtemps en traitement au sanatorium. Je suis parvenu à le faire se promener dans les rues de Nantes et au théâtre, d'abord avec moi, puis bientôt avec le personnel de l'établissement. Il put enfin sortir seul, mais monté sur une bicyclette. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que je suis arrivé à le débarrasser enfin de sa bicyclette et le faire se promener seul à pied. La guérison est si complète qu'il a pu s'embarquer pour l'Amérique, afin d'y tenter la fortune.

Phobies chez des dégénérés non hystériques.

Nous allons présenter maintenant quelques malades également atteints de phobies. Ceux-là ne sont point des hystériques, ce sont des dégénérés. Et nous verrons que chez eux tous nos efforts furent vains, sauf chez un, pour les débarrasser de leurs phobies.

Observ. VII. *Mysticisme, phobie urinaire.* — Jeune homme de 19 ans, fils de nerveuse mystique, fils de congestif, névropathe, qui depuis quatre ans est pris de certains troubles psychiques d'un caractère bizarre. C'est un mystique, comme sa mère, il a constamment peur de faire le mal, de souiller les objets en les touchant, d'un bigotisme exagéré ; c'est un obsédé, et ses obsessions sont multiples, il a également la maladie du doute et ce doute apparaît dans tous les actes de sa vie ; ferme-t-il une porte, je prends cet exemple, il reviendra dix fois s'assurer qu'elle est bien fermée. C'est le type du dégénéré psychique. Ce jeune homme a une phobie d'un genre particulier. Il a la phobie des fonctions urinaires. Je m'explique. Contrairement au malade de l'observation I qui avait peur de ne pouvoir uriner, il a peur de laisser échapper involontairement son urine. Aussi s'acharne-t-il à vider sa vessie jusqu'à la dernière goutte. Il restera 1 h., 2 heures aux water-closets, il y serait même resté de 1 h. à 7 h. du soir, m'ont dit les parents et la gymnastique à laquelle il se livre à ce moment est des plus étranges. Le ventre porté en avant, la tête rejetée en arrière, il se secoue, s'agite avec des mouvements de propulsion et de retropulsion du ventre pour aider à l'évacuation complète de sa vessie, nous assistons chaque fois à une véritable danse du ventre. C'est vraiment un spectacle comique de voir notre malade accolé à un arbre se débattant comme un choréique, pâle, suant et résistant à tous les ordres de son infirmier ou même de son médecin qui voudrait l'arracher à son obsession et à sa phobie. Il craint, ce pauvre malade, de laisser de l'urine, et que cette urine, il la laissera ensuite involontairement s'échapper en public, par suite d'un relachement de son sphincter. Cette phobie est entretenue par ce fait que le jeune homme, séjournant des heures entières aux water-closets arrive à refaire de l'urine et à en rejeter toujours quelques gouttes, ce qui lui indique que sa vessie se vide mal, difficilement.

Malgré tous les raisonnements, malgré la meilleure psychothérapie, je n'ai pu parvenir à le guérir de cette étrange phobie obsédante, à peine de l'améliorer, malgré un séjour prolongé de 6 mois au sanatorium.

Observ. VIII.— *Dégénérescence, lyssophobie.* — P..33 ans, fille de père profondément alcoolique, de mère morte tuberculeuse, a une santé physique très délicate. Très intelligente, elle ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence et pas d'hystérie Nous verrons tout à l'heure que c'est bien une dégénérée psychique. Un jour, un chien enragé pénètre brusquement dans son appartement, mord son chien, mord plusieurs chiens du voisinage. Le vétérinaire, après examen, conclut que c'était bien la rage.

A partir de cette époque, Mme T..., qui jusqu'ici n'avait rien présenté d'anormal, eut la phobie des animaux enragés. Apercevait-elle un chat, un chien, un bœuf, qu'elle fuyait en poussant souvent des cris d'effroi. Et, bien qu'elle n'eût pas été manifestement heurtée, elle demeurait inquiète, troublée, pâle, toute tremblante. Car la maladie du doute était venue se greffer sur cette lyssophobie : elle ne savait plus si elle n'avait pas été mordue, elle doutait et ce doute la torturait. A cause de cette phobie de la rage, de cette phobie des animaux, elle en était arrivée à voir de la bave partout sur ses vêtements, sur le mobilier : une simple goutte d'eau, cela pouvait être de la bave. La maladie progressant d'une façon inquiétante, cette phobique, obsédée par le doute, en arrive à se demander s'il n'y a pas des chats cachés dans son corsage, dans sa robe, elle se palpe, se tâte et, doutant encore, elle prie l'entourage de la bien examiner. Encore n'est-elle pas convaincue. Et c'est une femme qui conserve toute son intelligence. sa conversation agréable ne laisse jamais rien apparaître à qui n'est pas prevenu.

L'isolement, le traitement moral. l'hydrothérapie, rien n'a empêché la maladie de suivre sa marche progressive.

Observ. IX. — *Mysticisme, érothomanie, phobie des couteaux.* Jeune homme de 28 ans, intelligent, à culture intellectuelle très développée, mère névropathe et légèrement mystique lui-même est marqué de mysticisme depuis son jeune âge. C'est un dégénéré psychique : peur de faire le mal, peur de nuire à son semblable, dévotion exagérée. C'est de plus, car les contraires ici se rencontrent, un érotomane avec des érections extrêmement fréquentes de jour et de nuit et des pollutions très abondantes; ce n'est pas un masturbateur. Je profite de cette circonstance pour faire remarquer la fréquence de l'érotomanie chez les mystiques. J'ai eu en traitement cinq mystiques, quatre étaient des érotomanes. Le jeune homme dont il s'agit est le plus bel exemple de cette association intime des deux syndromes. Et pour combattre son érotomanie, je l'ai vu briser son lorgnon, pour que sa myopie très accentuée ne lui permît plus de voir le visage des femmes. Il se fit également faire un modèle bizarre, étrange de ceinture de chasteté avec, pour recevoir la verge, un étui d'une dimension, d'une largeur anormale, afin d'éviter si possible les frottements qui pourraient faciliter les érections. Ce malade a la maladie du doute et une phobie extrêmement pénible : il a la phobie du couteau ; il devient pâle, angoissé, lorsqu'il en aperçoit, près de lui, la lame brillante : il a peur de s'en saisir et d'en frapper qui il rencontrera. La maladie continue toujours de progresser.

Observ. X. — *Phobie du contact des microbes, dégénéré, pas d'hystérie.* — Ce jeune homme de 18 ans, un dégénéré, fils de dégénérés (père et mère), a des idées hypochondriaques, et quelques troubles neurasthéniformes. Il a la phobie du contact, la phobie des microbes; il se lave 30 à 50 fois par jour, toutes les fois du reste qu'il touche un objet. Il ou-

CHEMINS DE FER
DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Vacances de 1906.

A l'occasion des Vacances de 1906, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche sur l'Auvergne un train spécial à prix réduits (3e classe seulement).

Départ de Paris, le 16 juillet, à 6 h. ...

Retour au gré des voyageurs jusqu'au ... vembre.

Nombre de places limité. — Franchise de 30 kgs de bagages.

Les billets nominatifs sont délivrés au bureau de ville de la Compagnie, 64, rue ... tonne, depuis le 2 juillet; la vente sera ... veille du départ du train.

Pour renseignements, voir les affiches ... s'adresser au bureau de la rue Tiquetonne.

-rira une porte, de l'ouate hydrophile dans la main de peur ne le bouton de la porte infecté de microbes infecte ses mains et altère sa santé. Ce dégénéré phobique, je suis parvenu à le guérir, à le débarrasser de sa phobie avec un traitement assez prolongé, il est vrai, mais cure intéressante cependant, car elle est plutôt rare chez des malades si profondément dégénérés.

Observ. XI-XII. — *Phobie des chevaux et des vaches. Phobie .. mère communiquée à son fils.* — Pour terminer je citerai en deux mots le cas d'une femme atteinte de la phobie du cheval et du bœuf. C'est une dégénérée, avec idées de persécution, en dehors de ses phobies. Le seul côté intéressant de son histoire, c'est qu'elle a imprimé son délire et sa phobie chez son fils.

Le traitement n'a produit aucun résultat, ni chez la mère, ni chez le fils. Chez ce dernier, cependant, j'ai pu faire disparaître un tic hystérique dont il était atteint depuis 2 ans.

Conclusions. — J'arrête ici mes observations. Elles suffiront pour nous permettre de conclure. Elles confirmeront les idées que j'ai émises au début du mémoire sur la pathogénie des phobies. Nous avons présenté douze malades. Sur ces 12 malades, 7 ont guéri et la guérison s'est maintenue. Les cinq autres n'ont pas bénéficié du traitement. Nous avons pu remarquer que tous les cas de guérisons se sont produits chez les malades atteints d'hystérie associée ou non à la dégénérescence. Un seul dégénéré phobique non hystérique, a vu sa phobie disparaître.

Que conclure ? qu'il existe bien une phobie hystérique, une phobie due à l'hystérie. Je crois pouvoir affirmer le fait, malgré l'opinion contraire des aliénistes et neurologistes de marque. J'ai dit sur quelles preuves j'appuyais ma thèse : la possibilité d'en provoquer par persuasion et la facilité avec laquelle on pouvait les effacer par suggestion. Il suffit de parcourir les diverses observations pour se rendre compte de la justesse de cette appréciation. Elles se différencient des phobies .. dégénérés — celles-là, je l'admets, beaucoup plus fréquentes — en ce que les phobies des dégénérés se développent avec plus de lenteur ordinairement, très rarement d'une façon subite ; elles diffèrent encore et surtout en ce qu'elles suivent une marche essentiellement progressive et résistent presque toujours au traitement.

Les médecins du fils du ciel. — Le *Figaro* nous apprend que ..éreur de Chine a un personnel attaché à son palais qui ne ..mporte pas moins de 500 fonctionnaires ou serviteurs, dont quelques-uns doivent avoir de copieux loisirs. Si, par exemple, les trente porteurs de parasol peuvent s'occuper les jours où S. M. le Fils du Ciel se sent d'humeur à faire de longues promenades dans les jardins, et si par les grandes chaleurs ses trente porteurs d'éventail ne doivent pas beaucoup chômer, que peuvent bien faire ..ente médecins ? La liste du personnel comprend également ..ante-quinze astrologues, soixante prêtres et soixante-dix cuisiniers.

..estion de priorité. — On mande de Vienne que le docteur .. Ullmann, professeur des maladies de la peau, publie une déclaration dans laquelle il revendique la priorité des observations établissant que les rayons X rendent la couleur primitive aux ..eux grisonnants. On sait que les docteurs français Imbert et ..ues viennent de s'attribuer cette découverte.

Le docteur Ullmann prétend qu'il y a trois ans, il a lu devant .. Société des médecins autrichiens et la Société de dermatologie un rapport contenant ses conclusions à ce sujet. (*Le Temps.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'organisation de la lutte contre l'uncinariose en Belgique.

Pour entreprendre utilement la lutte contre une maladie transmissible, il faut en connaître d'abord exactement les causes. Parmi elles l'agent pathogène n'est pas la seule, il faut étudier les agents de transmission, les conditions qui favorisent le développement de la maladie, soit en assurant la conservation de l'agent pathogène, soit en facilitant son développement par la préparation du terrain sur lequel il se multipliera. La connaissance incomplète de l'étiologie explique les échecs répétés ou l'efficacité trop limitée des mesures prophylactiques dans la lutte contre certaines maladies telles que la tuberculose, par exemple, dont on connaît cependant à fond l'agent pathogène. L'étude minutieuse de cette même étiologie a permis dans d'autres cas de prendre des mesures réellement utiles ; exemple : les résultats obtenus à Cuba par le service sanitaire américain qui, s'attaquant résolument aux moustiques, a fait disparaître la fièvre jaune.

Notre distingué collaborateur, M. le Dr Fillassier, à qui sa double qualité de docteur en droit et de docteur en médecine donne une compétence toute spéciale dans l'étude de la législation sanitaire et qui joint à ses connaissances scientifiques, l'expérience pratique de sa collaboration à l'Œuvre de l'assainissement de la Ville de Paris où il seconde M. Juillerat, a remarquablement exposé dans sa récente thèse de doctorat en médecine : l'*Uncinariose devant l'Hygiène sociale* (1), les mesures de prophylaxie prises contre une maladie qui décime les mineurs. Nous ne referons pas ici le tableau de l'uncinariose ou ankylostomiase que les lecteurs du *Progrès médical* doivent déjà bien connaître, grâce aux savants travaux qui ont été récemment publiés par M. le Dr Fabre, de Commentry. Aussi sans nous attarder à l'étude historique, biologique et pathologique des méfaits de ce ver intestinal redoutable qui, sous le nom d'uncinaire ou d'ankylostome fait tant de victimes dans certains bassins houilliers, nous emprunterons simplement à la thèse de M. Fillassier le tableau des mesures prophylactiques prises en Belgique contre cette maladie. Nous avions pu juger nous-même de cette belle organisation sanitaire lors de notre visite à l'Exposition de Liège en 1905.

Le début de la lutte en Belgique contre ce fléau remonte à 1898 ; une société de Mutualistes liégeois signala à la Commission médicale de la Province de Liége les désastres que l'uncinariose causait parmi ses membres. L'année suivante, les mutualistes demandèrent au ministre des Travaux Publics belges de venir en aide à leurs caisses, vidées par de trop nombreux secours de maladie. Le Conseil provincial de Liége prit résolument à sa charge les frais de la campagne sanitaire qu'il voulut accomplir et en donna la mission à son Institut de bactériologie, fondé en 1895. L'Institut opéra avec méthode, étudia le parasite, dressa la carte

(1) J. Rousset, édit., 1, rue Casimir-Delavigne.

★

des mines contaminées, entreprit l'éducation hygiénique des mineurs par conférences et par brochures.

L'Etat suivit l'exemple donné par Liège et ouvrit une vaste enquête sur les circonstances de l'extension du parasite dans les divers districts miniers du Royaume. Un arrêté royal du 7 août 1900 institua des comités chargés de rechercher à quel degré sévit l'uncinariose dans les charbonnages et quelles mesures prophylactiques il convient d'ordonner. Après Liège, Charleroi et Mons devinrent des centres d'enquête.

Liège qui avait pris l'initiative de la lutte, l'organisa merveilleusement. Le Prof. Malvoz, après s'être rendu compte de l'effet moral désastreux où se trouvaient les mineurs anciennement atteints, après avoir rencontré un découragement profond chez les médecins des charbonnages qui combattaient sans résultats efficaces le fléau, fonda en 1903 le Dispensaire du Mineur. On y pratiqua l'examen des déjections des malades suspects, on s'y mit à la disposition entière des médecins des mineurs pour les renseigner et les aider dans la lutte contre l'uncinaire. On ouvrit le dispensaire aux malades qui ne pouvaient se soigner chez eux. De mai 1903 à décembre 1904, on fit au dispensaire 12.718 examens et l'on soigna 1.012 malades. Des sommes importantes furent prélevées sur le budget provincial : 220.000 francs, avaient été mis à la disposition de cette campagne sanitaire le 10 août 1905.

L'exemple fut suivi tout autour de Liège, on créa de nouveaux dispensaires analogues à celui de M. Malvoz, on y examina systématiquement les selles de tous les mineurs au point de vue de la présence de l'uncinaire pour isoler les malades et empêcher la propagation de la maladie. Et au bout de deux ans de fonctionnement, M. Malvoz pouvait annoncer que loin de s'étendre, l'épidémie était en voie de régression continue.

Le 31 juillet 1903, le Conseil provincial du Hainaut votait les premiers crédits pour suivre l'exemple de Liège. Un dispensaire était fondé pour surveiller et traiter les mineurs du Centre et du Borinage.

Le pouvoir central n'était pas indifférent. Dès que les travaux de Malvoz furent connus, un arrêté royal du 24 octobre 1904, édictait des mesures sévères pour combattre le mal. On classa les mines en mines infectées et mines indemnes et l'on obligea les mines infectées qui se croyaient devenues indemnes à en faire la preuve. On obligea tout ouvrier à se soumettre à l'examen clinique et microscopique et l'on assura un secours suffisant à l'ouvrier reconnu malade et éloigné de la mine. On exigea l'organisation de nombreuses latrines dans les mines, on installa au fond des charbonnages des baquets à parois étanches, à fermeture hermétique, avec poudre désodorisante pour recevoir les déjections des mineurs. On obligea les autorités de la mine à signaler tous les cas d'uncinariose constatés.

Quelle différence avec les tentatives faites en France. Ce ne fut que le 18 février 1904, qu'un ministre des Travaux publics, M. Maruéjouls, déposa un projet de loi relatif à l'hygiène et à la sécurité des mineurs, on nomma alors des commissions d'études qui en 1906 n'ont pas encore terminé leurs travaux. Quant à la plupart des Compagnies minières, elles paraissent ignorer le mal, car de la meilleure foi du monde elles prétendent que l'uncinaire est inconnu dans leur bassin respectif. Il est possible que l'uncinariose soit moins répandu en France qu'en Allemagne et en Belgique. Mais les travaux de Fabre, de Commentry, de Manouvrier, de Calmette, de Breton, de Bréhon, de Briançon, permettent de croire à la réalité du péril. Aussi M. le Dr Fillassier a-t-il fait une œuvre sociale vraiment utile en appelant l'attention sur cette maladie essentiellement évitable si l'on veut simplement suivre l'exemple de nos voisins de Belgique (1).

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juillet 1906.

Hypothyroïdie et urticaire chronique.

MM. Lévi et de Rothschild ont observé, chez une femme de .. ans, avec hypothyroïdie légère continue et crises paroxystiques qui, depuis 4 mois a de l'aménorrhée, de l'hypermégalie thyroïdienne et de l'urticaire chronique à poussées quotidiennes, la réapparition des règles sous l'influence du traitement thyroïdien : le corps thyroïde est redevenu normal, l'urticaire a disparu. Chez les hypothyroïdiens les auteurs ont relevé 11 fois l'urticaire qui n'est que la manifestation cutanée d'une auto-intoxication. L'œdème aigu de Quincke est peut-être fonction d'hypothyroïdie.

Chez les enfants hypothyroïdiens on note souvent le prurigo sec, point de départ de l'urticaire. On retrouve chez les arthritiques et les hépatiques, cette nouvelle manifestation de l'hypothyroïdie qui coexiste avec les diathèses.

Infection anaérobie dans l'occlusion.

MM. Roger et Garnier ont trouvé dans le sang au cours de l'occlusion intestinale expérimentale, dans 6 cas sur 9 des cultures anaérobies positives ; 3 fois seulement le coli-bacille existait à côté d'un germe strictement anaérobie, un microcoque, une fois et les 5 autres fois un bacille en gros bâtonnets à bouts arrondis prenant le Gram et développant du gaz dans le gélose-sérum et coagulant le lait. La gélatine est liquéfiée et rend le bouillon visqueux. Tous inoculés au cobaye, donnent un phlegmon suivi d'escharre ; les cultures de 14 jours d'étuve sont toxiques pour le lapin, soit en injection intra-veineuse, soit après filtration à la bougie. Chez le lapin, le sang prélevé pendant la vie et après la mort donne ces mêmes cultures.

Tuberculose pulmonaire expérimentale.

M. A. Habron a pratiqué sur 51 cobayes des inoculations intra-péritonéales avec des bacilles tuberculeux humains : la survie fut parfois longue de 3 à 7 mois ; et on peut chez ces animaux observer des lésions pulmonaires étendues, rappelant la pneumonie caséeuse, soit la phtisie ulcéreuse. Au microscope, l'infiltration en nappe, avec caséification, sclérose

(1) Voir dans le *Progrès médical* J. Noir : L'ankylostomiase au Congrès socialiste d'Amsterdam, 20 août 1904. — Fabre, de Commentry : L'ankylostomiase, exposé des recherches nouvelles : avril, 17 juin et 22 juillet 1905. — J. Noir : Visite à l'exposition universelle de Liège, 2 septembre 1905.

et cavernules ; nodules péri-bronchiques tuberculeux. Les lésions consécutives à l'inoculation péritonéale ne peuvent pas être distingués.

Influence de l'alimentation sur le point de congélation des urines.

M. Jaal. Le fonctionnement cardio-rénal influe sur le point de congélation des urines. Chez un jeune homme bien portant, les modifications alimentaires portant sur les régimes riches ou pauvres en chlorures et en albumines et modifient considérablement le cryoscopie urinaire.

Piroplasmose humaine chez un blanc.

M. Nattan-Larrier a observé chez un blanc ayant vécu 6 ans au Congo français une roséole papuleuse avec accélération du pouls, hypertrophie ganglionnaire, sans cachexie ni anémie. La maladie avait débuté un an auparavant par de l'anasarque et des douleurs articulaires. Les scarifications de la peau au niveau de l'œdème et les ganglions ne présentent pas de trypanosomes, mais de nombreux piroplasmes qui s'approchent de celui de Donovan.

Piotozoaires dans le bouton du Nil.

M. Billet (de Marseille) a vu, chez une femme d'Ismaïla, ayant deux tumeurs papuleuses de l'avant-bras, *bouton d'Orient*, la sérosité profonde présenter de grosses cellules mononucléaires migratrices, à éléments piriformes, décrits dans les boutons d'Alep, de Biskra, de Dehli, de Gafsa, et qui sont, pour MM. Laveran et Mesnil des protozoaires. Une autre femme d'Ismaïla avait vu un bouton du Nil naître sur le sein au niveau d'une piqure de moustique. Or, l'*anopheles Chaudoyei* a une distribution qui correspond exactement à l'aire du clou de Biskra. Cet insecte ne jouerait-il pas un rôle pathogénique.

Béribéri.

M. Salomon a inoculé sous la dure-mère un fragment de pneumogastrique d'un malade mort du béribéri. Il y eut paralysie progressive des pattes et des ailes. Le microorganisme isolé, chez le lapin, la souris, le cobaye a constamment reproduit les lésions du béribéri aigu de l'homme.

M. Féré présente un idiot épileptique de 7 ans, qui a des régurgitations alimentaires sans lésions organiques ; la température rectale, descendue à 35°4, ne s'est plus relevée à la normale jusqu'à la mort, survenue seulement dix mois après cet accident. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet.

Pathogénie du cancer.

M. Cornil présente un important travail de M. Vigouroux sur le cancer considéré comme une maladie générale.

M. Vigouroux montre d'une part le rôle du terrain arthritique. Il signale chez les cancéreux la fréquence du rhumatisme chronique, des affections du foie, des maladies du cœur. On les retrouve soit dans les antécédents, soit comme affections intercurrentes.

Les irritations chroniques locales jouent souvent d'autre part le rôle de cause occasionnelle.

Les influences étiologiques gardent leur valeur quelle que soit l'opinion sur la nature toxique ou microbienne du cancer. Seules en effet, ces conditions permettent à l'agent toxique ou microbien d'agir.

L'intervention chirurgicale exclusive est donc insuffisante. Elle doit être complétée, pour donner des guérisons durables, par un traitement médical dirigé contre l'arthritisme. On n'oubliera pas non plus de surveiller et supprimer les causes d'irritation locale.

Les médicaments étrangers.

M. Yvon dépose un rapport sur les conventions internationales réglant en France l'admission des médicaments étrangers.

L'Institut vaccinal supérieur.

M. Kelsch est nommé, par acclamation, directeur de cet Institut en remplacement de M. Hervieux récemment décédé.

Enfin l'Académie nomme sa commission permanente des vacances et s'ajourne au 2 octobre. A.-F. Plicque.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

(Lille, Août 1906).

—

Le sang chez les aliénés

Le XVI[e] congrès des aliénistes s'est ouvert le 1[er] août à Lille dans de fort bonnes conditions, il faut dire que le rapport d'ouverture du D[r] Dide avait, par sa réputation, attiré de nombreux adhérents qui prêtèrent grande attention à l'exposé de notre confrère de Rennes.

Dans un préambule net et conçis, M. Dide expose les traits généraux de son travail :

Le *poids spécifique* du sang est légèrement augmenté dans les états démentiels. Dans l'épilepsie, on note, au contraire, un abaissement qui précède la crise ; la densité revient d'ailleurs très vite à la normale. L'*alcalescence du sang* s'abaisse dans les états toxi-infectieux et dans l'épilepsie au moment de l'attaque. Les variations des éléments minéraux ont été peu étudiés, on sait seulement, que dans l'épilepsie, pendant les intervalles, l'urée est légèrement augmentée et pendant l'accès très notablement. D'autre part, les sels de potasse, qui dans les l'intervalle des crises se dosent dans des proportions normales, sont manifestement augmentés pendant les accès. Puis il étudie les éléments figurés du sang : 1° L'hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire, en psychiatrie, est généralement symptomatique d'une intoxication ou d'une infection ; 2° L'hyperglobulie est la traduction d'un état de concentration moléculaire du sang ; 3° Il est intéressant de voir l'abaissement de la résistance globulaire coïncider souvent avec la diminution de l'alcalescence du sang ; 4° La polynucléose avec hyperleucocytose s'observe au début des psychoses toxi-infectieuses et dans les états d'agitation ; 5° La mononucléose avec augmentation des grand mono, et légère hypoleucocytose, est un fait d'autant plus important à retenir qu'il est plus rarement constaté en pathologie ; 6° l'éosinophilie est l'indice de phénomènes critiques ; 7° les altérations cycliques des globules rouges et des globules blancs dans l'épilepsie sont la traduction de l'auto-intoxication cyclique de cette affection.

Puis M. Dide aborde l'étude bactériologique :

Dans les maladies mentales toxi-infectieuses, l'hémoculture est souvent positive sans qu'aucun des germes trouvés puisse être considéré comme spécifique.

Les germes retirés du sang en dehors des périodes hyperthermiques peuvent être considérés comme saprophytes en ce sens qu'ils ne sont pas naturellement nocifs pour les animaux, et qu'ils ne se manifestent par aucun symptôme clinique permettant d'affirmer leur existence, ce qui n'implique pas d'ailleurs que leur présence soit négligeable, car le passage de bactéries dans le sang est un fait anormal. Ces germes acquièrent une grande importance par ce fait qu'ils peuvent voir leur virulence s'exagérer et devenir des facteurs importants dans la production des phénomènes pathologiques.

Des germes habituellement pathogènes peuvent circuler dans le sang des aliénés à l'état de saprophytes. C'est un fait nouveau sur lequel a insisté M. Dide, puisque l'on peut affirmer que des bactéries ayant des caractères morphologiques et de culture identiques peuvent être trouvés dans le sang des aliénés soit à l'état de saprophytes, soit à l'état d'agents pathogènes, en sorte qu'on en arrive à concevoir que ce qui fait la spécificité pathologique d'une bactérie est un caractère d'emprunt qui peut être conservé ou abandonné

par cet organisme mono-cellulaire sans altérer ses caractères biologiques généraux.

Les recherches de CHARRIN et GUIGNARD, de ROUX et CHAMBERLAND avaient démontré qu'on peut provoquer le polymorphisme par les modifications des milieux de culture des germes.

Enfin, vu les réactions histo-chimiques, ni l'aspect morphologique ni les réactions bio-pathologiques ne sont spécifiques chez les bactéries.

Le rapporteur fait part alors de ses études sérologiques : On est amené à désirer une simplification dans la nomenclature des substances à allures diastasiques dont le nombre se multiplie d'une façon inquiétante. On peut admettre l'unité de l'alexine, agent dissolvant de toutes les cellules à éliminer. Plus on ira et plus deviendront fréquentes les analogies entre les alexines et les toxines albuminoïdes. La destruction de cellules provoque deux réactions l'une, très forte, aboutit à la production d'une substance agissant sur les cellules détruites ; l'autre produit une substance agissant d'une façon diffuse sur un grand nombre de cellules. Cette façon de voir prend une importance doctrinale, car la spécificité des réactions diastasiques perd son absolutisme et ne doit plus être considérée que comme une adaptation d'une aptitude latente qui comprend probablement la fonction sensibilisatrice et la fonction antitoxique.

Cette conception simple limite autant que possible le droit de cité d'agents dont l'individualisation n'est parfois que logique et rationnelle, sans démonstration expérimentale, mais encore elle montre qu'une même fonction, orientée par des facteurs différents produit des effets très dissemblables. Enfin la fonction de défense est troublée chez les aliénés par ordre d'intensité dans les psychoses confusionnelles aiguës ou suraiguës.

M. Dide en arrive alors aux conclusions psychiatriques : L'hématologie entraînera dans l'avenir un remaniement profond dans la psychiatrie. L'étude de l'hérédité gagnera quand les altérations du germe seront plus complètement connues au point de vue expérimental ; or, dès maintenant, les méthodes existent ; il suffit de multiplier et de coordonner les résultats. Les maladies du fœtus fourniront d'importants documents au point de vue de l'héritage que l'individu apporte en naissant.

Le rapport de M. Dide est de nature à simplifier beaucoup la nosologie mentale ; d'abord les constatations de laboratoire ont confirmé ce qu'avait fait prévoir la clinique ; le délire des infections et des intoxications aiguës doit désormais ne comporter qu'une description : il est la traduction d'une atteinte directe de la cellule pensante par des toxiques charriés par le sang. Les psychoses toxi-infectieuses subaiguës sont la traduction d'une atteinte plus ou moins diffuse des cellules nobles du cortex par des toxiques complexes. On est en présence de ce qu'on peut appeler les manifestations *métatoxi-infectieuses.*

Dans les états mentaux chroniques de ce groupe, la même pathogénie intervient, mais ici, entrent en jeu les altérations des tissus de soutien (accidents *para-toxi-infectieux*). Ainsi la *démence précoce* se place à côté de la *paralysie générale*, ces deux entités morbides se caractérisant par des délires variables conditionnés par la méta-toxi-infection et par des troubles physiques progressifs régis par altérations para-toxi-infectieuses.

La démence précoce n'englobe pas tous les délires hallucinatoires chroniques, comme pour la paralysie générale, c'est beaucoup plus les signes physiques que le délire qui donnent à cette affection sa valeur d'entité clinique.

Les connaissances sur la physiologie pathologique de l'épilepsie sont également précisées et la preuve d'une toxémie cyclique nous est fournie par l'hématologie.

Pour les psychoses d'involution, leur substratum anatomique s'édifie lentement et on conçoit que ce sont des états mentaux dépendant non seulement de la sénilité du cerveau mais encore d'altérations hépatiques et surtout thyroïdiennes et agissant sur le cerveau par l'intermédiaire de la circulation.

Le point capital que M. Dide a très bien mis en lumière est que les modificateurs puissants de la fonction de défense amènent la disparition des phénomènes délirants hallucinatoires et peuvent même provoquer des guérisons durables de psychopathies réputées incurables.

Si une thérapeutique rationnelle de la folie est créée, ce sera en partant de ces faits si bien exposés par M. Dide.

Le rapport a été très chaudement approuvé après une belle discussion, et M. Dide a reçu en gagnant sa place les félicitations de tous ses confrères. Marcel BOURNEVILLE.

Communications diverses :

Du scorbut chez les aliénés.

TOULOUSE et DAMAYE. — Il s'agit de deux malades de l'Asile de Villejuif, sitiophobes, qui, *sous l'influence du régime lacté absolu*, ont présenté un scorbut atténué.

La première malade, jeune femme de 27 ans, était une confuse, alternativement excitée maniaque et déprimée et pour laquelle on aurait pu porter le diagnostic de démence précoce. D'énormes ecchymoses apparurent, après trois mois environ de régime lacté, aux jambes, aux malléoles et au creux poplité gauche. Masses musculaires et téguments de ces régions douloureux au palper, et donnant une sensation de dureté cireuse. Liseré hémorragique aux gencives. Urines rouge-orangé contenant du sang et de l'urobiline. Teinte livide des téguments du tronc et surtout de la face. Sang noirâtre, très fluide, et donnant rapidement un caillot rétractile.

La seconde malade, femme de 41 ans, était une mélancolique avec dépression assez voisine de la stupeur. Quinze jours environ après guérison d'une affection dysentériforme, apparition aux jambes de larges ecchymoses très douloureuses à la palpation, avec œdème, mais sans consistance cireuse des muscles. Gencives saignant très facilement. Teinte livide des téguments, surtout marquée à la face. Sang noir, poisseux, très coagulable, caillot rétractile.

L'affection scorbutique de ces deux malades guérit sous l'influence de l'ingestion de légumes verts et de fruits. On doit incriminer ici, dans l'apparition du scorbut, l'alimentation de ces malades avec du lait *bouilli*, mais il faut faire entrer aussi en ligne de compte, comme cause prédisposante, l'affection mentale dépressive elle-même (œdèmes, cyanoses, purpuras des déments précoces étudiés par Kraepelin, Sérieux, Dide et Chénais). Il semblerait donc utile, lorsque le régime lacté absolu doit être imposé longtemps à ces malades, d'éviter le lait bouilli ou de s'efforcer de leur faire ingérer de temps à autre des fruits ou des légumes verts.

Une troisième malade, 63 ans, observée à l'asile de Bassens par les Drs Dumaz et Damaye, s'alimentait d'une façon très défectueuse, refusant, par crainte d'empoisonnement et sous l'influence d'hallucinations, une grande partie de la nourriture et particulièrement les légumes. Une véritable expérience de laboratoire s'ensuivit, inconsciemment dirigée par la malade. Apparition aux membres inférieurs de larges ecchymoses avec œdème, et consistance cireuse. Palpation très douloureuse. Liseré hémorragique à la gencive inférieure. Teinte jaune-paille des téguments. Ce cas, traité aussitôt, s'est lentement amélioré par ingestion de fruits.

De l'Etat mental des Hystériques.

M. JOIRE, professeur de l'Institut Psycho-Physiologique de Paris, Président de la Société Universelle d'Etudes Psychiques. — Ce qui fait le fond de l'hystérie, c'est un trouble de l'équilibre du système nerveux. On trouve toujours en effet, chez elle des diminutions de la sensibilité sous forme d'anesthésie ; d'autre part des exagérations de la sensibilité sous forme d'hyperesthésie. Des diminutions et des exagérations de la force : contractures et paralysies, etc. De même leur état mental a toujours pour cause un manque d'équilibre cérébral. Ce manque d'équilibre est la cause de la mobilité excessive de leur esprit, de leur passage facile de l'état normal dans les états seconds ; enfin de leur extrême suggestibilité.

L'hystérique a une émotivité spéciale ; elle est moins sensible que la plupart des autres personnes ; par contre, son caprice lui donne un excès de sensiblerie pour des choses insignifiantes.

Loin d'être passionnée comme on le dit souvent, l'hystérique est plutôt froide et les sentiments affectifs sont obnubilés chez elle ; mais elle exagère les sentiments passagers qu'elle éprouve et pousse surtout leur expression avec une mise en scène qui n'a aucun rapport avec la profondeur.

L'hystérique se suggestionne elle-même, c'est pourquoi elle trompe les autres, mais souvent elle le fait inconsciemment. L'amour de la mise en scène pousse souvent les hystériques à se mêler aux affaires des tribunaux, les suggestions qu'elles se font et les hallucinations auxquelles elles sont sujettes les exposent à tromper la justice d'une manière très grave.

Les impulsions qui résultent, pour les hystériques, des états seconds dans lesquels elles se trouvent, les portent quelquefois à accomplir des actes répréhensibles ou coupables dans lesquels elles ont une responsabilité très limitée.

Quand les individus que l'on peut soupçonner d'être hystériques se trouvent appelés devant les tribunaux, soit comme plaignants, soit comme témoins, soit comme prévenus, il est indispensable de faire examiner leur état mental par un médecin spécialiste.

De l'emploi d'un nouvel appareil, le sthénomètre pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de certaines maladies du système nerveux.

M. P. Joire, professeur à l'Institut Psycho-Physiologique de Paris, président de la Société Universelle d'Etudes Psychiques. — Le sthénomètre est un instrument qui permet de constater et de mesurer les troubles du système nerveux dans un certain nombre de maladies.

Quand on approche la main de l'appareil, on voit que l'aiguille se déplace d'une quantité qui varie chez l'homme sain et dans les diverses maladies du système nerveux.

M. Joire a démontré que ni la chaleur, ni la lumière, ni l'électricité ne pourraient expliquer ce déplacement de l'aiguille qui se produit constamment au bout de 3 ou 4 minutes après qu'on en a approché la main.

Ces expériences ont été reproduites à la Société d'hypnologie et de Psychologie, à l'Institut psycho-physiologique du Dr Bérillon, et dans le service de M. Huchard, à Necker. Les résultats se sont montrés parfaitement concluants.

L'angle de déplacement de l'aiguille, observé successivement avec la main droite et avec la main gauche est variable suivant que l'on a affaire à des sujets dont le système nerveux est déprimé, ou à des neurasthéniques, à des hystériques, à des épileptiques, des choréiques, etc.

Chacune de ces maladies s'inscrit au moyen du sthénomètre par une formule qui est spéciale.

De plus, chez un malade en traitement, on peut suivre les progrès vers la guérison, par le changement des déplacements de l'aiguille que l'on constate à mesure que l'état du malade s'améliore. Les nombreuses formules indiquées dans les communications de M. Joire sont absolument démonstratives.

Ces observations montrent l'emploi utile que l'on peut faire du sthénomètre pour le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un grand nombre de maladies du système nerveux.

Les ictus dans la démence précoce.

Mlle le Dr Pascal. — Les ictus survenant au début et au cours de l'évolution de la démence précoce peuvent relever de nombreuses causes. 1. Dans les cas avérés d'hystérie ou d'épilepsie où les attaques datent depuis très longtemps, souvent depuis l'enfance (Morel, Kraplin, Claus) on peut conclure à une association de la névrose avec la démence précoce. 2. Mais il y a des faits qui nous autorisent à croire qu'il existe des ictus appartenant à la démence précoce et non au terrain hystérique ou épileptique sur lequel peut germer cette affection. Dans ce cadre restreint : 1° les cas isolés de convulsions sur lesquels insistait Kalbaum ; 2° les cas de démence rapide survenant après une seule attaque convulsive décrits par Schule ; 3° les ictus qui apparaissent à une période tardive où toute trace de névrose est effacée comme dans les cas de Massin et nos observations personnelles. Tous les cas d'ictus survenant chez des jeunes sujets en l'absence de toutes autres manifestations morbides : stigmates mentaux hystériques, stigmates mentaux épileptiques, symptômes en foyer (dans les cas de tumeurs cérébrales) et en l'absence de symptômes physiques de paralysie générale, *doivent être considérés comme suspects et faire penser à la démence précoce*. En somme, ces ictus par leur précoce apparition annoncent le début de la maladie, au même titre que les ictus de la période initiale de la paralysie générale.

Leur pathogénie est différente suivant la période à laquelle ils apparaissent. Leur rareté au cours de l'évolution du processus morbide est due à plusieurs causes, absence de lésions vasculaires, fréquence des hallucinations, etc.

M. Marie a poursuivi ses recherches antérieures publiées avec MM. Duflot et Viollet sur les ponctions lombaires en série dans la paralysie générale. Par des examens microbiologiques du liquide céphalo-rachidien parallèlement à l'albumo-diagnostic et l'examen du sang et des urines, il a cherché à reconnaître la présence et la nature d'éléments figurés pouvant concorder avec les lymphocytoses polynucléaires.

Ces recherches, non encore terminées tendraient à confirmer celles de MM. Brousse et Robertson et de M. Metchnikoff, sur les diffusions infectieuses finales dans les démences.

Physiologie des crises laryngées des tabétiques.

M. Maurice Faure (de La Malou). — Sans contester le rôle des paralysies ou des parésies des cordes vocales dans la pathogénie des crises laryngées, sans nier la possibilité de *spasmes* dont la réalité ne semble pas, d'ailleurs, avoir jamais été bien établie, il nous a semblé que, dans la majorité des cas, le mécanisme physiologique de la crise laryngée du tabétique était le suivant : chez un homme normal, lorsqu'ascensionne, de la trachée dans le larynx, un grumeau de mucus ou de mucopus, la présence de ce corps étranger sur la muqueuse laryngée détermine une sensation spéciale, aussitôt suivie d'un réflexe de toux, ou d'un léger effort expiratoire sonore, que l'on caractérise par la syllabe « hem ». Cet effort est renouvelé s'il est insuffisant et, par le passage d'une colonne d'air soufflant avec violence dans le larynx, chasse la mucosité dans le pharynx où elle est aussitôt crachée ou déglutie. Chez le tabétique, cette succession de phénomènes sensitifs et moteurs est perturbée : 1° parce que la muqueuse laryngée peut être hyperesthésique ou hypoesthésique ; 2° parce que le réflexe d'expulsion que détermine le chatouillement de la muqueuse laryngée est troublé ; 3° parce que les muscles de la respiration sont atteints d'incoordination. Lorsqu'un corps étranger se présente dans le larynx d'un tabétique (soit parce qu'il y a été introduit par l'infiltration pharyngée dans une glotte mal fermée, soit parce qu'il y aboutit, venant de la trachée), il ne détermine pas la sensation normale ; mais une sensation exagérée, ou diminuée, ou ralentie, le réflexe qui en résulte survient en retard, ou mal à propos, ou avec trop de violence, ou avec trop de faiblesse. Enfin, les muscles glottiques, thoraciques, abdominaux, qui concourent à la respiration et à la toux, font des efforts désordonnés et qui se contrarient mutuellement, au lieu d'être synergiques et coordonnés. C'est ainsi que l'on voit, par exemple, le diaphragme relâché être aspiré dans la cavité thoracique, au moment même où les muscles inspirateurs dilatent celle-ci, et l'effort respiratoire annulé pour cette raison. Réciproquement, le diaphragme peut être brusquement refoulé dans l'abdomen, au moment où le thorax revient sur lui-même, et le volume de la cage thoracique n'étant point changé, l'effort expiratoire ne se produit pas. Ou bien, la glotte se ferme, au moment où un courant d'air chassé à travers le larynx va expulser le corps étranger, ou lorsqu'un effort de dilatation thoracique exigerait la pénétration d'un supplément d'air inspiré. Très généralement, on voit le réflexe de la toux déterminer une série d'expirations courtes et saccadées qui, n'ayant pas été précédées d'inspirations destinées à remplir d'air le thorax, ne peuvent aboutir à la formation de la colonne d'air nécessaire au balayage du larynx, et restent sans effet.

La crise laryngée est donc composée des symptômes que voici, qui ne sont pas toujours réunis, et dont la violence et le nombre plus ou moins grand créent des variétés dans la

durée, l'importance et la gravité de ces crises. Le malade perçoit, d'abord, un picotement, un chatouillement violent, au niveau du larynx, déterminant l'envie impérieuse de tousser. Ce picotement est hors de proportion avec la cause qui le provoque et son intensité doit être mise sur le compte des troubles de sensibilité de la muqueuse. Les efforts de toux qui le suivent, au lieu d'être constitués par une inspiration large et silencieuse, suivie d'une expiration forte, bruyante, et saccadée, sont formés d'une série de petites expirations courtes que n'interrompent point des efforts d'inspiration angoissants et sans résultat. La glotte, au lieu de rester ouverte pour l'inspiration et l'expiration nécessaires à la toux, se ferme comme dans l'effort, ou ne s'ouvre que mal à propos, et le malade, n'inspirant pas, ne faisant que des expirations insuffisantes pour se débarrasser, continuant de percevoir le chatouillement paroxystique du larynx, s'agite, devient pâle, se cyanose, et peut courir de graves dangers. Quelquefois (et ce ne sont pas les cas les moins graves), tout se réduit à de l'incoordination et de l'anesthésie du larynx lui-même. Les muscles glottiques, en l'état où sont les muscles des jambes chez un grand ataxique, sont incapables de maintenir les différentes pièces du larynx dans leur position régulière. Et celles-ci, mues par des secousses désordonnées, prenant des attitudes anormales, que l'anesthésie de la muqueuse et des parties profondes ne permet plus de contrôler, ne savent plus maintenir la glotte ouverte pour la respiration, fermée pour l'effort ou la déglutition. De là, une respiration sifflante, rauque, difficultueuse, comme celle du croup, et dont le moindre incident peut compromettre le jeu précaire.

La pathogénie de tous ces accidents s'éclaire, si on la compare aux autres symptômes du tabès. A côté de l'hyperesthésie laryngée, il faut rappeler l'hyperesthésie du col vésical ou du rectum déterminant des besoins incessants d'aller à la selle ou d'uriner. Parfois, ces sensations anormales se produisent d'elles-mêmes, sans aucun objet qui les explique. Telle est cette gêne insupportable provenant de la sensation de corps étranger dans le rectum et déterminant des efforts incessants d'aller à la selle, que rien ne légitime. La peau n'est, d'ailleurs, pas plus à l'abri que les muqueuses de cette hyperesthésie et de ces sensations anormales. A certains moments, dans certaines régions, le contact d'un vêtement, d'un drap, un effleurement aussi léger que possible sont insupportables. Chez presque tous les tabétiques, le contact d'un tampon d'ouate imbibé d'éther qui, chez un homme normal, provoque une simple sensation de froid, amène une sensation extrêmement désagréable, qui peut aller jusqu'à une douleur insupportable, etc., etc. C'est là une catégorie de symptômes des plus constants et des plus caractéristiques dans le tabès : il est naturel que le larynx n'échappe point à la règle commune. La perturbation du réflexe de la toux s'explique aussi par la perturbation générale des réflexes dans le tabès. Le réflexe patellaire, la plupart des réflexes tendineux sont abolis, les réflexes pupillaires sont troublés, etc.

Enfin, les muscles du larynx, du thorax, du diaphragme, ne sont pas plus à l'abri de l'incoordination que les autres muscles du tronc et des membres. Au précédent Congrès de Neurologie (Rennes, août 1905), nous avons décrit et expliqué les troubles respiratoires des tabétiques, précisément par l'incoordination des muscles du cou et du tronc. Les troubles de la miction et de la défécation s'expliquent de la même manière, au moins en grande partie. Si l'incoordination des muscles des membres inférieurs produit le trouble de la marche, — si l'incoordination des muscles des membres supérieurs produit le trouble de l'écriture et de la préhension, — il n'est pas moins explicable que l'incoordination des muscles du bassin et du périnée se traduise par les troubles de la miction et de la défécation, — que l'incoordination des muscles thoraciques se traduise par le trouble de la respiration, — et que l'incoordination des muscles du larynx se traduise par des crises laryngées.

Il peut exister aussi des parésies et même des paralysies ou des atrophies des muscles laryngés, comme il existe des parésies, des paralysies ou des atrophies d'un groupe de muscles des membres ou du tronc chez les ataxiques. Cet accident est imputable, tantôt à des névrites périphériques, tantôt à des altérations des cellules spinales des cornes antérieures coexistant avec la sclérose des cordons postérieurs, — tantôt à l'exagération et la prolongation inusitées d'une incoordination et d'une atonie très accentuées, ayant amené l'immobilisation indéfinie et la dénutrition du groupe musculaire atteint. Mais ce sont là des faits rares.

Les spasmes musculaires sont exceptionnels dans le tabes et ils sont rapides, bénins et transitoires. C'est pourquoi le terme de spasme laryngé, employé pour désigner l'ensemble des phénomènes de la crise laryngée, est certainement mal choisi. Rien n'est plus éloigné de la séméiologie ordinaire du tabétique que l'élément spasmodique : l'incoordination, l'atonie, le relâchement, l'abolition des réflexes sont, précisément, le contraire du spasme. Si donc il existe de véritables spasmes larynges (ce qui, d'ailleurs, n'est pas démontré), ce sont certainement des faits exceptionnels.

Il nous paraît donc que, sous le nom de « crise laryngée », ont été compris des accidents complexes pouvant ressortir de la paralysie ou du spasme glottique, mais s'expliquant beaucoup plus souvent par la dysesthésie, l'incoordination, et la perturbation des réflexes, qui se produisent dans cette région, comme dans toutes les autres régions, chez le tabétique. — La thérapeutique de ces accidents résulte de leur mécanisme physiologique. Au moment même de la crise, il faut recommander de grands efforts volontaires d'inspiration pour détruire l'effort expiratoire instinctif ; — la prononciation de voyelles ouvertes (« a », par exemple). Les mouvements passifs de respiration pourront également rendre des services. — Mais c'est surtout dans l'intervalle des crises que la thérapeutique pourra être efficace ; on fera l'apprentissage de la coordination respiratoire, généralement détruite, des exercices vocaux, — l'examen et le traitement de la muqueuse glottique, — parfois, la faradisation des muscles laryngés, enfin, tout ce qui pourra contribuer à rétablir la synergie et la tonicité des muscles du larynx, du cou, du thorax, et de l'abdomen, à diminuer l'hyperexcitabilité de la muqueuse, à régulariser le réflexe normal de la respiration et de la toux. Tout cela est possible dans une large mesure, les muscles qui interviennent dans le mécanisme de ce réflexe étant soumis à l'action de l'intelligence et de la volonté, et, par conséquent de l'éducation. — M. B. *(A suivre.)*

MEDECINE PRATIQUE

Le traitement de l'épilepsie et des névroses.

L'épilepsie essentielle a été considérée comme une affection rebelle à tout traitement, jusqu'au jour où Voisin, Legrand du Saulle et Falret ont introduit le bromure de potassium dans la thérapeutique. Depuis lors, il est resté le remède souverain dans la plupart des maladies nerveuses, et on l'envisage à juste titre comme un véritable spécifique de l'excitabilité médullaire. Aussi n'est-il plus possible de soigner un épileptique sans lui administrer du bromure à haute dose, non seulement pendant la maladie, mais encore pendant les deux ans qui suivront la guérison. Comme l'a si justement fait remarquer M. Voisin, le bromure doit rester un aliment pour l'épileptique guéri.

Il est encore toute une série d'affections, les névroses, qui sont justiciables du bromure, car elles présentent, pour la plupart, des symptômes, tels que douleurs, et excitabilité neuro-musculaire, qui nécessitent l'usage d'un sédatif.

Or, il serait difficile de trouver en thérapeutique un produit autre que le bromure qui agisse plus efficacement sur le cerveau et sur la moelle tout en ne présentant qu'un très petit nombre d'inconvénients. Il suffit, pour se rendre compte de son importance thérapeutique, d'ouvrir un formulaire des maladies du système nerveux, pour constater que le bromure est utilisé comme analgésique, anti-spasmodique et hypnotique. A part l'épilepsie, dont il est pour ainsi dire l'antidote, toutes les névroses présentent des symptômes qui nécessitent son concours. L'insomnie et les douleurs de la neurasthénie, les palpitations, la tachycardie, les tremblements du goître exophtalmique, les tremblements de la paralysie

agitante, de la chorée, les spasmes des tics convulsifs, les secousses du paramyoclonus multiple, les convulsions de l'hystérie, de l'éclampsie. les vertiges, les migrations. sont du ressort du bromure de potassium.

Le Sirop de Henry Mure s'est acquis dans ce genre de médication une notoriété justifiée par sa composition, son mode de préparation et son dosage exact. Le sel employé est rigoureusement exempt de chlorures, d'iodures et de bromate. Son association au sirop d'écorces d'oranges augmente ses propriétés calmantes et sédatives, en même temps qu'elle en fait une préparation tonique, stimulante, et qu'elle aide la tolérance du médicament pour les estomacs délicats.

Dans les cas où le bromure de potassium serait contre-indiqué ou mal supporté par certains sujets, on pourrait avoir recours aux sirops Henry Mure à base de bromure de sodium de polybromure ou de bromure de strontium. Les préparations à base de bromure de sodium doivent être prescrites quand l'usage des sels de potasse présente quelque inconvénient. Quant aux polybromures, ils permettent d'instituer un traitement intensif, et de comparer, dans des conditions identiques. les bromures alcalins seuls associés.

Le bromure de strontium préconisé par MM. G. Sée, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz, passe pour moins toxique que les autres, tout en étant aussi efficace. Le sirop de Henry Mure au bromure de strontium peut être substitué au sirop de bromure de potassium chez les sujets qui sont lassés de cette dernière médication. Il a, d'autre part, la propriété de régulariser la digestion dans les dyspepsies, de faire disparaître les douleurs des gastralgiques. Son usage est tout particulièrement indiqué chez les cardiaques, les albuminuriques, dont il facilite la diurèse et la décharge urinaire.

Ces propriétés sont suffisantes pour que le bromure de strontium se fasse une place éminente dans la thérapeutique ; mais à une condition, c'est qu'il soit à l'état de pureté parfaite et qu'il ne renferme pas la moindre trace de baryte. C'est pour offrir au corps médical un produit d'une pureté irréprochable que M. Henry Mure a créé son sirop au bromure de strontium, dosé dans les mêmes proportions que le sirop au bromure de potassium, c'est-à-dire à raison de 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage.

En ayant recours à l'une ou l'autre de ces préparations, les médecins peuvent être certains qu'ils agiront avec efficacité sur les manifestations si diverses des névroses. Ils se laisseront guider dans leur choix par le genre de la maladie, et aussi par l'état des organes, estomac, cœur ou rein, qui peut nécessiter une variante dans leur médication.

INSTRUMENTS NOUVEAUX [1]

Bobine à trembleur platine à masse vibrante.

Cette bobine fonctionne directement sur courant de 110 volts, continu ou alternatif, et donne 25 centimètres avec une intensité de 3 ampères. Cette faible dépense de courant permet d'utiliser la bobine sans canalisation spéciale, en se branchant simplement sur une douille de lampe à incandescence ordinaire.

Le phono-trembleur peut, à l'aide d'un système de connexions prévu d'avance, être remplacé par un trembleur séparé d'un type quelconque.

Pupitre électrique du Dr Guilleminot.

Ce dispositif contient sous une forme condensée éminemment pratique les appareils divers permettant les applications de l'électricité sous les formes thérapeutiques les plus courantes : galvanisation, faradisation, galvano-faradisation (courant de Watteville), courant rythmé.

Ce pupitre, contrairement à tous les appareils construits jusqu'ici ne comporte que 2 bornes d'emploi, quelle que soit la nature des courants auxquels le docteur veut avoir recours.

A cet effet, un appareil coupleur breveté permet, par le jeu d'une seule manette, d'établir automatiquement les connexions correspondantes. On évite ainsi les erreurs de montage et la manœuvre des interrupteurs. Sur courant continu 110 volts, la mise en service du pupitre se fait par l'intermédiaire d'un fil souple et d'un simple bouchon de prise de courant. La forme de disposition sur pieds facilite le déplacement de l'appareil. Au repos, il peut être placé contre un mur. En service il se place auprès des malades, couchés ou non. Son volume restreint permet, dans un hôpital par exemple, de le placer entre deux lits en laissant les malades en place.

[1] Maison Radiguet et Massiot.

Nouveau mégascope Lippmann à incidence variable.

Ce nouveau dispositif est destiné à remédier à un inconvénient souvent signalé dans la projection des photographies en couleurs par procédé direct. Selon l'angle d'incidence de la lumière sur la photographie, les tonalités varient et s'écartent souvent beaucoup de la réalité.

Le nouveau mégascope à incidence variable permet de modifier cet angle d'incidence et d'obtenir avec des différences très notables dans les teintes une correction parfaite de la photographie projetée.

Stéréoscope pigeon.

Les stéréoscopes employés couramment aujourd'hui, quelle que soit la diversité des dispositifs de détail qu'ils comportent ont un caractère commun : ils utilisent 2 vues un peu distinctes, disposées côte à côte dans leur sens naturel. De ce fait et de la nécessité d'observer avec des loupes les images de petit format, résulte la conséquence pratique que l'angle embrassé par la vue représentée se trouve nécessairement assez restreint. Le stéréoscope dièdre à miroir bissecteur de M. Pigeon comporte des dispositions très simples tout à fait distinctes des précédentes.

Les 2 vues dont la fusion optique formera le relief sont groupées sur une même feuille portant un pli en son milieu. L'un est symétrique par rapport à l'autre ; une des épreuves est regardée directement par l'œil droit, l'autre est regardée par l'œil gauche, réfléchie dans un miroir qui la redresse, et la superposition des 2 images sur un plan donne l'effet stéréoscopique. Il s'ensuit que cet appareil permet, sans oculaire d'aucune sorte, de présenter en stéréoscopie des épreuves d'un format quelconque, en augmentant considérablement l'étendue du champ visuel.

En particulier, le stéréoscope Pigeon trouvera une application importante dans une branche de la radiographie qui tend de plus en plus à se répandre ; nous voulons parler de la stéréoradiographie, si utile pour la recherche des projectiles ou des corps étrangers dans l'organisme.

ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Lyon (2-7 août 1906).

L'Association française pour l'avancement des sciences a ouvert son Congrès à Lyon, où elle ne s'était pas réunie depuis 1873.

Le congrès, présidé par M. Lippmann, membre de l'Institut, est professeur à la Sorbonne. Il comprend vingt et une sections et sous-sections ; mathématiques, astronomie, géodésie et mécanique ; navigation, génie civil et militaire ; physique ; chimie ; météorologie et physique du globe ; géologie et minéralogie ; zoologie, anatomie et physiologie , sciences médicales : hygiène et médecine publique ; agronomie ; géographie : économie politique ; pédagogie ; sciences appliquées aux métiers d'art. Ces sections sont présidées par MM. André, Tavernier, Vautier, Cazeneuve Garrigou-Lagrange, Deperet, Kœhler, Chantre, J. Teissier, Imbert, Arloing, Brunhes Frey, Isaac, Bérillon, Courmont, Dissart et Cox.

Le congrès a été ouvert le 2 août matin, à neuf heures et demie, dans le grand amphithéâtre du palais de l'université et des facultés, quai Claude-Bernard, par le professeur Lippmann.

M. Herriot, maire de Lyon, et M. Alapetite, préfet du Rhône, ont souhaité d'abord la bienvenue aux congressistes dans des termes particulièrement aimables pour l'Association ; puis le secrétaire annuel de l'association, M. Bourlet, et son trésorier, M. Emile Galante, ont lu leurs rapports. Le Prof. Lipp-

mann a prononcé ensuite le discours d'usage, qui traitait de l'*Industrie et des universités*. M. Lippmann s'efforce de définir le lien qui relie la science et l'industrie et qui doit unir l'enseignement scientifique à l'enseignement industriel. Après avoir remercié le maire et le conseil municipal de Lyon, félicité le président du comité d'organisation, M. Arloing, et son secrétaire général, M. Chantre, ainsi que M. J. Teissier, en même temps président de la section de médecine qui, dit-il, « grâce à son dévouement, est assurée de fonctionner cette année d'une manière particulièrement brillante », il traite magistralement le sujet qu'il a choisi bien à sa place dans cette ville industrieuse de Lyon. Il déplore qu'en France, on ne donne pas, comme à l'étranger, aux savants la place qui leur conviendrait dans les industries.

M. Lippmann a terminé son discours par une critique des plus acerbes de l'Enseignement de nos universités. Il est curieux de relever ce jugement de l'enseignement universitaire dans une bouche aussi autorisée, aussi en ferons-nous la citation entière.

Après avoir montré le manque de liberté, d'indépendance de notre enseignement supérieur qui le réduit à l'impuissance par la création d'une sorte de mandarinat dont on ne ne trouve d'exemple qu'en Chine, en Espagne et en France, M. Lippmann continue :

« Chez nous, le même effet ne s'est produit que partiellement. Fort heureusement nous avons un enseignement supérieur. La Convention a créé des écoles savantes ; puis les universités sont nées, et la République a favorisé leur développement. C'est là qu'est le remède. L'enseignement supérieur a pour but de développer les facultés de l'adulte. Il prend l'homme à vingt ans. Dans les pays où les conditions de la culture sont normales, on a soin d'envoyer à l'Université tous les jeunes gens auxquels on a la prétention de donner une instruction libérale, et cela ne fût-ce que par vanité et par respect humain, et en dehors de toute nécessité professionnelle. Cette nécessité d'une instruction supérieure n'est pas suffisamment comprise en France. On va bien à l'Université pour y faire son droit, sa médecine, etc., mais, pour former un homme instruit, on se contente de l'envoyer au collège. C'est se résigner à produire l'arrêt de développement à vingt ans ; c'est faire de la culture naine.

Le rôle de l'Université est surtout d'enseigner l'art de la recherche, ce qui veut dire la science ; car la science, c'est l'art de ces recherches, et pas autre chose. Et nous savons que la recherche est indispensable à l'industrie. En même temps, l'Université est faite pour mettre les hommes qui n'ont pas d'ambitions scientifiques, mais qui veulent acquérir une culture générale digne de ce nom, en contact avec la science de première main, la seule qui soit attrayante et féconde, la seule qui soit libre de toute pédanterie.

Nos universités ne sont pas entièrement en état de remplir cette double fonction. Elles sont encore soumises, tout comme l'enseignement secondaire, à la loi napoléonienne. On sait que notre grand César, par raison politique sans doute, a écarté les projets de réforme soumis à la Convention et qu'il a rétabli la pédagogie de l'ancien régime ; on sait en outre qu'il a osé donner à son administration le pouvoir absolu de diriger les études, et en même temps la collation des grades. Telle est l'origine du régime actuel ; et aujourd'hui encore il n'existe pas, à côté du grand-maître de l'Université, un seul conseil, une seule commission ayant voix délibérative. Il serait temps que la République intervînt et qu'elle défît l'œuvre de Napoléon avec le même soin qu'il mit à la faire. Il y a urgence à délivrer l'enseignement du pédantisme bureaucratique et à libérer les universités du joug du pouvoir exécutif. Car celui-ci n'a pas cessé de peser sur les études supérieures en leur imposant sa pédagogie d'ancien régime.

Viendra-t-il jamais un grand ministre ou une grande Assemblée pour retirer au pouvoir exécutif la collation des grades et pour rendre ce droit à la seule autorité compétente ?

Ici, nous sommes étonnamment en retard sur le reste du monde, l'Espagne exceptée. Où voit-on ailleurs une administration délivrant des diplômes scientifiques ? En Russie, certes, la bureaucratie jouit d'un pouvoir absolu, elle s'entend mal avec les universités, elle les licencie au besoin, mais elle n'empiète pas sur leurs attributions. A Saint-Pétersbourg, un ministre n'a pas le prestige nécessaire pour faire un docteur. Il est vrai que les Russes sont un peuple jeune ; comme ils n'ont pas à porter les deux mille ans de notre histoire, on ne peut s'attendre à rencontrer parmi eux le Gallo-Romain enchinoisé.

Je conclus en émettant le vœu, au nom de l'industrie et du développement national, que l'enseignement de la science soit délivré des entraves anciennes, et je souhaite, en particulier, à l'université de Lyon, l'autonomie et la prospérité qu'elle n'a pas cessé de mériter ».

Après ce discours longuement applaudi, les membres du congrès se sont réunis dans les diverses sections pour arrêter le programme des travaux. Les discussions des rapports et communications ont commencé le soir même.

SECTION DE MÉDECINE.

Cette section, remarquablement organisée par le Pr Teissier, son président, a commencé ses travaux le 2 août. M. Teissier a, en ouvrant la séance, prononcé une allocution d'une haute portée philosophique :

« Bacon ne se trompait point, a-t-il dit, expérience et observation ne font qu'un. Car l'expérience n'est que l'observation voulue et provoquée à l'heure propice. Le médecin doit avoir le culte passionné des sciences exactes et il lui faut de plus en plus compléter et fortifier son bagage. Notre jeunesse médicale est peut-être trop disposée à l'oublier aujourd'hui. Qu'elle soit bien convaincue pourtant que désormais nul progrès sérieux, nulle intervention thérapeutique raisonnée, et partant efficace, ne sauraient exister sans le concours de connaissances scientifiques particulièrement solides et toujours incessamment renouvelées. Souhaitons donc de voir nos jeunes médecins de l'avenir rechercher et recevoir de plus en plus cette éducation scientifique si désirable ; qu'ils demandent moins à leur mémoire, beaucoup plus au raisonnement et à l'expérience ; qu'ils méditent cette phrase de Montaigne : « Je ne cherche pas tant à meubler mon âme qu'à la forger. » En attendant, et pour préparer ces résultats, sachons marquer et défendre notre place au milieu des savants distingués en toutes branches qui forment les cadres actifs de notre association et en constituent les forces vives. Montrons-leur, par les applications que nous savons faire de leurs méthodes, par la rigueur avec laquelle nous poursuivons nos travaux, que nous ne sommes pas de ceux qui taxent d'accessoires ces mêmes sciences, qui pour nous sont au contraire fondamentales, parce que seules elles sont capables de faire pénétrer la sonde assez à fond dans nos sols arides, pour en faire jaillir l'eau vive !

La syphilis expérimentale.

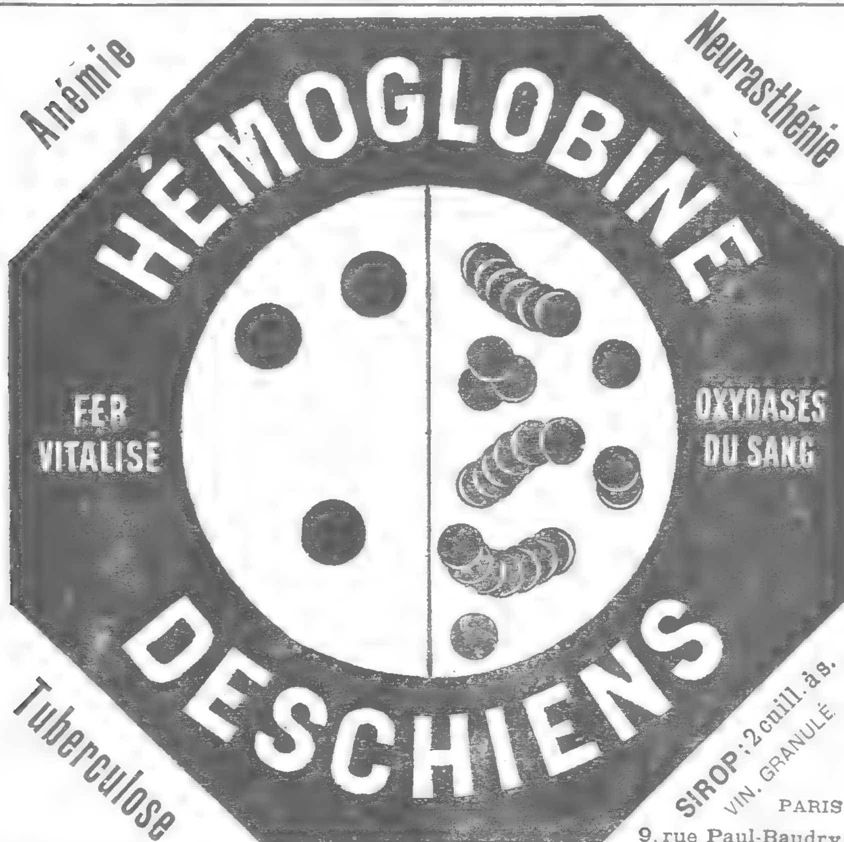
Le rapport de M. NICOLAS a été l'objet d'une longue discussion, à laquelle ont pris part MM. Ferré (de Bordeaux) et Rappin (de Nantes) et bien d'autres spécialistes.

La sécrétion de l'ulcère syphilitique primitif (chancre), des plaques muqueuses (érosions secondaires), les ganglions lymphatiques tuméfiés de syphilis récente, le sang des sujets récemment infectés sont très virulents. On peut, en imprégnant de ces produits morbides des scarifications faites sur la muqueuse ou même la peau de diverses régions, développer la syphilis chez certains singes comme chez l'homme. Les animaux les plus sensibles sont les grands singes anthropoïdes ; le singe de choix est le chimpanzé, mais l'expérience réussit aussi sur l'orang-outang et le gibbon. On peut, dans quelques cas, communiquer aussi la maladie aux macaques et aux cynocéphales.

Au bout de vingt cinq à trente jours on voit apparaître au point d'inoculation une petite vésicule qui se rompt et est remplacée par une ulcération reposant sur une base indurée. La lésion est identique au chancre syphilitique. Dans un tiers des cas chez les anthropoïdes, et quelquefois aussi chez des singes inférieurs, on voit apparaître sur les muqueuses ou la peau des animaux des accidents dits secondaires analogues à ceux qu'on observe chez l'homme dans les mêmes conditions. Ces lésions débutent environ un mois après le début du chancre primitif. On n'a pas encore constaté d'accidents dits tertiaires dans la syphilis expérimentale. Mais quelques auteurs ont pu produire la syphilis du singe par inoculation de produits humains tertiaires.

Lorsque les produits syphilitiques ont été chauffés à 48° avant leur inoculation, celle-ci reste stérile. Le virus est donc très peu résistant à la chaleur. Ce virus est contenu dans le liquide du raclage des lésions, dans le sérum du sang, mais il est sûrement figuré, et de dimensions plus grandes que celles du microbe de la fièvre aphteuse des vaches par exemple. En effet, les filtres-bougies de porcelaine, qui laissent passer le virus aphteux lorsqu'on les fait traverser par un liquide qui en est chargé, retiennent le virus syphilitique dans les mêmes conditions.

Le *spirochæte pallida* découvert l'année dernière semble bien être l'agent virulent. C'est un tout petit protozoaire, voisin des trypanosomes, filiforme, de dix millièmes de milli-



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Fête de l'Assomption.

A l'occasion de la Fête de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 11 Août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 Août 1906.

mètre environ de longueur sur un quart de millième de millimètre de largeur, cylindrique, contourné sur lui-même en spirale de dix à douze tours, portant un cil à chacune de ses extrémités. Lorsqu'on l'examine vivant dans une goutte de liquide, on reconnaît qu'il est très mobile. On peut le colorer à l'aide de violet ou de bleu d'aniline, ce qui le rend moins difficile à observer. Ses caractères particuliers permettent de le différencier sûrement d'avec d'autres spirilles lui ressemblant plus ou moins. On le trouve dans les lésions primitives ou secondaires, dans le sang, les ganglions et très rarement dans les lésions tertiaires. On l'observe en très grande abondance dans la muqueuse et la peau malade des nouveau-nés syphilitiques, dans les divers organes des fœtus syphilitiques (foie rate, poumons, etc.) Enfin on le voit dans la syphilis expérimentale du singe. Cependant on n'est pas arrivé à le trouver, dans tous ces cas, d'une façon constante. Il est donc probable, mais non certain que cet organisme est bien l'agent spécifique de la syphilis. On ne peut l'affirmer d'une façon absolue tant qu'on ne sera pas parvenu à isoler le parasite des organes virulents, à le cultiver en série dans des milieux de culture artificiels, et comme on peut faire pour tant d'autres maladies infectieuses et contagieuses, à reproduire la syphilis en inoculant les générations successives du microorganisme ainsi obtenues.

L'étude de la syphilis expérimentale du singe a permis d'élucider divers points concernant la prophylaxie et la thérapeutique. Ainsi MM. Roux et Metchnikoff ont vu que si, une heure et même une heure trois quarts après une inoculation sur le chimpanzé, on frictionne la région inoculée avec de l'onguent mercuriel double ou avec de la pommade au calomel, il ne se développe aucun accident local et l'animal reste susceptible de contracter la maladie par inoculation plus tard, ce qui prouve que la première contamination a été rendue inoffensive. Le virus a été détruit sur place par la friction mercurielle; tandis que des lotions de sublimé à un pour mille, faites comparativement, se sont montrées inefficaces.

MM. Roux et Metchnikoff ont tenté d'obtenir un sérum immunisant en inoculant la syphilis à des macaques et à des cynocéphales, et ensuite en leur injectant sous la peau du sang de syphilitiques en pleine période contagieuse. MM. Cippolina et Risso (de Gênes), ont préparé un sérum. Mais l'étude de la sérothérapie de la syphilis n'a pas encore donné de résultats positifs.

Pour répondre à une demande du Ministre de l'Intérieur, la section de médecine et d'hygiène du Congrès a émis le vœu suivant :

Considérant d'une part que la surveillance de la prostitution par l'autorité administrative est une mise hors la loi et laisse une part excessive à l'arbitraire et aux abus : que d'autre part elle n'a donné au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes que des résultats d'une insuffisance notoire.

Émet le vœu que la surveillance de la prostitution cesse d'être sous la dépendance exclusive de l'autorité administrative, et que les attributions de cette dernière se limitent au contrôle et à l'exécution des mesures légales, conformes aux principes du droit commun, édictées en vue de la réduction de la prostitution et de la diminution de la morbidité vénérienne.

Après le rapport scientifique est venu le rapport de prophylaxie morale. Le Dr Manquat (de Nice) a traité la question avec le désir de concilier le souci de la santé et la sauvegarde de la liberté. Le Pr Gaucher et le Dr Verchère ont discuté ce rapport et exposé leurs idées contradictoires.

L'antique lutte des deux opinions de la règlementation et de la non-règlementation de la prostitution a trouvé au Congrès de Lyon un nouveau champ de bataille pour des champions également ardents et sincères.

Section d'Electrologie et Radiologie

Cette section s'est occupée de deux questions ; les effets de la radiothérapie dans la leucémie et ceux des courants de haute fréquence dans l'hypertension artérielle et dans le diabète.

La radiothérapie n'a pas donné dans la leucémie d'après M. Widal de résultats appréciables pas plus que la Darsonvalisation : encore M. F. Widal a poursuivi avec M. Challamel des recherches sur l'action des courants de haute fréquence dans le diabète. Mais il n'en a obtenu aucun résultat.

Section d'Anthropologie

Les Criminels-nés

Le Pr Lacassagne invite le Pr César Lombroso (de Turin) à aborder la discussion de la *théorie des criminels-nés*.

D'après M. Laccassagne, le criminel-né n'existe pas. Il y a des hommes qui ne résistent pas à la mauvaise influence du milieu dans lequel ils vivent, et sont plus disposés que les autres à devenir des criminels, les fils d'alcooliques par exemple. M. Lombroso reconnaît qu'au début de ses recherches, il a été trop affirmatif au sujet des criminels-nés il persiste, néanmoins, à croire que certains criminels le sont naturellement.

En Italie 30 0/0 seulement des criminels sont des criminels de naissance. La proportion est même moins forte dans d'autres pays. En Australie, où l'ouvrier est relativement riche et mène une vie heureuse, la proportion des criminels nés ne serait que de 12 0/0. Tous les autres seraient les produits de l'alcoolisme.

Les tares anatomiques des criminels nés peuvent se trouver chez des hommes qui n'ont jamais commis et ne commettront jamais de crimes, et même chez des gens de génie.

Recherches expérimentales sur la création de tendons artificiels. Application chez l'homme.

M. le Dr Mencière (de Reims) montre, sur des pièces anatomiques disséquées, un tendon de 9 centimètres, du volume d'un gros crayon, qu'il a refait artificiellement sur un chien, à l'aide d'un écheveau de 16 fils de soie n° 4, et long de 9 centimètres. Ce tendon artificiel, actuellement normal comme forme, volume, aspect, est composé de tissu conjonctif, de tissu tendineux. Les tissus tendineux se sont substitués aux fils de soie, les ont absorbés en un mot. L'auteur se demande si c'est là une propriété spéciale au tissu tendineux.

L'auteur cite cinq observations chez l'homme. Son expérience fait suite aux constatations de Lange, de Munich. Mencière se propose d'en tirer un parti utile pour les recherches qu'il continue à poursuivre concernant les greffes tendineuses applicables aux difformités d'origine paralytique. Il a déjà exposé ses différents procédés de greffes dans sa communication au XVIIIe Congrès français de Chirurgie (Paris, octobre 1905).

THÉRAPEUTIQUE

Le *phytinate de quinine* est le plus soluble et le moins toxique des sels de quinine. Il réunit les propriétés thérapeutiques de l'alcaloïde et les *effets reconstituants bien connus de la phytine*. C'est un antinévralgique puissant particulièrement indiqué dans le traitement des névralgies rebelles, de la migraine, etc.

Nous recommandons les comprimés lenticulaires argentés de phytinate de quinine, dosés à 0,10 centigr. s'avalant comme pilules et masquant complètement la saveur amère de ce sel.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

VARIA

Histoire de la médecine.

Le comte Cagliostro, le fameux charlatan.

C'est la France et particulièrement Paris, la ville lumière, qui furent le lieu des exploits de cet aventurier. Il surgit après Mesmer et Swedenborg, à une époque où malgré une forte dose de septicisme, la société comptait le plus de personnes crédules et superstitieuses, avides du surnaturel. Ce qui contribua encore au succès de ce charlatan, ce fut le mystère de son origine. Cagliostro se fit passer tour à tour comme fils du roi de Trebizonde, comme enfant adoptif du shérif de la Mecque comme élève du célèbre Althotas sous le nom d'Acharat. Cependant il n'était que le fils d'un pauvre boutiquier de Palerme, nommé Pierre Balsamo, probablement d'origine juive. Il parlait la langue italienne comme les juifs et sut ce jargon allemand, que parlent entre eux, encore aujourd'hui, les juifs russes, polonais, roumains, portugais.

Sa jeunesse fut des plus orageuses. Orphelin de père, il poussa dans la rue, se paya plusieurs fugues, fut infirmier à l'âge de treize ans, puis compagnon des vagabonds et voleurs de Palerme. Rien d'étonnant qu'il devint lui-même voleur et faussaire. A Messine il fit connaissance du fameux Althotas, avec lequel il voyagea quelque temps en Grèce, Egypte, Asie-Mineure, pour donner des représentations de magie.

C'est à Malte, chez le grand-maître des chevaliers qu'il rencontra sa chance. Ce grand-maître, qui fut alchimiste et chercheur de la pierre philosophale, donna au jeune Balsamo des lettres de recommandation pour Rome.

Dans la ville éternelle il épousa Lorenza Feliciani, fille d'un chaudronnier. La vie régulière que lui imposa cette union ne lui allait guère. Poursuivi pour faux, il parcourut, sous le costume de pèlerin, l'Italie, l'Espagne et le Portugal, échoua en Angleterre, et fit sa première apparition à Paris sous le nom de marquis de Balsamo. Il fit croire aux bons Parisiens qu'il possédait des remèdes secrets contre les maladies incurables, qu'il savait rajeunir les vieillards, faire de l'or, transformer en soie le coton, fabriquer des perles et des diamants. La bonne fortune ne dura cependant pas longtemps. Il dut quitter Paris, et après une nouvelle tournée en Espagne, vendant toujours à des sommes folles des herbes et autres substances servant à la fabrication de la pierre philosophale, il reparaît à Londres comme colonel et marquis de Cagliostro. En 1777, il devint franc-maçon, et c'est grâce aux recommandations de la fameuse loge qu'il put flibuster sur une grande échelle. A partir de ce moment, il ne voyagea plus qu'en chaise de poste lui appartenant, avec laquais en livrées. Il se procura l'argent par des moyens différents. Tantôt il exerça la médecine, tantôt il employa le truc du coffre-fort, bourré de faux diamants et cailloux amalgamés, ou vide, mais cloué au plancher, ce qui fit croire aux sommes fabuleuses d'or et d'argent que son propriétaire disait posséder. Sa femme, par son charme et sa beauté, fascinait beaucoup de personnes, et Cagliostro ne paraît pas avoir été très regardant quant à sa conduite.

Toute l'Europe était alors remplie de sa renommée, il n'avait qu'à cueillir les dupes pour les tondre. En Courlande, les habitants eurent l'intention un moment de chasser le duc régnant et de mettre Cagliostro à sa place. En Russie, il eut moins de succès. Dès ses débuts, il fit perdre la vue à un personnage haut placé, et ne réussit pas à faire pousser les cheveux d'un général chauve. Une mère lui confia son enfant mourant. Cagliostro acheva l'enfant et en substitua un autre. Mais la supercherie fut connue et Cagliostro dut s'enfuir. Après un séjour très rémunérateur en Pologne, il trouva ce qu'on appelle la vraie mine d'or à Strasbourg, en la personne du Cardinal de Rohan, qui le logea dans son palais et lui fit servir des sommes extraordinaires. Les docteurs de la faculté de Strasbourg surveillaient ses cures et lui rendirent la vie dure. Aussi partit il pour Bordeaux duper une bonne âme, qui demandait son secours pour chercher un trésor, puis vint à Paris prendre la place de Mesmer. Toute la haute société était à ses pieds et il était du meilleur ton d'être soigné par Cagliostro. Comme il arrive à tous les aventuriers, qui sont démasqués un jour ou l'autre, Cagliostro perdit son crédit. La police le surveilla, on lui défendit les représentations et petit à petit Cagliostro sentit le plancher céder sous lui. En homme avisé, il n'attendit pas le dénouement, quitta Paris et vint à Londres. Son étoile pâlit dès ce moment, et il dut quitter les bords de la Tamise en 1787. Il emporta ses bijoux, mais oublia d'avertir de son départ sa femme, qui de dépit révéla tout ce qu'elle savait de son mari infidèle. Elle le rejoignit plus tard en Suisse et fut arrêtée avec lui à Rome. Cagliostro fut condamné comme franc-maçon à la réclusion perpétuelle et mourut oublié dans une oubliette de San Léo. Un contemporain de Cagliostro nous a laissé des notes sur lui. De taille moyenne, un peu bedonnant, figure ronde à teint olivâtre, ornée de deux yeux en boule de loto et d'un nez antisémite, il était loin d'être beau garçon. Carlyle dit de lui qu'il possédait la figure digne du charlatan des charlatans : figure abominable, graisseuse, figure de voyou impudent, front qui n'a jamais rougi, au-dessus de deux yeux languissants, paraissant en extase continuelle ; en un mot « the most perfect quackface » du XVIII[e] siècle. On pourrait se demander par quoi alors Cagliostro a su tourner la tête à tant de gens qui étaient loin d'être des simples. Comme aujourd'hui encore, c'était par le savoir-faire, le bluff, qui réussit admirablement à ce juif Italien, qui connaissait le côté faible des malades et des oisifs et qui savait en tirer parti. (*Practitioner.*)

Vu à la consultation de nourrissons de Francfort.

Un dodécalogue affiché sur les murs, en grosses lettres, et ainsi conçu : Mère !

I. Nourrissez vos enfants vous-mêmes, cela leur sera utile pour toute leur vie. Chaque semaine, chaque jour d'allaitement, leur sera un gain.

II. Nourrissez vos enfants vous-mêmes, car vous le pouvez, si vous voulez y mettre le temps et la patience. Si votre lait ne suffit pas aidez avec le biberon.

III. Nourrissez vos enfants vous-mêmes et n'écoutez pas les sots conseils de vos amies.

IV. Nourrissez vos enfants vous-mêmes, vous éviterez les tumeurs du sein qui peuvent se former avec l'âge.

V. En nourrissant vos enfants, buvez et mangez des choses que vous digérez bien, afin de ne pas nuire à vos enfants.

VI. Si, malgré votre bonne volonté, vous êtes dans la nécessité de nourrir l'enfant au biberon, demandez toujours conseil au médecin.

VII. Le lait que vous donnerez dans ce cas à vos enfants doit être frais, pur et bouilli et être conservé au frais et dans un pot couvert.

VIII. Ne donnez pas à l'enfant trop à boire, ni trop souvent. Il est mauvais aussi de leur donner trop peu et trop rarement.

IX. Si l'enfant crie, ne croyez pas toujours que c'est de faim.

X. Changez les langes souvent. Si l'enfant est écorché ou a des boutons, c'est de votre faute.

XI. Ne mettez pas trop facilement les malaises de l'enfant sur le compte de la dentition. Consultez le médecin, qui trouvera presque toujours une autre cause.

XII. Venez à la consultation à temps, afin qu'il ne soit pas trop tard pour guérir votre enfant.

Un Phénomène.

Une fillette de quatre ans, la petite Marie Le Guen, est en passe de devenir célèbre dans toute la Bretagne. La chaumière de ses parents, des pêcheurs de l'île Tudy (pointe du Finistère), est devenue un lieu de pèlerinage. Marie Le Guen est un véritable phénomène. Elle porte, gravé dans la cornée de l'œil gauche, un peu plus bas que la pupille, dans le sens horizontal, le nombre 22,4. Les chiffres, parfaitement visibles, sont très bien formés, de même que la virgule qui sépare le second 2 du 4.

Des médecins ont donné sur ce phénomène des opinions différentes, naturellement. L'un d'eux dit que cette bizarrerie de la nature pourrait n'être qu'un stigmate dans le genre de ceux que portent sur le corps certaines personnes, tels que

fruits, épis de blé, taches vineuses, végétations, etc. ; il est possible également que le chiffre aperçu provienne d'un tatouage médical au nitrate d'argent, rendu nécessaire au premier âge de l'enfance, par une affection de la vue. Mais les parents affirment que l'enfant n'a subi aucune opération. Un pharmacien de l'île Tudy a donné aussi son avis. Le chiffre aperçu doit être formé par les dessins des stries de l'œil, et ce qui semble appuyer son dire, c'est qu'il n'est visible d'une façon exacte, que sous un certain angle de lumière. La petite Marie Le Guen doit être bientôt conduite à Paris. (*Journal*, 23 juillet 1906.)

La Médecine populaire dans le Poitou.

La *Revue des traditions populaires* indique quelques remèdes en faveur dans le Poitou. S'agit-il de guérir un fiévreux ? Prenez une araignée noire que vous rencontrerez sans la chercher ; mettez-la entre deux coquilles de noix, enveloppez d'un linge blanc. Quelques heures *avant* l'accès, suspendez au cou du malade lequel doit ignorer ce que le paquet contient. Quand l'araignée sera morte, la fièvre sera coupée. — Mettez dans une bourse autant de petits cailloux que vous avez de verrues sur les mains, jetez la bourse au milieu d'un chemin ; qui la ramassera héritera de vos verrues. — En enfonçant un clou avec un marteau dans une porte, ou en allant de très bonne heure puiser de l'eau à un puits très profond, on arrête soudain le plus vif mal de dents. — Ceignez vos reins d'une corde ayant servi à nouer un pain de sucre mais n'ayant absolument servi qu'à cet usage, vous vous débarrasserez de vos douleurs lombaires. — Pour guérir du carreau, il faut aller sur le territoire d'un ancien fief de grande noblesse y couper avec la bêche un carré de gazon ; le retourner. Le mal s'en va à mesure que l'herbe pourrit. — La sagesse parisienne n'ignore pas ces sortes de remèdes. Pendant une épidémie de fièvre typhoïde, un cocher d'omnibus confiait à son voisin : « Il n'est pas de maladie plus facile à guérir. Vous fendez un pigeon vivant ; vous l'appliquez sur le front du malade ; le pigeon tombe en pourriture ; il a tiré tout le mal. Je l'ai dit à un médecin. Il m'a répondu : « C'est vrai. Mais si l'on divulguait des remèdes aussi simples, nous ne pourrions plus vivre »... On connaît en Poitou de bien autres recettes. Le pivert se frotte le bec contre une certaine plante afin de percer plus facilement les arbres. Frottez vos mains avec cette plante, et rien ne vous résistera. — Veut-on se faire suivre de la personne qu'on aime ? On met une grenouille verte dans une boîte percée de trous qu'on abandonne ensuite sur une fourmilière. On prend, quelques jours après, ce qui reste de la bête, on le broie, on le jette en poussière sur la personne aimée... A Paris, c'est souvent plus simple. (*Journal des Débats*.)

Protection de l'Enfance.

Pour compléter les bienfaits de *la loi du 27 juin 1904, sur les enfants assistés*, le préfet de la Seine vient de prendre une importante décision. Les ménages nécessiteux quels qu'ils soient chargés d'enfants en bas âge exposés à la misère, pourront recevoir des secours dont les 3/5 seront à la charge de la ville et 2/5 à celle de l'Etat. Peut être arrivera-t on ainsi à diminuer les abandons d'enfants par les mères qui recevront en outre à la naissance un berceau et une layette gratuitement, il sera statué dans les 48 heures en cas d'enquête.

LES CONGRÈS

3e Congrès International pour la répression de la traite des blanches.

(*Paris, 22-25 octobre 1906.*)

Ce Congrès, sous le Patronage de M. Armand Fallières, Président de République et avec le concours, comme présidents d'honneur, de M. le ministre de affaires étrangères et de M. le ministre de l'intérieur, doit se réunir à Paris du 22 au 25 octobre 1906.

Il se propose de réunir les délégués des comités constitués aux représentants des gouvernements et des administrations publiques et aux personnalités philanthropiques que préoccupent les questions sociales.

Conformément aux décisions de la Conférence Internationale tenue à Paris les 15 et 16 novembre 1905, le Congrès aura à délibérer sur les sept questions suivantes :

1e *Question.* — Utilité d'une entente à établir entre les divers Comités nationaux par la communication réciproque des poursuites engagées et des condamnations prononcées pour faits de traite. Rapports entre les Comités nationaux et les autorités chargées par les Gouvernements de centraliser tous les renseignements sur la Traite des Blanches. Rapporteur : le Comité Allemand.

2e *Question.* — Création dans les villes frontières et dans les ports de mer de Comités locaux ayant autant que possible des bureaux d'informations. Echange réciproque des listes de ces Comités et de ces Bureaux. — Echange entre les divers Comités nationaux des extraits des procès-verbaux de leurs séances, pour autant du moins que ceux-ci offrent un intérêt général. Création d'un Bureau International d'informations. Rapporteur : Le Comité Suisse.

3e *Question.* — Surveillance, dans chaque pays, des gares de chemins de fer et des ports de mer. Rapporteur : Le Comité Français.

4e *Question.* — Etablissement et rédaction d'un Code télégraphique pour les correspondances à échanger entre les Comités nationaux. Rapporteur : Le Comité Argentin,

5e *Question.* — Interdiction de la délivrance aux mineurs des correspondances adressées poste restante. Rapporteur : Le Comité Belge.

6e *Question.* — Surveillance des agences théâtrales et des cafés-concerts ou des établissements analogues, dans leurs rapports avec la Traite des Blanches. Rapporteur : Le Comité Italien.

7e *Question.* — Rapatriement des prostituées fixées dans un autre pays que le leur. Rapporteur : Le Comité Hollandais.

Le Bureau international de Londres et chaque comité national présenteront, en outre, un rapport sur l'état de la Traite des Blanches et sur les mesures prises, soit par lui-même, soit par l'autorité publique, pour la prévenir et la réprimer.

Les rapports sur les sept questions du Congrès devront être rédigés ou traduits en français par les soins des Comités nationaux. Ils devront être envoyés au Comité français, chargé de leur impression, le 1er *septembre* au plus tard. Les délibérations auront lieu en français ; toutefois, les membres étrangers seront autorisés à parler dans leur langue maternelle, un résumé de leurs discours en langue française sera communiqué au Congrès.

Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française 10, rue Pasquier, Paris (8e Arr.). Les Comités nationaux sont priés de faire connaître avant le 1er septembre le nom de leurs délégué et d'envoyer à l'adresse ci-dessus les cotisations correspondantes.

FORMULES

LIV. — Contre la teigne.

Formaldéhyde	4 gr.
Glycérine	100 gr.

A appliquer après nettoyage des plaques à l'éther et au savon.

LV. — Contre les ophthalmies.

Chlorate de potasse	3 gr.
Eau distillée	100 gr.

Pour instillations et lavages.

LVI. — Contre la lithiase biliaire.

1° Prendre tous les matins à jeun 2 cuillerées à soupe d'huile d'olive.

2° Prendre le soir avant le sommeil une des pilules suivantes :

Acide salicylique	ãã 0.10 centigr.
Oléate acide de soude	
Phénolphtaléine	0.05 centigr.
Menthol	0.15 centigr.

Pour une pilule n° 20.

LVII. — Contre les engelures.

Teinture de benjoin	àà 20 gr.
Glycérine	
Eau de Cologne	

Frictionner les engelures le soir, puis envelopper dans de la ouate. Laver le matin à l'eau froide.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 22 au samedi 28 juillet 1906, les naissances ont été au nombre de 1009, se décomposant ainsi : légitimes 748, illégitimes 261.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 826, savoir : 439 hommes et 387 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 7. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 178. — Tuberculose des méninges : 24. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 57. — Méningite simple : 24. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 55. — Maladies organiques du cœur : 48. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 13. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 44. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 64. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 7. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 21. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 18. — Débilité sénile : 25. — Morts violentes : 37. — Suicides : 11. — Autres maladies : 102. — Maladies inconnues ou mal définies : 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : légitimes 46, illégitimes 20.

— Par décret du Président de la République en date du 29 juillet 1906, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Gérente, sénateur, est nommé maire du XVIe arrondissement municipal de la ville de Paris en remplacement de M. le docteur Marmottan, dont la démission est acceptée et qui est nommé maire honoraire de cet arrondissement.

COMMIS D'INSPECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par un arrêté à la date du 30 juillet 1906, le ministre de l'intérieur a nommé, à partir du 1er août suivant, commis d'inspection de l'assistance publique, les employés des services départementaux de l'assistance publique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE. — Les Membres du comité de ce Congrès annoncent l'ouverture pour le 14, 15 et 16 novembre 1906 à New-York (U.-S.).

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Par décret du Président de la République, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur : M. Arloing (Saturnin), directeur de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon (Rhône).

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE DE L'ODONTOLOGIE. — L'Ecole dentaire française reconnue et autorisée par décret ministériel en date du 25 novembre 1896, est située au 29 du boulevard Saint-Martin et 36 rue Meslay. La rentrée est fixée par l'Académie au 15 octobre. Le registre officiel est ouvert du 15 octobre au 15 novembre. L'Ecole reçoit, outre les élèves visant le diplôme d'Etat, des élèves libres, français ou étrangers, qui peuvent s'inscrire à toute époque de l'année. Bon accueil est réservé aux docteurs en médecine qui désirant se spécialiser en art dentaire voudraient se faire inscrire pour un temps facultatif.

UN NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — Il vient d'être créé la *Revue Médicale de Biarritz*. Avec la collaboration des médecins de Biarritz, cet organe désire étudier principalement les questions de thérapeutique par les bains chlorurés sodiques forts, les bains de mer, le climat marin. Nos meilleurs souhaits de succès.

CONGRÈS DE MILAN. — Le Ministre de l'Intérieur a délégué au Congrès de Milan pour l'assistance des aliénés, MM. les Drs A. MARIE et LUCIEN GRAUX et M. DECANTE pour le représenter.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

GUERMONPREZ (Fr.) — Hanche à ressort. Brochure de 30 pages

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

5e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 18 AOUT 1906

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Thrombophlébite de la veine centrale de la rétine chez un tuberculeux ;

Par M. Alph. **PÉCHIN**.

La rareté des cas publiés de trombophlébite de la veine centrale de la rétine chez les tuberculeux m'engage à rapporter l'observation suivante d'un malade que j'ai observé dans le service de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu :

Ce malade, âgé de 30 ans, fut atteint de pneumonie il y a quatre ans, pour laquelle il reçut des soins à l'Hôtel-Dieu annexe où il resta six semaines. A sa sortie, il reprit son métier de vannier, mais sa santé fut dès ce moment chancelante. La toux était fréquente, l'expectoration abondante. Il y a un an, il fut pris subitement de malaise et d'abattement, sans ictus. Le côté droit et la face du même côté (facial inférieur) furent parésiés. Ces phénomènes parétiques persistèrent jusqu'à maintenant avec toutefois quelque amélioration.

Il y a un mois environ (exactement le 19 février 1906) il perdit brusquement la vue de l'œil gauche ; il était une heure de l'après-midi. Le soir, la vision revint, se maintint le lendemain ; mais le surlendemain, la cécité revenait de nouveau et cette fois définitivement. Et, détail qui a son importance, l'œil resta douloureux pendant six jours à partir du jour de l'accident.

J'examinai le malade quatre jours après son entrée à l'hôpital. La papille, très pâle, d'où s'échappaient des artères filiformes et des veines un peu grosses, était entourée d'une rétine à l'aspect blanc neigeux. Cette teinte blanche se perdait insensiblement à la périphérie où la rétine reprenait sa teinte normale. Sur les limites temporales de la papille un petit espace triangulaire avait conservé également une teinte normale. La région maculaire s'accusait par une grosse tache [illegible], noirâtre qui tranchait sur un fond blanc. Quelques jours plus tard, le malade dût passer en chirurgie pour une adénite cervicale gauche suppurée. Tel était l'état de ce malade il y a un mois.

Actuellement, l'aspect du fond de l'œil a complètement changé. La teinte blanche neigeuse a disparu ; elle est remplacée par une teinte grisâtre, grenue, et la région maculaire [illegible] comme treillagée et parsemée de petites taches blanches. La papille est pâle, atrophique ; acuité visuelle nulle u [illegible] de vision périphérique. La cécité de cet œil est définitive.

Il s'agit d'une trombophlébite de la veine centrale de la rétine. Et il n'est pas sans intérêt de rapprocher les deux aspects ophtalmoscopiques, dont le premier est typique et dont le second serait d'une interprétation difficile s'il n'était expliqué par le premier. Bien différent est l'aspect du fond de l'œil dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Il est à noter en outre que l'œil a été douloureux pendant plusieurs jours, ce qui est un caractère de la phlébite tuberculeuse qui manque dans l'embolie de l'artère centrale.

D'ailleurs, ce malade est exempt de toute affection cardiaque et l'on connaît la valeur séméiologique de la phlébite chez les tuberculeux. Au début de la tuberculose cette valeur est grande, il s'agit alors de la phlébite prétuberculeuse ou mieux de la phlébite précoce des tuberculeux. Chez ce malade la thrombophlébite perd de son importance séméiologique parce que l'état général et surtout les lésions pulmonaires établissent le diagnostic.

Le même processus phlébitique évoluant vraisemblablement dans la région de la frontale et de la pariétale ascendantes a été la cause de l'hémiplégie.

PHYSIOLOGIE

Mesure de l'ampliation du périmètre thoracique.

Sa signification, sa valeur, ses applications ;

Par G. **LOUYS**.

La mensuration du périmètre thoracique a été longtemps et est encore une des bases de la sélection des jeunes soldats au Conseil de revision. Mais depuis peu (lors de l'introduction, parmi les pièces administratives du service de santé militaire, d'une fiche médicale d'incorporation) est apparu un nouveau mode de mensuration : la mesure de l'ampliation du périmètre thoracique. Voici comment on procède à cette mensuration :

On applique un mètre à ruban sur la poitrine du sujet selon des points de repère sur lesquels nous reviendrons, et on évalue ainsi le périmètre thoracique en inspiration forcée. — Soit I ce périmètre : on répète cette manœuvre en expiration forcée et on obtient le

nombre E. La différence I-E représente l'ampliation du périmètre thoracique. Que représente ce chiffre, et, quelle est sa valeur ?

Etant donnée la disposition des articulations costo-vertébrales et des muscles intercostaux, il est aisé de comprendre qu'il existera un certain rapport entre l'ampliation de la cage thoracique et la capacité respiratoire. Etant donné également que, chez des hommes faits et même chez des jeunes gens, le type respiratoire abdominal a déjà fait place au type costo-diaphragmatique, on admettra aussi facilement que ladite ampliation varie en même temps que la capacité respiratoire et peut approximativement lui servir de mesure.

Au cours d'une période d'instruction militaire que nous fîmes en 1905, nous eûmes l'occasion de mesurer le périmètre thoracique de l'effectif de deux batteries d'artillerie. Comparant les chiffres obtenus par nous avec ceux résultant de la mensuration trimestrielle précédente, nous fîmes à ce sujet d'intéressantes observations (1). Nous n'en donnons ici qu'un aperçu très général, mais néanmoins des plus éloquents.

Chez certains hommes occupés à des fonctions sédentaires (cordonniers, tailleurs, secrétaires), la donnée I-E était demeurée stationnaire. Chez deux d'entre eux, elle avait même subi une très légère diminution. Chez les hommes faisant un service régulier à la batterie, nous avons constaté une très légère augmentation générale. Quant aux hommes dont les fonctions spéciales développaient l'appareil musculaire en général et les muscles thoraciques en particulier (conducteurs employés au dressage, moniteurs de gymnastique, de boxe, d'escrime), l'augmentation constatée chez eux était plus sensible.

Alors que, chez beaucoup, l'un quelconque des périmètres thoraciques variait avec le poids, nous n'avons jamais trouvé de relation constante entre le poids et la donnée I-E.

De ces deux ordres de constatations, il appert nettement que cette mesure du périmètre thoracique en inspiration et expiration forcées et l'établissement des variations de la donnée I-E, sont destinés à exprimer les variations de la capacité respiratoire, et que la variation de l'un quelconque des périmètres thoraciques pris en valeur absolue reconnaît comme cause le développement du tissu cellulaire sous-cutané et de l'appareil musculaire de la région thoracique, de sorte que cette mesure fait double emploi avec celle du poids.

Depuis quelques années, des colonies scolaires parisiennes sont reçues à l'Ecole d'Audincourt (Doubs) et nous avons assisté à la mensuration de ces jeunes sujets, faite dans un but statistique, à l'arrivée et au départ. Ayant fait la critique de ces opérations, nous avons constaté qu'elles ne pouvaient fournir un résultat statistique exact — Nous allons essayer de le démontrer. Tout d'abord, quelles données évalue-t-on, qui doivent servir de base à la statistique ? Ce sont : le poids, la taille et le périmètre thoracique pris en valeur absolue. Pour ce qui est de la taille, son allongement ne prouve pas grand chose, étant donné que certains enfants (bacillaires ou candidats à la bacillose) poussent avec une vitesse extraordinaire.

Dans ces cas, il n'y a évidemment pas de rapport direct entre l'allongement de la taille et l'état de santé.— D'autre part, l'enfant peut, au lieu d'augmenter de taille, diminuer par suite de l'écrasement de la semelle graisseuse sous-calcanéenne et des disques intervertébraux plus mous et moins fibreux que ceux de l'homme fait, chez qui cependant pareille diminution a été constatée à la suite de grandes marches. Chez les jeunes Parisiens, la suractivité consécutive à une transplantation brusque de Paris à la campagne, et le mouvement inhérent à cette villégiature sont les conditions qui favoriseront ce tassement, peu considérable sans doute, mais capable de masquer les résultats de cette mensuration (1). Quant aux chiffres représentant le poids, ils ne peuvent pas avoir une valeur bien intéressante en statistique, attendu que souvent l'augmentation de poids qui devrait être mise ainsi en évidence par les pesées est marquée par la disparition au début du séjour d'une graisse de mauvais aloi.— Pour que ce poids ait une valeur statistique, il faudrait des pesées fréquentes et l'établissement d'une courbe. Quant à la mesure du périmètre thoracique, il n'est pas besoin d'en faire une longue critique pour en faire voir les inconvénients. Elle est en effet entachée de nombreuses causes d'erreurs.

D'abord l'épaisseur du vêtement qu'on laisse sur le dos de l'enfant et qui ne sera pas fait du même tissu le premier jour et le dernier. Puis, l'épaisseur du revêtement de tissu cellulaire, dont la variation peut ne pas être du même sens que celle des muscles et du périmètre de la cage thoracique osseuse, comme nous l'avons indiqué à propos du poids. Puis encore, le périmètre varie considérablement, pour peu que l'on s'éloigne des points de repère fixes. Enfin, on néglige d'immobiliser la cage thoracique dans une des positions extrêmes : inspiration ou expiration forcées, et, dès lors on s'expose à noter des mesures énoncées qui s'échelonnent entre les mesures extrêmes.

Si, après avoir fait la critique de ces procédés de mensuration, et surtout du dernier, nous plaçons en regard le mode de mensuration dont l'étude fait l'objet de cette note, nous ferons des constatations entièrement intéressantes, et nous serons frappés de la disparition des causes d'erreur : nous évaluons à la première mensuration les périmètres I et E et nous en tirons la donnée I-E. Soit ε le chiffre exprimant la variation qui fait subir à la donnée I l'interposition de vêtements ou la présence de tissu cellulaire, la donnée I devient $I + \varepsilon$. Il est clair que la donnée E devient $E + \varepsilon$ et la différence $(I + \varepsilon) - (E + \varepsilon)$ est mathématiquement égale à $I - E$.

A la deuxième mensuration, l'épaisseur des vêtements a changé et le sujet a maigri ou engraissé ; je représente alors par α l'épaisseur de vêtement combiné avec la variation de la couche cellulaire sous-cutanée.

Alors I' devient $I' + \alpha$, E' devient $E' + \alpha$; et la donnée $(I' + \alpha) - (E' + \alpha)$ reste égale à $I' - E'$. D'où il appert qu'on peut comparer $(I' + \alpha) - (E' + \alpha)$ avec $(I + \varepsilon) - (E + \varepsilon)$ comme on comparaît $I' - E'$ et $I - E$.

D'autre part, nous avons constaté expérimentalement que, si I et E changeait sensiblement lorsqu'on s'écartait des points de repère, la différence $I - E$ reste sensiblement la même. En outre, toutes les mesures sont prises à des points extrêmes et fixes, ce qui évite de

(1) Dans un travail en préparation, nous avons l'intention de publier quelques chiffres provenant de ces mensurations.

(1) Nous nous proposons, au cours du séjour des colonies parisiennes de 1906, d'étudier cette question intéressante, si on veut bien nous autoriser à effectuer des mensurations sur quelques enfants.

donner à I et à E des valeurs intermédiaires correspondant aux différentes positions de la cage thoracique pendant l'acte respiratoire.

Ici enfin, pas plus que chez les jeunes soldats, il n'y aura à tenir compte des mouvements du diaphragme, le type respiratoire thoraco-diaphragmatique étant déjà définitivement établi.

Mais, quelle peut être pour les hygiénistes la signification et la valeur de cette mesure de l'ampliation du périmètre thoracique ? L'augmentation normale de poids et de taille indique bien certainement la marche normale du développement et une amélioration de l'état de santé. Quant à l'augmentation de la donnée I-E, elle indique une amélioration de la formation respiratoire, amélioration portant directement sur l'acte mécanique et physique, mais retentissant indirectement et d'une façon très intense sur les phénomènes purement physiologiques et chimiques de cette fonction.

Quel est le but médical des œuvres d'hygiène appelées Colonies scolaires, sinon d'armer les enfants de la capitale contre ce terrible fléau des villes qu'est la tuberculose. L'amélioration de l'état de santé occasionnée par le séjour à la campagne et constatée par l'augmentation de poids et de taille est certainement un puissant facteur de cette lutte. Mais combien plus l'augmentation de la capacité thoracique, l'éducation en quelque sorte de la respiration, faite à la campagne au cours des longues excursions dans la montagne et des jeux en plein air, favorisant l'hématose, activant la circulation, retentissant enfin en général sur tout l'organisme, combien plus cette notable amélioration est-elle efficace à mon avis, dans la lutte contre la tuberculose.

D'ailleurs, cette augmentation, constatée au bout de trois semaines, n'est que le début d'une augmentation plus grande. L'enfant n'a fait en quelque sorte que son éducation respiratoire, éducation qui portera tous ses fruits au cours de l'année suivante. Aussi serait-il intéressant de retrouver les jeunes sujets et de les suivre après leur séjour en Colonie. Toutes ces considérations semblent assez éloquentes pour marquer une très large place à la mesure de l'ampliation du périmètre thoracique dans les mensurations des colonies scolaires, en remplacement de la mesure pure et simple du périmètre thoracique, donnant des résultats trop relatifs et trop souvent entachés d'erreurs. Mais cette mensuration est-elle d'application facile et n'introduit-elle pas des difficultés dans la mensuration des sujets des Colonies scolaires ? Tout d'abord, peut-être est-elle un peu plus longue et plus pénible que la mensuration simple en raison de la double opération qu'elle nécessite et de l'obligation dans laquelle on se trouve de répéter souvent les mouvements d'inspiration et d'expiration forcées devant des sujets qui n'ont pas compris ou qui ne savent pas respirer. Cependant nous savons par expérience qu'on peut facilement mesurer 60 sujets en une heure.

Bien que l'éloignement des points de repère n'ait pas une importance considérable, il est cependant utile de prendre des points de repère. On a pris l'habitude d'appliquer le ruban métrique horizontal, de telle sorte que son bord supérieur soit tangent à l'angle inférieur de l'omoplate, le bras étant allongé sans raideur le long du corps. Le mètre viendra passer en avant, exactement au-dessous du mamelon du sein. Il faut également mettre le diaphragme dans les mêmes conditions chez chaque sujet et pour chaque mensuration. Pour cela il faudra opérer à une heure où la vacuité de l'estomac soit aussi complète que possible, c'est-à-dire avant le petit déjeuner ou le repas de midi. Il faudra aussi tenir la main à ce que chaque sujet ait vidé son gros intestin avant chaque mensuration et aussi libérer la paroi abdominale de toute compression par caleçon, ceinture, pantalon, etc.

En observant ces précautions on a des chances d'opérer en dehors de toute cause d'erreur et de faire de la bonne statistique.

Lorsque les jeunes colons parisiens arrivent à la campagne, ils présentent à la descente du train un teint pâle, des lèvres décolorées, une peau transparente, les sclérotiques bleuâtres, les paupières rougies, les membres grêles, en somme, tout le tableau d'enfants étiolés par le séjour de la ville.

Mais à la fin de leur cure de bon air, d'exercice et de nourriture saine, quel changement. L'œil brille d'un éclat plus net, le teint rougit sous le hâle, les muscles semblent plus fermes ; mais, par dessus tout, la taille s'est redressée, les épaules s'écartent, la respiration devient plus régulière, l'inspiration plus profonde, l'expiration plus complète. Les grandes courses à travers les bois et les prairies, en même temps qu'elles tonifient leurs muscles, font en quelque sorte l'éducation de leur respiration. Cela est très net pour quiconque les a suivis dans leurs promenades. En effet, les courtes excursions du début les fatiguent, mais, lorsqu'on les interroge sur le siège de leur lassitude, la plupart indiquent d'un geste caractéristique leurs muscles inspirateurs, la fatigue ne se manifestant dans les membres inférieurs que comme accessoire. Mais petit à petit, la respiration se régularise, et, au soir d'une grande excursion, on ne se plaint que de ses jambes, quand on se plaint.

Plus tard, rentrés chez eux, ils voient sûrement se développer en eux les effets de cette éducation respiratoire et nous sommes persuadés qu'il serait intéressant de revoir à une année d'intervalle les enfants chez lesquels on aurait mesuré et noté l'ampliation thoracique. Ils doivent, grâce à la façon énergique dont cette gymnastique respiratoire, effet d'une éducation inconsciente facilite les échanges gazeux, et l'hématose, offrir un terrain incomparablement plus résistant à l'invasion bacillaire. Nombreuses doivent être les bacilloses ainsi jugulées alors que l'embonpoint n'a jamais arrêté la marche envahissante des tubercules. Et si un enfant revient de son séjour à la campagne sans avoir gagné ni un pouce de taille ni une once de graisse, si sa poitrine se dilate plus vigoureusement, et s'il respire mieux, ses maîtres et ses parents n'auront qu'à se féliciter du résultat obtenu.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation de malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. On se rend à la Fondation Vallée par le tramway de Montrouge et on prend le tramway qui va de la porte d'Orléans au métropolitain et on s'arrête à la station de la route de l'Hay.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Céruse et blanc de zinc.

La céruse n'a qu'à bien se tenir ; depuis plus d'un demi-siècle, on a signalé les dangers de son emploi et une campagne a recommencé contre elle, que mènent les hygiénistes, les médecins, le Parlement et quelques journaux.

Ce n'est point le lieu de signaler encore les dangers de la céruse ; ils sont décrits dans les traités classiques, ils alimentent les discussions des Sociétés savantes et emplissent des colonnes de journaux. Une importante discussion a eu lieu, notamment à la Société de médecine de Rouen, à l'occasion d'un travail intéressant du Dr Deshayes (1), traitant de la céruse et du saturnisme chez les peintres en bâtiments, à Rouen et en Normandie, et la Société maintient le vœu de la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse.

Mais ce ne sont pas seulement les ravages que cette substance exerce sur l'individu, qu'il faut envisager, ce sont surtout ses terribles conséquences sur la descendance, elles ont été bien mises en lumière par le Dr Bourneville (2), qui, à plusieurs reprises, a insisté sur ce sujet.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le saturnisme n'est pas seul en cause ; l'alcoolisme est un facteur dont la funeste gravité n'échappe à personne. Quoi qu'il en soit, on n'instruit pas seulement le procès du blanc de céruse, on instruit aussi celui de l'alcool ; on émet des vœux, mais aucune solution n'intervient.

Sans doute, on a déjà, en maints endroits et dans maintes entreprises, substitué le blanc de zinc au blanc de céruse et, selon que l'on interroge tel ou tel ouvrier, c'est telle ou telle substance qui a ses préférences. Je ne connais pas encore d'exemple de nocivité du blanc de zinc, mais j'ai peine à croire que, quand cette substance sera employée sur une aussi vaste échelle que la céruse et après un nombre d'années suffisant, on n'observera pas de maladie qui ne lui soit imputable. A moins pourtant que, en raison des progrès incessants de l'hygiène et de sa pénétration dans les masses, chaque ouvrier sache se laver fréquemment les mains et les dents, renonce à l'alcool et cherche à se soustraire aux maladies évitables.

Ce qui est certain, c'est que les ouvriers préfèrent travailler avec la céruse, qui demande de leur part un moindre effort immédiat que le blanc de zinc, et que certaines maisons rendent hommage à cette dernière substance, en qualifiant hypocritement la céruse dont ils se servent de « substance spéciale », sur laquelle les ouvriers ont ordre de ne donner aucune explication.

Les responsabilités qu'entrainerait le vote de l'extension des lois sur les accidents du saturnisme feraient assurément réfléchir ces industriels. Les ouvriers qui manient la céruse et en sont les victimes constituent déjà un formidable réquisitoire contre une industrie qui les frappe en eux-mêmes et dans leur descendance.

Dans ce duel entre la santé des ouvriers pauvres et l'industrie si riche de la céruse, qui l'emportera? Il n'y a pas que des hygiénistes au Parlement, il y a aussi des hommes d'affaires ; le temps n'est pas bien éloigné où l'on en comptait 104. Espérons qu'il n'y en a pas même un et que ce sera dans la pleine indépendance de leur jugement et pour le seul bien public qu'ils rendront un arrêt, après avoir entendu M. le commissaire du gouvernement, dont la voix a tant d'autorité dans le public extra-médical, leur faire le tableau du saturnisme, et, désignant la coupable de ces méfaits, leur clamer : « C'est la céruse, Messieurs. »

Dr André LOMBARD.

(1) *La Normandie médicale*, 1er janvier 1906.

(2) Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par BOURNEVILLE. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, F. Alcan, édit., 108, boulevard Saint-Germain, 1904.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

(Lille, Août 1906.)

—

Le sang chez les aliénés.

Le rapport de M. le Dr Dide que nous avons publié dans le no 32 a donné lieu à la discussion suivante :

M. TATY félicite M. Dide de ce travail appelé à prendre place désormais dans tous les laboratoires de médecine mentale. Il le remercie de l'allusion faite dans son rapport aux travaux de l'Ecole lyonnaise sur la typho-psychose, travaux sur lesquels il reviendra d'ailleurs en communiquant au Congrès quelques expériences sur ce sujet. Il demande à M. Dide s'il a eu l'occasion de rechercher dans le sang le spirochaete pallida. Trois examens de foie qu'il a faits lui-même dans ce but ne lui ont donné que des résultats négatifs. L'un de ces examens fut fait dans des conditions très favorables, M. Taty ayant suivi la malade depuis les accidents syphilitiques secondaires jusqu'à l'éclosion d'une paralysie générale qui nécessita l'internement cinq ans après les premiers accidents syphilitiques et se termina par la mort après cinq ans d'internement. Aucun spirochète ne put être mis en évidence dans le foie.

M. DIDE ne peut que confirmer ces constatations négatives. Toutes les recherches hématologiques qu'il entreprit à ce sujet avec M. Bodin furent négatives et cela confirme, décida M. Dide, la possibilité de la guérison de la paralysie générale par le traitement habituel de la syphilis.

M. MAURICE FAURE rappelle les travaux qu'il fit dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, de 1898 à 1901, avec la collaboration de Laignel-Lavastine et Rosenthal, en cherchant, dans le sang et dans les humeurs, une explication des troubles mentaux. La recherche des microbes porta sur 206 cas que l'on peut diviser en trois séries : une première série comprend les recherches faites sur le cadavre dans les centres nerveux eux-mêmes, dans environ 100 cas où la mort avait été due à des maladies infectieuses variées accompagnées d'accidents mentaux. Il ne trouva que dans cinq cas des éléments microbiens dus certainement à des fautes de technique : les microbes se trouvaient dans les vaisseaux, par conséquent dans le sang et présentaient les mêmes caractères que des microbes précédemment décrits comme pathognomoniques. La deuxième série porte sur 64 cas d'affections diverses des centres nerveux ; le liquide céphalo-rachidien, examiné pendant la vie, présenta, dans quelques cas, des colonies microbiennes dues, là encore, à des fautes de technique. Enfin, dans une troisième série de 46 cas d'examens de sang de malades, présen

ant des maladies aiguës diverses avec délire, une seule fois on mit en évidence un élément microbien, c'était le bacille d'Eberth dans un cas de fièvre typhoïde.

M. Maurice Faure est frappé de la différence qui existe entre ces résultats et les résultats contenus dans le rapport, dont l'auteur décrit une vingtaine d'espèces microbiennes banales trouvées dans le sang de ses opérés. Il est d'accord avec M. Dide sur l'influence des toxines charriées par le sang, altérant les fonctions et la morphologie des éléments cellulaires centraux et c'était, d'ailleurs, par cette conclusion que s'étaient terminés, en 1901, les travaux de l'auteur.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — J'ai fait, avec MM. Régis et Laurès, des recherches très complètes sur la composition et les réactions du sang d'un certain nombre de sujets atteints d'affections du système nerveux (méningite chronique, confusion mentale, démence précoce, stupeur mélancolique, dégénérescence hystériforme, paralysie générale juvénile, etc.)

Ce qui est le plus remarquable dans les résultats que nous avons obtenus, c'est leur discordance : nous avons noté tantôt de l'hyperglobulie, tantôt une légère anémie, tantôt de la leucocytose, tantôt un chiffre normal de leucocytes, ainsi que des variations de sens contraire des rapports réciproques des globules blancs, un retard ou une accélération de la coagulation, etc., etc.

J'ai toujours été frappé, d'autre part, de l'insignifiance des modifications du sang par rapport à l'énormité de la tare nerveuse et à l'intensité des lésions et des troubles fonctionnels du système nerveux.

Sans doute, les causes morbigènes qui peuvent être à l'origine de la vésanie, causes qui sont parfois infectieuses ou toxiques, exercent leur influence et sur les centres nerveux et sur la crase sanguine ; aussi n'est-il pas surprenant que le début d'une telle vésanie s'accompagne de modifications du sang, imputables à ces causes plutôt qu'à la tare nerveuse contemporaine, et variables avec elles (paludisme, fièvre typhoïde, tuberculose, alcoolisme, syphilis, puerpéralité, etc.). Mais les modifications des organes hématopoiétiques et du sang sont purement transitoires. Il est vrai que les tares nerveuses survivent souvent aux causes morbigènes et continuent à se répercuter de neurone à neurone sans influencer notablement le milieu sanguin. Aussi, à l'acné des vésanies, le sang peut-il se révéler cytologiquement normal, bien entendu s'il n'existe pas d'autres tares organiques susceptibles d'agir pour leur propre compte sur sa composition, plus puissamment que la tare nerveuse (cardiopathies, brightisme, tuberculose, etc.). Bien d'autres facteurs, étrangers à la vésanie ou dans une certaine dépendance vis-à-vis d'elle, influent sur le sang des aliénés : les agents médicamenteux, la thérapeutique physique, les conditions de vie au grand air ou claustrée, le jeûne et la digestion, le repos ou l'exercice, le régime lacté ou mixte, les troubles vasomoteurs (états émotifs, hallucinations, etc. Il faudra tenir compte de tous ces éléments dans les déterminations et aussi dans les interprétations hématologiques futures. Encore faut-il ne pas oublier que, actuellement, des variations très grandes dans les résultats sont imputables à la technique et à l'équation personnelle.

En somme, je crois que bien des tares nerveuses une fois acquises ne troublent pas d'une façon sensible la composition morphologique du sang, lequel subit par contre, chez les aliénés comme chez d'autres sujets, des influences autrement puissantes. Il semble, en outre, contrairement à l'opinion soutenue par M. Dide, que les centres nerveux se suffisent à eux-mêmes dans la défense contre les toxi-infections. Les globules blancs du sang n'y interviennent que dans certaines infections suraiguës, méningites suppurées, abcès, etc. Dans les inflammations chroniques ce sont, soit les cellules dérivées des fibroblasies, des parois vasculaires et des endothéliums qui réagissent au cours des processus méningés et vasculaires, soit les cellules névrogliques qui interviennent quand la substance nerveuse est impliquée dans des inflammations lentes ou dans des nécrobioses.

M. Régis (de Bordeaux). — Je regrette que M. Dide n'ait pas mis en valeur, dans son rapport, la courbe urologique de ses délirants intoxiqués, en la comparant à leur courbe ou à leur formule hématologique. En ce qui me concerne, j'ai toujours constaté qu'aux modifications en plus ou en moins des éléments figurés du sang correspondaient toujours des modifications de même sens dans la composition des urines.

Par contre, je partage complètement l'opinion de M. Dide — opinion qui a du reste été souvent émise — relativement à l'influence heureuse de certaines infections sur l'évolution de quelques maladies mentales. Dans ces derniers temps, des améliorations et même des guérisons ont été obtenues par différents auteurs, qui n'ont pas craint d'injecter à des aliénés des virus atténués.

M. Sicard (de Paris). — Je puis rappeler à ce propos les recherches infructueuses du tréponème, faites par M. Queyrat et par moi, dans les centres nerveux et dans les méninges de plusieurs paralytiques généraux et tabétiques.

M. Léri (de Paris). — J'ai recherché également, sans le moindre succès, le tréponème pâle dans le sang et au niveau des centres nerveux d'un sujet qui a succombé à une méningomyélite ascendante aiguë développée au cours d'une syphilis récente.

M. Dide. — Succombant sous le poids des éloges qui me payent, et bien au delà, de mon effort, j'essaierai cependant de répondre aux objections que vous avez bien voulu formuler.

Je suis tout à fait d'accord avec MM. Taty et Sicard, et la recherche du spirochæte pallida est toujours négative dans le sang et les organes des paralytiques généraux.

Les constatations de M. Sabrazès sont incontestables, mais je pense qu'il faut, pour édifier une formule leucocytaire d'un état psychopatique, étant donné les contingences, les difficultés pratiques, un très grand nombre d'examens pour conclure et quelques résultats discordants s'annulent dans de longues séries.

Quant à la question des variétés leucocytaires, j'y ai consacré des développements suffisants, je pense, pour que je n'aie pas besoin d'insister ; je ne me suis pas étendu sur ce point dans mon exposé oral pour ne pas fatiguer l'attention des congressistes qui ne se sont pas spécialisés dans l'hématologie. Les altérations des para-thyroïdes n'ont jamais, que je sache, été signalées chez les aliénés.

Les constatations négatives de M. Maurice Faure viennent de ce qu'il a ensemencé à une époque où la technique était mal réglée; il s'est servi de tubes et, actuellement, on emploie des ballons contenant 250 gr. de bouillon qui sont indispensables pour arriver à des résultats positifs.

Enfin, le reproche de M. Régis de n'avoir pas parlé des rapports de l'hématologie et de l'urologie m'a été d'autant plus sensible que je possède un grand nombre de documents sur la question, je ne les ai pas publiés craignant d'allonger à l'excès mon rapport, dont le cadre m'était fixé.

Le cerveau sénile ;

Rapport présenté par M. le Dr Léri.

Nous avons publié dans le n° 31 le résumé détaillé du rapport de M. Léri. Nous donnons aujourd'hui la discussion.

M. Anglade (de Bordeaux). — Il y aurait eu, à mon avis, une manière bien séduisante d'envisager, dans son ensemble, la question complexe du cerveau sénile. C'était de considérer d'abord les troubles psychiques qui, lorsqu'il s'agit du cerveau, doivent toujours garder la préséance, ensuite les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, réflexes, etc., et, cela fait, d'envisager les lésions multiples du cerveau sénile, pour tenter enfin une superposition des données cliniques aux altérations anatomiques.

Il est vrai que le rapporteur, s'il a mis les troubles psychiques au dernier plan, ne les a pas moins bien décrits : il nous a montré le vieillard toujours quelque peu sénile psychiquement, et le sénile toujours mentalement affaibli, souvent délirant, excité, déprimé, etc. etc. J'ajoute que le radotage sénile est fréquemment associé à un degré d'aphasie sensorielle (jargonaphasie, paraphasie, aphasie amnésique, etc., etc. et enfin que la démence sénile réalise, quand elle se complique d'un appoint méningé, le syndrome complet de la paralysie générale. La paralysie générale sénile est bien une réalité clinique.

★

Au point de vue neurologique, il y a également quelques lacunes dans l'exposé clinique de M. Léri. Le cerveau sénile traduit sa sénilité non seulement par des hémiplégies, des paraplégies, des accidents convulsifs, mais encore par des tremblements, des troubles de la réflectivité, de la sensibilité générale et spéciale, etc. Il est vrai qu'il y a dans le rapport une brève indication sur l'état de la réflectivité : le réflexe des orteils serait ordinairement en *extension* dans les hémiplégies et paraplégies lacunaires. De mon observation il résulte, au contraire, que le réflexe de Babinski se produit, habituellement, en flexion. Les tremblements, les troubles sensoriels et sensitifs, etc., ont été passés sous silence. Pourtant, les troubles de l'olfaction, de la vision et de l'audition sont fréquents dans la sénilité, et il s'agit d'organes qui sont des émanations cérébrales, que la sclérose frappe au même titre que le cerveau et parfois de bonne heure.

Ces regrets exprimés, j'arrive au fond de la question, à l'étude des lésions de la sénilité cérébrale. La lésion des cellules cérébrales est indiscutable. Les éléments nerveux sont altérés qualitativement et quantitativement. L'altération quantitative a ici plus de valeur encore que l'altération qualitative. Les vaiseaux sont souvent lésés ; pas toujours de la même façon ni au même degré. Il est manifeste qu'on a exagéré considérablement le rôle des lésions vasculaires. En réalité, l'atrophie sénile, les formations lacunaires ne sont pas le résultat d'une nécrose pure et simple résultant d'une oblitération artérielle. Dans tout le cerveau d'un dément sénile, au niveau des foyers chez les lacunaires, ce qui frappe surtout c'est l'importance de la réaction encéphalitique interstitielle inflammatoire. On peut différer d'avis sur la signification de cette réaction, soutenir avec de bons arguments qu'elle est primitive ou seulement secondaire ; ce que tout le monde reconnaîtra après examen de mes préparations, c'est la réalité de cette réaction névroglique toujours intense.

La sclérose des séniles se présente sous deux aspects très différents. Elle est diffuse, englobe tout le cerveau ; cette diffusion souffre pourtant des prédominances régionales. Un sénile jargonaphasique, par exemple, a toujours une temporale gauche plus scléreuse. Le caractère essentiel de cette sclérose diffuse est de ne pas aboutir à la formation lacunaire. Au contraire, dans une catégorie de cerveaux séniles, celles qui a été plus spécialement visée dans le rapport, la sclérose n'est pas aussi diffuse ; elle s'organise par plaques et aboutit à la lacune. Voici comment : c'est d'abord la réunion en un point qui n'est pas toujours le voisinage d'un vaisseau, d'arthrocytes géants et néoformés, multinucléés, à protoplasma visible, à gros prolongements formés de groupements fibrillaires. A cet aspect caractéristique succède celui du tassement fibrillaire avec effacement des figures arthrocytaires, disparition des noyaux. La plaque de sclérose est mûre ; elle va s'effriter et la lacune commencera. Le processus inflammatoire gagne au pourtour de cette lacune et par la transformation successive des éléments, la lacune s'agrandit, lorsque toutefois, comme il arrive surtout chez un sujet jeune, il n'y a pas une tendance à la limitation cicatricielle. Les diverses étapes de cette formation lacunaire peuvent être aisément suivies sur de bonnes préparations et particulièrement sur des coupes de cervelets lacunaires. C'est par un processus identique, mais superficiel, que se réalise l'état vermoulu, qu'il faut rapprocher d'une lésion identique, selon moi, au niveau de l'épendyme. On y voit se former des plaques de sclérose sous-épendymaire qui se détachent et tombent dans le ventricule, laissant à la paroi un aspect rugueux.

Si j'essaie maintenant de faire une tentative de superposition, je dirai que la sclérose diffuse correspond à la démence sénile avec excitation maniaque, mélancolique, paranoïaque, etc., avec jargonaphasie-paraphasie intermittente ; à la paralysie générale sénile. Tandis qu'aux états lacunaires correspondent plus particulièrement les troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité. Ce qui ne veut pas dire que l'état lacunaire n'occasionne pas la démence. Je crois pouvoir faire, à ce propos, une distinction : pour qu'il y ait une démence dans les états lacunaires il faut que l'écorce soit atteinte. Cette règle souffre quelques exceptions. Les lacunes des étages inférieurs avec intégrité corticale peuvent être très importantes sans entraîner une déchéance intellectuelle notable. J'ajoute qu'avant d'interpréter les diverses formes paraplégiques par ces lacunes, il faudra s'enquérir de l'état du cervelet. Il n'a rien été dit de ce cervelet chez les lacunaires et pourtant il est toujours intéressé à un degré qui pour être microscopique, n'en est pas moins très accusé. On ne peut interpréter correctement ces troubles de la marche des séniles ou les désordres de l'équilibration semblent bien cliniquement jouer un rôle tant qu'on méconaîtra les lésions cérebelleuses dont je signale l'extrême fréquence.

Je devrais me borner à vous présenter des faits. Il me sera permis cependant de faire une incursion dans le domaine des considérations hypothétiques. Il m'a semblé, en regardant de nombreuses préparations provenant de maladies cérébrales très différentes, que l'on pouvait considérer la cellule nerveuse et la cellule névroglique comme des sœurs ennemies s'observant tout le long de l'existence, toujours prêtes à se combattre à la première occasion morbide. La maladie diminue la résistance de la cellule nerveuse, exalte, au contraire, l'activité de la cellule névroglique. L'une réagit par la mort, l'autre par la prolifération. Il est frappant de constater qu'en fin de compte la névroglie triomphe avec le secours de toutes les causes de la sénilité. Dans le cerveau qui succombe, un élément semble doué d'une puissante vitalité, c'est la névroglie.

M. Raymond (de Paris). — Je désire rappeler que MM. Lejonne et Lhermitte ont publié sous ma direction différents travaux sur les paraplégies des vieillards et montré que parmi ces paraplégies certaines sont d'origine cérébrale, d'autres d'origine médullaire, d'autres enfin d'origine musculaire.

Les paraplégies cérébrales sont bien dues aux lacunes de désintégration, mais à côté de l'hémiplégie décrite par MM. Pierre Marie, Ferrand, etc., hémiplégie qui peut se terminer par une pseudo-paraplégie, il existe des paraplégies vraies d'emblée, qui forment un type clinique parfaitement distinct.

Les paraplégies myélopathiques reconnaissent pour cause la sclérose polyfasciculaire de la moelle. MM. Lejonne et Lhermite, en examinant d'une façon systématique, chez plusieurs malades, la moelle et le cerveau sur de nombreuses coupes microscopiques, ont établi solidement l'existence anatomique de cette forme de paraplégie.

Il peut évidemment exister chez les vieillards des scléroses médullaires polyfasciculaires sans paraplégie, de même qu'il existe chez eux des lacunes cérébrales sans hémi ni paraplégie : ce n'est pas là un argument pour refuser à la sclérose polyfasciculaire, pas plus qu'on ne la dénie aux lacunes, la faculté d'être, dans certains cas, l'origine des troubles moteurs, et dans l'espèce de paraplégies.

M. Grasset (de Montpellier). — J'appelle l'attention sur un détail curieux de certaines formes de paralysie cérébrale chez les scléreux qui marchent à petits pas et en raclant le sol : c'est la conservation de la force du mouvement *volontaire*. Quand on dit à ce malade, qui soulève à peine les pieds et trébuche à la moindre irrégularité du sol, de marcher en fléchissant la cuisse très haut, en steppant, il exécute parfaitement ce mouvement à son grand étonnement. De même, si l'on prend chaque articulation l'une après l'autre, et si on lutte contre le malade pour chaque mouvement successivement, on constate qu'il a conservé une grande force. Si les particularités que je signale étaient confirmées, on pourrait conclure qu'il s'agit d'un trouble de l'automatisme moteur, de la marche inconsciente, de la coordination cérébrale plutôt que de la marche volontaire et consciente de la volonté motrice, et ceci distinguerait symptomatiquement les faits dont je parle des faits de paraplégie médullaire et d'hémiplégie cérébrale bilatérale.

M. Meige (de Paris). — La distinction que M. Grasset vient d'établir entre les mouvements spontanés et les mouvements après commandement, dans certains cas d'hémi ou de paraplégie cérébrale, est très utile à connaître, car elle permet d'obtenir de très réelles améliorations au point de vue de la motricité en apprenant à des malades comment ils peuvent agir plus, en voulant plus et mieux.

M. Léri répond à M. Anglade qu'il a fait, dès le début, une

tentative de superposition des lésions anatomiques et des syndromes cliniques : en dehors d'un petit nombre de faits, cette superposition, très tentante au premier abord, ne lui a pas paru réalisable pour l'ensemble de l'étude du cerveau sénile ; c'est encore un idéal vers lequel doit tendre l'avenir et, actuellement, il a été obligé de se contenter de faire de fréquentes incursions dans la clinique à propos de l'étude anatomique et dans l'anatomie à propos de l'étude clinique. S'il n'a pas commencé l'étude du cerveau sénile par la description de la déchéance mentale, c'est que le cerveau est, non seulement l'organe de la pensée, mais aussi l'organe central du mouvement, de la sensibilité et le rapporteur ne pouvait perdre de vue qu'il avait à traiter une question de neurologie.

M. Léri s'incline devant la haute compétence de M. Anglade en matière de névroglie, mais il se demande pourtant si l'importance de la prolifération névroglique est aussi grande : peut-être n'est-elle pas primitive et, en tous cas, il insiste sur ce fait qu'elle ne lui paraît pas être la cause constante des lacunes de désintégration.

A M. Grasset, il répond que l'intégrité des mouvements volontaires isolés des membres chez les hémiplégiques lacunaires forme, en effet, un contraste frappant avec les troubles de la marche ; il était très intéressant de signaler, comme l'a fait M. Grasset, l'intégrité de la « marche volontaire » avec une altération prononcée de la « marche automatique ».

M. Léri, répondant à M. Raymond à propos des importantes recherches de Lejonne et Lhermitte sur les paraplégies des vieillards, rappelle la distinction qu'il a faite dans son rapport entre les « pseudo-paraplégies » par hémiplégie bilatérale lacunaire, des paraplégies vraies, soit lacunaires, soit myélopathiques. Comme le fait remarquer M. Raymond, ces paraplégies lacunaires seraient peut-être dues surtout à des lésions bilatérales des lobules paracentraux. D'un autre côté, dans certains cas où les lésions des faisceaux pyramidaux dépendent manifestement des lacunes cérébrales, d'une lacune de la capsule interne, par exemple, ces lésions pyramidales sont pourtant beaucoup plus nettes dans la région dorsale dans la région cervicale : cela tient, sans doute, à une sorte de condensation des fibres du faisceau pyramidal dans les régions inférieures, plus ou moins analogues à la condensation des fibres radiculaires postérieures dans le cordon de Goll à la région cervicale.

***

M. le Dr Chocraux qui a facilité notre tâche nous a adressé la note suivante :

Le Comité d'organisation du prochain congrès s'est réuni le vendredi 3 août, à 6 heures du soir, composé du bureau du Congrès actuel, auquel se sont adjoints les anciens présidents vice-présidents, secrétaires généraux.

L'Assemblée générale a eu lieu le samedi, 4 août, à 11 heures du matin. Il y avait 84 membres présents.

Il a été décidé que le Congrès se tiendrait en Suisse et prendrait le nom de Congrès de Genève et de Lausanne.

Président : Le prof. Prévost (de Genève). — *Secrétaires généraux* : professeurs Berdez (de Lausanne), Long (de Genève).

COMITÉ D'ORGANISATION :

Comité Génevois. — Professeurs : Prévost, Bard, Weber, d'Espine, Flournoy, Martin, Ladame, Claparède, Long.

Comité Vaudois. — Professeurs : Berdel, Bouyet, Mahaim, Forel, Herzen, Deucreville, Witzner, Paschand, Loij, Zbinden, Châtelain (de Neuchâtel), Dubois (de Berne), Serrigny (de Fribourg).

QUESTIONS CHOISIES :

Neurologie : Définition et nature de l'hystérie. — *Rapporteurs* : prof. Claude, de Paris, un doct. suisse N...

Psychiâtrie : Des psychoses périodiques. — *Rapporteur* : prof. Antheaume, de Paris.

Médecine légale : L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — *Rapporteur* : prof. Gilbert Ballet, de Paris.

Le Congrès décide ensuite de nommer pour le congrès de 1907 un vice-président qui sera de droit président du congrès de 1908. Le vice-président élu est le Dr CULLERRE (de La Roche-sur-Yon) ; élu au bulletin secret.

Le Congrès adopte ensuite à l'unanimité la proposition de nommer un Comité permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Le Comité permanent se composera de sept membres renouvelables par tiers tous les 2 ans et non rééligibles immédiatement. Ont été élus : Secrétaire-trésorier du Comité permanent : Dr Meige, de Paris. — Membres : Drs Arnaud, Paris ; Raymond, Paris, Vallon, Paris ; Crocq, Bruxelles ; Giraud, Rouen ; Régis, Bordeaux. Seront adjoints à ce comité : le président, le vice-président, le secrétaire-général du congrès suivant.

Communications diverses.

Les ataxiques, considérés comme atteints de phobie ou d'astasie-abasie, sont, en partie, des cas d'incoordination ou d'anesthésie du tronc méconnus.

M. Maurice FAURE (de La Malou). — Certains tabétiques, qui ne présentent pas les symptômes de la démarche ataxique classique, accusent, néanmoins, une gêne si considérable de la marche et de la station debout, qu'ils refusent de s'aventurer sur les terrains un peu difficiles, dans les escaliers, ou même simplement, sur un sol mouillé, sur un parquet ciré, sur une route un peu obscure, etc. Le plus souvent, il suffit d'un point d'appui brachial pour redonner à ces malades l'assurance qui leur manque : une canne, le bras d'un aide, la tête d'un enfant où ils posent la main même très légèrement, leur permet d'entreprendre un chemin qui leur paraissait impossible. Enfin, le même sujet, qui semble se mouvoir à peu près sans gêne dans une chambre (dont tous les meubles lui sont connus et lui offrent autant de points d'appui qu'il est assuré de rencontrer (toujours à la même place) paraît frappé d'immobilité complète, lorsqu'il se trouve devant un espace découvert et sans points de repère (tel qu'une place publique), ou dans un salon vaste et inconnu, ou dans une rue dont les passants qui circulent ne peuvent offrir les points d'appui fixes dont il a besoin. — Ces circonstances font, généralement, taxer le tabétique de phobique, d'astasique-abasique, d'agoraphobique, et l'on met sur le compte d'un état névropathique surajouté cette appréhension qui semble injustifiée, parce qu'elle n'apparaît qu'à certains moments, dans certains lieux, et qu'il suffit, pour la faire disparaître, de conditions qui diffèrent fort peu de celles qui l'entretiennent.

Mais si l'on examine ces malades de très près, on constate qu'ils sont atteints d'anesthésie profonde des articulations de la hanche, du tronc, et d'incoordination des muscles spinaux, lombaires, des muscles de la ceinture thoracique, abdominale, pelvienne. Lorsqu'ils sont nus, assis sur un tabouret étroit, sans dossier, on voit leur colonne vertébrale se fléchir ou s'incliner sans qu'ils en aient conscience, leur tronc perdre son équilibre, — et il suffit, parfois, de leur faire lever les yeux et de distraire leur attention, pour qu'ils tombent littéralement de leur siège.

Lorsqu'ils sont debout, ils ont souvent la sensation d'être perdus dans l'espace, et ils ne se rendent pas un compte exact de la position de leur corps. Il s'en suit qu'au lieu de se maintenir en équilibre sur une jambe (ce qui est indispensable pour la marche normale et pour la station debout, qui n'est le plus souvent qu'une attitude hanchée), les oscillations de leur corps, fussent-elles de quelques centimètres seulement, dépassent, sans qu'ils s'en rendent compte et sans qu'ils puissent les corriger, leur base de sustentation et compromettent leur équilibre.

Vient-on à leur fournir un point d'appui brachial, tout change (nous supposons, pour la clarté de la démonstration, que le bras et la jambe ne sont que peu ou point anesthésiques ou incoordonnés). Pris entre la jambe qui offre un point d'appui fixe, et le bras qui, avec des tractions mêmes légères, peut corriger des oscillations du tronc de quelques centimètres (suffisantes pour compromettre l'équilibre debout) — le corps se maintient, à moins qu'il ne soit atteint d'incoordination très considérable, et le malade marche librement (en apparence).

Le tabétique atteint de ces troubles du tronc, ne saurait être comparé, pour la séméiologie, au tabétique atteint de troubles moteurs des membres inférieurs. Ce dernier jette les jambes follement, à droite, à gauche, en avant, et sa marche saccadée et irrégulière attire l'attention des moins prévenus. L'incoordonné du tronc, au contraire, se meut lentement, avec circonspection et régularité. Rien dans son attitude, si ce n'est dans la fixité de son regard, l'intensité de son attention, tendue toute entière vers le maintien de son équilibre compromis, ne traduit son trouble. Les esprits non prévenus ne peuvent deviner pourquoi ce sujet, dont l'attitude est d'apparence à peu près normale, a besoin d'un appui presque constant. L'accentuation brusque des troubles, lorsque cet appui manque, ou en face d'une traversée jugée dangereuse (à bon droit, cependant), achève de rendre la situation incompréhensible. Ce n'est pourtant que l'exagération d'un phénomène normal ! Toute personne, placée tout à coup dans un passage où la conservation de son équilibre lui paraîtra difficile ou dangereuse, peut, si elle est un peu nerveuse, perdre une partie de ses moyens.

L'examen clinique, en révélant l'étendue des anesthésies et des incoordinations du tronc inaperçues, donne la clef de ces accidents. Il en indique aussi le traitement. Par des exercices méthodiques des muscles du tronc, — par l'entraînement journalier de la sensibilité, du sens des attitudes, on arrive à corriger les troubles du tronc, comme on corrige les troubles moteurs des jambes et des bras, depuis 10 ans, pour les exercices compensatoires indiqués par Frenkel. Dans le cas d'incoordination du tronc, le réapprentissage de la marche, de l'équilibre, de l'ascension, de la descente, est également nécessaire, suivant les techniques que nous avons réglées dans ce but ; mais la cure des troubles moteurs du tronc dans le tabès est plus longue et plus difficultueuse que la rééducation des membres inférieurs et supérieurs par les moyens ordinaires.

En dehors de l'intérêt propre à ces faits considérés en eux-mêmes, on en peut tirer les deux enseignements que voici :

1° Trop souvent, on a tendance à considérer la rééducation motrice de l'ataxique comme un exercice de suggestion, dont l'autorité morale du médecin et la bonne volonté du malade feront à peu près tous les frais. Ce sont, certainement, les cas auxquels nous venons de faire allusion qui ont contribué, pour la plus grande part, à faire naître et à développer cette opinion : le malade étant considéré comme un névropathe, un phobique, et n'ayant pas de troubles moteurs apparents, la rééducation n'a semblé être, en ce cas, qu'un moyen d'encourager le patient, de le rassurer, de vaincre son appréhension, etc.

Sans nier que, dans la plupart des cas, le tabétique ne soit un névropathe sur lequel l'influence morale d'un médecin sérieux s'exerce heureusement, — il nous semble certain que cette influence bienfaisante est loin d'être suffisante et qu'elle n'aboutira qu'à des résultats bien incomplets, si elle n'est secondée par une technique rigoureuse et d'une application constante.

Notre deuxième réflexion sera celle-ci :

Trop souvent aussi, on a tendance à considérer les exercices de Rééducation comme une sorte de code de gymnastique, plus ou moins complètement réglé, dont il suffit de conseiller l'application, et qu'un médecin, un masseur, un gymnaste dirigeront ensuite sans difficultés, pour peu qu'ils aient eu quelquefois l'occasion de voir faire des exercices gymnastiques plus ou moins analogues.

Or, quel résultat pourrait bien donner aux malades que nous venons de viser, l'application, fût-elle minutieuse et indéfiniment prolongée, d'exercices des membres inférieurs, ou d'exercice de marche (tels que ceux indiqués par Frenkel, par exemple, dans d'autres cas) et qui n'ont guère pour objet que de régler la position des pieds et des membres inférieurs? Ce sera beaucoup de temps perdu pour un très petit résultat puisque nos malades n'ont que peu ou point de troubles moteurs des membres inférieurs, et que leur instabilité vient seulement de l'anesthésie et de l'incordination des muscles du tronc. — Et quel labeur pour ces malades, s'ils sont soumis à des exercices de marche, d'ascension, d'équilibre, sans point d'appui, avant que leurs muscles du tronc aient été entraînés méthodiquement, individuellement pour ainsi dire, à reprendre leur fonction ! L'effort dépensé ici sera certainement beaucoup trop grand; il risquera d'augmenter les accidents ; — en tout cas, il fatiguera les malades et les découragera, avant qu'ils aient pu obtenir des bénéfices intéressants. — A chaque trouble moteur doit correspondre un exercice spécial qui ne vise que ce trouble moteur, ne convient qu'à celui-là et reste sans efficacité contre tous les autres. Une technique unique, banale, répétée indifféremment pour tous et par tous, ne peut être que faiblement utile, généralement inefficace, et quelquefois dangereuse. — Et c'est par ce que, dans le large champ d'études qui est sous nos yeux, nous avons vu, trop souvent, des tabétiques épuisés par des manœuvres maladroites, découragés par la répétition d'exercices inutiles, aggravés par des fautes de technique, que nous avons cru devoir insister en passant sur ce point.

MÉDECINE PRATIQUE

Entéro-colite muco-membraneuse.

Le docteur Helme expose dans la *Revue de médecine et de chirurgie* les travaux du docteur Jouaust et de M. le professeur Combe de Lausanne.

Cet ouvrage du Prof. Combe, dit-il, en est depuis un an à sa 2e édition ; il a pour titre : *Traitement de l'entérite muco-membraneuse* ; celui de M. Jouaust s'intitule simplement : *Traitement des entérites*. Le premier est plus personnel, partant plus partial ; le second, tout en étant suffisamment original, est, au contraire, plus éclectique, plus compréhensif, comme disent les Allemands : tous deux sont fort intéressants et résument à merveille la question ; vous allez voir qu'elle est compliquée.

En France, les premiers qui étudièrent l'entérite muco-membraneuse la classèrent dans le chapitre des névroses. Nous voyons que Langenhagen, G. Lyon, puis Soupault et ses élèves cherchent à établir que l'entérite est fonction d'un trouble nerveux qu'ils dénomment trophonévrose. Parallèlement, M. Hayem et M. Glénard, de Vichy, entendent démontrer, le premier, que l'entérite est toujours sous la dépendance de troubles dyspeptiques, le second qu'elle est liée aux ptoses viscérales et au mauvais fonctionnement du foie, à l'hépatisme. « Vous oubliez trop, dit M. Hayem, que les gens dont le chimisme est mauvais fabriquent du mauvais chyle. Celui-ci irrite l'intestin, entretient une inflammation secondaire aux perturbations de l'estomac. La preuve que j'ai raison, continue-t-il, c'est que si vous traitez la dyspepsie, vous guérirez l'intestin. L'entérite, conclut M. Hayem, n'est donc pas une maladie proprement dite, c'est tout au plus un syndrome bon à classer au chapitre estomac. »

Qu'il nous soit permis de faire remarquer ici que le docteur de Langenhagen et Froussard, de Plombières, ont contribué beaucoup plus que le professeur Hayem à éclairer la question. Leur description, moins dogmatique, mais plus clinique et positive, a assuré le succès plus fréquent du traitement. L'erreur de M. Hayem est de vouloir toujours faire de l'estomac un laboratoire modèle de chimie biologique. Mais vous oubliez, monsieur le Professeur que ce laboratoire ne marche régulièrement que sous l'influence de causes multiples dans lesquelles entre mille coefficients divers : les ptoses viscérales, l'alimentation défectueuse, les nerfs, les contrariétés, les chagrins, le froid et le chaud, etc. On peut se passer d'estomac, non d'intestin, et vous n'aurez pas de bon estomac sans fonctionnement régulier de l'intestin.

Pas de toxines, pas de fermentations anormales, ainsi qu'on l'obtient avec le Charbon Tissot, et le foie et l'estomac reprendront leurs fonctions régulières, s'amélioreront s'ils sont fatigués.

— La preuve c'est que MM. Hutinel, Marfan, Variot, Thiercelin et, en général, tous les pédiatres français, ripostent en demandant ce que devient l'entérite primitive, infectieuse, celle-là? Et M. Combe, renchérissant sur nos confrères, déclare dans son livre que l'entérite infectieuse est la seule qui compte. La trophonévrose de G. Lyon et Soupault, l'entérite secondaire de Hayem et de Glénard, existent certainement, mais combien rares! Entérite et infection sont deux termes qui ne vont pas l'un sans l'autre. Evidemment, on ne peut attribuer l'infection à un microbe spécifique. Dans sa thèse, inspirée par M. Hutinel, le docteur Thiercelin disait n'avoir jamais trouvé que le *bacterium coli commune*, probablement parce qu'il est plus vivace que les autres et étouffe leurs cultures. Un peu plus tard cependant, on signalait des entérites à staphylocoques, voire à bacilles pyocyaniques. Enfin, revenant sur ses premières affirmations, M. Thiercelin déclarait récemment à la *Société de pédiatrie* que l'entérocoque, ce saprophyte qui pullule par milliards dans tout l'intestin, devenait virulent sous l'influence de la grippe, et c'était lui qu'on devait surtout incriminer dans les cas d'entérite. Le fait était à prévoir ; M. Hutinel avait déjà eu soin de noter la fréquence de la maladie en hiver et sa coïncidence avec les épidémies de grippe. M. Combe est, je crois, de cet avis, mais ce qui fait l'originalité de sa théorie, c'est qu'il s'attache moins, encore qu'infectionniste, aux agents microbiens qu'aux produits toxiques sécrétés par ceux-ci, d'où le rôle du Charbon et spécialement du *Charbon Tissot*.

Nos cellules, dit le professeur de Lausanne, élaborent avec nos aliments des molécules de plus en plus simples et par conséquent d'assimilation de plus en plus facile. Mais que ces molécules deviennent la proie d'un agent microbien, elles seront travaillées par ses toxines muées en agents complexes et nocifs, d'où irritation de l'intestin et entérite. Si j'ai bien compris les leçons de M. Combe, il a voulu surtout établir l'action de la cellule et du microbe, celui-ci venant bouleverser l'œuvre de celle-là.

Quoi qu'il en soit des théories émises, chacune, ainsi qu'il arrive toujours, apporte au débat sa part de vérité. Il faut savoir être éclectique comme M. Jouaust. Ainsi, chez l'enfant oui, l'entérite est primitive ; mais qui osera soutenir qu'elle l'est chez telles neuro-arthritiques à nutrition ralentie, constipées d'habitude, et dont le trouble intestinal s'accompagne invariablement d'accidents nerveux ? De même, les entéroptosiques, les dilatés, dont l'estomac, le foie, fonctionnent mal ne sont-ils pas entéritiques, du fait de leur estomac et de leur foie plutôt que de leur intestin ? « Il y a un organe malade, dit M. Jouaust, foie, reins, appendice, un terrain favorable, neuro-arthritisme et secondairement de l'hypersécrétion intestinale et de la production de muco-membranes », — tous phénomènes se produisant sous l'influence d'agents microbiens, ajouterons-nous avec M. Combe.

N'allez pas croire, au surplus, que ce sont là vaines discussions d'école ; le traitement découle de la théorie pathogénique adoptée. Tel traitera le système nerveux, alors que son voisin s'occupera exclusivement de l'estomac ou du foie, tandis que M. Combe et les pédiâtres français s'adonneront plus particulièrement à l'antisepsie, tous du reste, à l'asepsie intestinale inoffensive par le Charbon Tissot.

Pour chaque malade, outre l'analyse d'urines, il est procédé à une analyse détaillée des matières fécales ; elle seule permet de reconnaître les aliments qui ont été bien ou mal digérés. Il est entendu que je ne vous ai donné qu'un type de régime ; vous en trouverez quantité d'autres, soit dans le livre de M. Jouaust, soit dans celui de M. Combe. De cet ensemble on doit conclure qu'on guérit tout aussi bien l'entérite en France qu'ailleurs ; mais on doit aussi s'inspirer de l'exemple de nos voisins pour redouter moins de visiter les malades et leur imposer avec plus d'énergie nos prescriptions détaillées soigneusement.

Somme toute, éviter l'infection et la fermentation anormales de l'intestin, assurer la division du bol alimentaire et l'expulsion régulière et quotidienne : telle est la base du traitement quelle que soit la théorie.

Une cuillerée de Charbon Tissot avalé comme des granulés après le repas, suffit pour assurer ce fonctionnement.

BIBLIOGRAPHIE

Les épidémies et les maladies contagieuses au XXe siècle; par le Dr Félix. (Vigot, Paris, 1905.)

M. le Dr Félix publie sous ce titre les conférences qu'il a faites à l'Institut des Hautes Etudes de l'Université nouvelle de Bruxelles. Elles s'adressent, dit-il, à un public étranger aux sciences médicales, et ont pour but principal l'histoire des épidémies au point de vue de l'hygiène et de l'économie sociales. Il étudie tour à tour, sous une forme simple, claire, éminemment vulgarisatrice, les maladies épidémiques : le choléra, la peste, la fièvre jaune, etc., etc. De chacune de ces questions, il trace l'histoire, fixe l'étiologie et enseigne les mesures à prendre pour s'en préserver et de s'en guérir.

Ce recueil de conférences servira utilement à tous ceux qui désirent connaitre ces questions, ou qui, à leur tour, voudront en répandre les notions. Mais cette appréciation serait incomplète, si nous n'ajoutions que M. le Dr Félix possède, sur les questions qu'il traite, des idées très personnelles et très neuves, que l'on peut ne pas partager dans leur intégrité, mais auxquelles on réfléchira toujours. A ceux qui connaissent ces questions, ce livre les rappellera et constituera une utile mise au point ; à ceux qui les ignorent, il rendra les plus grands services.

Des anévrysmes de l'aorte d'origine rhumatismale; par le Dr Jean Feytaud, de Bordeaux. (Bonvalot-Jouve, éditeur.)

La syphilis occupe dans l'étiologie des anévrysmes de l'aorte une place de plus en plus grande, et l'on se demande aujourd'hui si tous ne dépendent pas d'elle. M. le Dr Feytaud ne le pense pas. L'auteur ne nie pas le rôle prépondérant de la syphilis, mais il réclame une place pour d'autres facteurs, le rhumatisme en particulier.

Le rhumatisme peut déterminer des anévrysmes aortiques ; ce fait était soupçonné depuis longtemps, avant même que l'on connût l'importance de l'étiologie syphilitique, mais peu à peu, devant la place chaque jour plus grande de cette dernière, les autres facteurs se sont effacés.

M. le Dr Feytaud retient cinq observations d'anévrysmes aortiques développés au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu ; la progression coïncidant avec des poussées articulaires, l'amélioration par le traitement salicylé, sont autant de raisons qui concourent à affirmer l'origine rhumatismale de la lésion.

Dr Filassier.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chloro-anémie.

La première chose à ordonner, c'est le repos absolu au lit, dans une chambre bien éclairée et bien aérée. Si la malade n'a pas encore été traitée, c'est-à-dire si son tube digestif n'a pas encore été fatigué par les médicaments, surtout les spécialités inutiles, sinon dangereuses, prônées dans la presse laïque, on pourra instituer une médication martiale ou arsenicale en combinaison avec un régime approprié. Fer et arsenic seront donnés avec interruptions régulières pour éviter l'inévitable gastrite médicamenteuse, qui compromet tout succès. Lorsque cette gastrite existe, comme cela est malheureusement presque toujours le cas, il faut commencer par la guérir : régime lacté absolu d'abord, mitigé ensuite avec l'amélioration par les purées, les farineux, les œufs, la viande rapée. Ce traitement sera couronné de succès dans les anémies légères et de moyenne intensité. Néanmoins, pour en activer les effets, il faudra dès le début employer la *chaleur* sous toutes ses formes. D'après les recherches les plus récentes, l'anémie est une névrose vaso-motrice qui entraîne des troubles dans l'échange humoral entre le sang et les tissus, troubles qui influencent défavorablement la formation des globules rouges dans la moelle osseuse. Le sang est trop riche en plasma et trop pauvre en globules rouges. Le plasma cède son eau aux tissus et surtout à la moelle osseuse et l'hydratation

consécutive des érythrocytes les gonfle et diminue leur vitalité. Un traitement rationnel doit suivre le chemin inverse : ramener l'eau des tissus dans le courant sanguin et de là au dehors ; en un mot, il faut viser la concentration du sang. Ce but est atteint par l'excitation de la sécrétion sudorale. Or nous possédons deux moyens inoffensifs pour provoquer une transpiration intense : le bain d'eau chaude et le bain d'air chaud.

Trois fois par semaine, l'anémique prendra un bain à 37° d'une durée de 20 à 40 minutes, jusqu'à production d'une forte transpiration de la tête. Après une bonne friction, le malade regagnera le lit. Les heureux effets de la balnéation se montrent en très peu de temps (disparition des signes subjectifs) et une guérison complète peut être obtenue en 4 à 6 semaines.

Pour les bains d'air chaud, on peut employer la lumière électrique, ou l'appareil connu sous le nom de *Phénix à air chaud.* Les praticiens, qui ne disposent pas d'une installation spéciale, obtiendront les mêmes résultats avec le dispositif suivant : le malade est assis sur une chaise cannée au-dessous de laquelle brûlent deux ou quatre bougies ; deux draps de lit le recouvrent du cou aux pieds ; on aura soin de bien appliquer les draps par terre par un moyen quelconque. Après quinze ou vingt minutes de forte transpiration, on couche le malade entouré des draps bien chauds qui formaient la cloche. L'action de la chaleur se prolonge de cette façon et l'équilibre avec la température de la pièce se rétablit d'une façon insensible. Ordinairement cette transpiration est suivie d'un bien-être très agréable, et d'un sommeil réparateur. Voilà donc une thérapeutique peu coûteuse, facile à se procurer en tout lieu et très efficace dans la chlorose et, soit dit en passant en toute circonstance, où une transpiration abondante est indiquée (grippe).

A noter une seule contre-indication ; la trop grande faiblesse du malade, rare d'ailleurs dans la chlorose, plus fréquente dans les autres anémies, primitives ou secondaires. Dans ces cas d'extrême faiblesse, on sera autorisé à faire la transfusion du sang : 40 c.c. de sang provenant d'un sujet humain sain seront défibrinés en vase aseptique avec du verre pilé et stérilisé, mélangés avec le volume double de sérum physiologique à 39° et injectés en une fois. Après échec de tous les autres moyens, la transfusion non exempte de tout danger, peut donc être mise en pratique comme ultimum refugium. La légère élévation thermique qui l'accompagne semble indiquer qu'elle agit par excitation directe de l'appareil vaso-moteur. Pour conclure, nous résumerons le traitement des chloro-anémies en ces termes : prescrire le repos au lit, éviter de produire la gastrite par les amers, instituer un régime approprié, donner le fer par intervalles, employer surtout les bains chauds.

FRIEDEL.

VARIA

Eloge du Dr Hameau.

Messieurs,

En venant ici prononcer l'éloge d'un de nos collègues disparus, j'empiète, je le sais, sur les prérogatives de M. le Secrétaire général, et j'accomplis, je le sais aussi, un acte de véritable témérité. Mon excuse est dans la raison qui me fait agir.

J'ai été pendant 40 ans l'ami de Gustave HAMEAU. Dans une Société comme la nôtre, les qualités morales du médecin sont inséparables de ses titres scientifiques. Si nous savons distinguer le savant, nous voulons honorer l'homme.

Les titres du savant, personne ne les ignore ; chacun de nous peut les contrôler et les juger. Mais l'homme, qui nous le dévoilera ? Qui nous dira les facultés de son intelligence, les traits de son caractère, le mobile de ses actions ? Qui, si ce n'est pas quelque témoin de sa vie ? Ce témoin, je l'ai été pour HAMEAU ; et c'est pourquoi je prends la parole aujourd'hui. Aussi bien, ma tâche est aisée. Je n'ai qu'à retracer une vie toute de travail, de dévouement et d'honneur.

***

Gustave HAMEAU est né à La Teste, près d'Arcachon, en 1827. Il est le fils d'un simple médecin de campagne, de Jean HAMEAU, qui, par une sorte d'intuition géniale, sans le secours d'aucune loi scientifique, uniquement guidé par l'observation, avait, dans son *Mémoire sur les virus*, publié en 1836, pressenti, deviné, affirmé, sinon démontré, la nature vivante des contages dans les maladies transmissibles.

Je ne le suivrai pas dans ses années de jeunesse, dans ses années de collégien, d'étudiant, d'interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Je ne veux et ne dois parler ici que de l'homme et du médecin.

Gustave HAMEAU est d'abord, et avant tout, un Clinicien. Il rejette les théories qui ne s'appuient pas sur les faits. Le malade est son premier et son plus sûr guide. Pour le bien connaître, il l'interroge dans toutes ses manifestations ; il l'épie dans ses impressions les plus mobiles, dans ses réactions, physiologiques ou morbides, les plus diverses et les plus fugitives. Antécédents familiaux ou personnels, pathogénie générale et spéciale, caractères anatomiques ou fonctionnels, évolution progressive ou régressive de la lésion, résistances physiologiques, antagonismes ou connivences pathologiques, tout est pesé, contrôlé, jugé avec une sagacité peu commune. S'agit-il de déterminer la valeur d'une médication, de fixer, par exemple, la physionomie d'un climat, HAMEAU ne négligera certes pas les notions que peut lui fournir le Laboratoire. Il puisera des arguments dans les connaissances exactes et positives que lui donnent les instruments de la physique, et les tables de la météorologie. Mais ces documents d'ordre scientifique céderont toujours le pas aux documents de l'enquête clinique. Celle-ci aura le dernier mot dans les déterminations thérapeutiques ; elle reste la souveraine maîtresse des indications proprement médicales.

***

Les premières publications de Gustave HAMEAU ont trait à des questions générales de *Climatologie médicale*. En sa qualité de médecin-Inspecteur des Bains de mer d'Arcachon, notre collègue était tout désigné pour ce genre d'études.

Dans un voyage de deux mois, entrepris dans le Midi de la France, en novembre et décembre 1863, il visite successivement Nice, Menton, Villefranche, Cannes, Hyères, et Pau. Il relève toutes les statistiques, il s'enquiert de tous les documents susceptibles de l'éclairer sur les qualités climatériques de ces différentes stations. Puis il consigne ses observations dans un Mémoire qu'il présente à la Société de médecine de Bordeaux.

A la *Forêt*, dit-il, appartient le traitement des maladies chroniques de l'appareil respiratoire : Bronchites, Asthme, formes viscérales de la Tuberculose ; à la *Plage*, le traitement de la Scrofule ganglionnaire, osseuse et articulaire. Mais à toutes ces affections, générales ou locales, ajoute-t-il aussitôt, le malade impose la loi de sa vie cellulaire ; ce sont les nuances, les modalités cliniques qu'il crée, qui vont faire la *détermination spécifique* de chacune des zones climatériques.

La *cure forestière*, indiquée dans la bronchite chronique, l'asthme et la tuberculose pulmonaire, ne conviendra et ne réussira qu'au bronchitique *irritable*, à l'asthmatique chez lequel prédomine la *névrose*, le *spasme*, au poitrinaire en état d'*éréthisme* général ou local. Si ces malades sont des *lymphatiques mous*, à type lent et torpide, à sécrétions humorales abondantes, ils deviennent tributaires de la *cure marine*, au même titre que les tuberculeux ganglionnaires, osseux et articulaires, suppurants ou non suppurants.

Quant au pulmonaire vrai, simple candidat à la tuberculose ou tuberculeux avéré, il est notoirement désigné pour devenir l'hôte assidu de ce grand *Sanatorium* qu'est la Forêt d'Arcachon. Dans certaines conditions pourtant, il peut réclamer, lui aussi, d'une façon plus ou moins temporaire, l'intervention de la Médication marine.

Le phtisique, en effet, n'est-il pas, dans ses multiples et diverses incarnations, un véritable protée ? La faiblesse irritable n'est-elle pas le caractère pathognomonique de ses fonctions, de ses actes tant physiologiques que pathologiques ? S'il réclame aujourd'hui des remèdes doux et calmants, il en réclamera demain de forts et de stimulants. Aussi, est-il tour

à tour. et très légitimement. tributaire et de la médication sédative et de la médication tonique.

Sans sortir d'Arcachon, la double indication peut être remplie. Conseillée dans les épisodes aigus ou subaigus de la phtisie, appropriée spécialement aux malades excitables et nerveux, qu'ils soient lymphatiques ou arthritiques, la *cure forestière* devra donc alterner, dans des cas déterminés. et à des époques variables, avec la *cure marine*, avec le séjour *sur la Plage* et des promenades *en mer*, agents salutaires dans les formes froides et reposées de la maladie.

En agrandissant ainsi le domaine médical d'Arcachon, en précisant les différentes indications de son climat, en les faisant reposer sur une analyse raisonnée, un classement méthodique des divers facteurs qui le constituent ; en formulant ces indications après le contrôle sévère d'une observation clinique, longue et soutenue, Gustave Hameau est et demeure le fondateur incontesté de la grande Cité sanitaire de la Gironde. La notoriété de la station est son œuvre. Ses travaux scientifiques ont donné la première impulsion ; son nom et son honorabilité ont fait le reste.

Nous tous, médecins, nous l'avons suivi. Nous savions qu'il voyait juste et qu'il disait vrai.

Je m'en voudrais de ne pas citer ici celle de ses œuvres qui, chaque jour et de plus en plus, contribue au succès grandissant d'Arcachon. Je veux parler de la *Société scientifique* et du *Laboratoire marin* qu'il fonda en 1863. Nos physiologistes et nos savants trouvent là des éléments d'étude précieux pour assurer les progrès de la Science biologique.

Va-t-il se prononcer sur la valeur hygiénique et thérapeutique de chacune des cités hivernales qu'il a visitées ? Va-t-il les juger, les comparer l'une à l'autre, et arriver à des conclusions fermes ? Ce serait contraire à la droiture de son esprit, contraire à sa conscience de médecin. En critique impartial, il avoue qu'il ne saurait avoir la prétention de connaître un climat, encore moins de le juger. parce qu'il l'aura vu et observé pendant quelques semaines. Si les documents qu'il a recueillis sur la chaleur et la tension de l'atmosphère, sur son degré d'humidité ou de sécheresse, sur le régime des vents, sur la constitution géologique du sol, lui permettent de faire certains classements, certains rapprochements ou certaines oppositions, il n'a garde d'oublier que la caractéristique médicale d'un climat ne se cherche et ne se trouve ni dans l'état hygrométrique de l'air, ni dans les oscillations de la température, ni dans la topographie des terrains ou la direction des vents. Ce sont là pures données climatologiques, qui font *prévoir* les indications, mais qui ne les *déterminent* pas.

En nous basant sur elles. nous pouvons, d'une façon générale, assigner, par exemple, au climat de la Provence, une action excitante et tonique, en raison de l'intensité de sa lumière, de la sécheresse de son air, de l'alternance ou plutôt de l'antagonisme des vents de terre et des vents de mer, qui y règnent habituellement. Par contre. le climat de l'Aquitaine, celui de Pau et d'Arcachon en particulier. se caractérisera par une action nettement sédative. grâce à l'humidité de l'atmosphère, à sa tiédeur uniforme, à une certaine constance de l'échelle thermométrique, à la faiblesse et à la rareté des vents du nord ou du midi, opposées à la force et à la fréquence des vents de l'ouest ou de l'Océan. Mais, encore une fois, tous ces éléments physico-chimiques ne constituent que l'anatomie, la matière médicale d'un climat ; ils ne donnent sur son action physiologique et thérapeutique que des présomptions, des probabilités. Au malade seul il appartient d'en révéler les véritables appropriations. C'est toujours lui qui est le réactif le plus sensible ; ce sont ses aptitudes, ses réactions fonctionnelles, saines ou morbides, qui tiennent et gardent la clef du problème.

***

Après cette vue d'ensemble sur la climatologie des stations hivernales du Midi de la France, Hameau aborde son vrai sujet : le climat d'Arcachon, et son influence sur l'organisme du malade. C'est là qu'il puisera désormais les éléments de ses travaux. Une étude exclusive lui permettra de pénétrer plus avant dans l'analyse des nombreux faits soumis à son observation, et de les interpréter avec plus de sûreté et de vérité.

Dans une série de mémoires, publiés de 1866 à 1890, il désigne et précise les Etats constitutionnels. les maladies chroniques, leurs formes lésionales ou fonctionnelles, qui réclament ou repoussent l'intervention des facteurs sanitaires de la Cité marine. aux destinées de laquelle il préside avec un s légitime succès. Il ne lui suffit pas de désigner et de préciser les Etats morbides, tributaires de son climat. Il les spécifie, les différencie au point de vue particulier des conditions de séjour, que chacun d'eux réclame. C'est ici qu'il trace de main de maître la ligne de démarcation, qui sépare, dans leurs attributions thérapeutiques. les deux zones climatiques d'Arcachon : la *Plage* et la *Forêt*.

Les appropriations distinctes de ces deux zones, Hameau les formule dans deux de ses principaux mémoires : l'un, *Le climat d'Arcachon et le Sanatorium* (Ville d'hiver) ; l'autre. *De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses*. Ses conclusions sont aussi précises que formelles.

***

Hameau n'est pas seulement le Clinicien qui consigne et interprète, dans des études impartiales, les faits qu'il a vus et vécus. Après l'analyse vient la synthèse. Il porte celle-ci dans une question de pathologie générale des plus ardues et des plus délicates.

Sur quel terrain, dans quel organisme la graine tuberculeuse trouve-t-elle à exercer le mieux ses facultés fertilisantes ? Voilà l'interrogation qu'il se pose, voilà le problème dont il demande la solution. Comment va-t-il répondre ?

Dans cette question de pathogénie, dit-il. deux terrains sont en présence : l'un favorable, l'autre défavorable à la germination et à l'évolution de la graine infectieuse. Le premier, le *favorable*, se trouve réalisé « dans les organismes sains, « exempts de tare héréditaire ou acquise » ; c'est le *terrain vierge*. Le second, le *défavorable*, est l'apanage non seulement des tuberculeux héréditaires, mais aussi des « sujets délicats, « teneurs de quelque diathèse, telles que la scrofule, la goutte, « l'arthritisme » ; c'est le *terrain stérilisé*.

« Tout le monde croit, ajoute Hameau, et les traités classi-« ques enseignent que la Tuberculose pulmonaire *acquise* se « montre d'autant plus fatale, et rapidement fatale, que le su-« jet atteint se trouve par hérédité disposé à la maladie.... Or « c'est le contraire qui est la vérité ». Pour lui, ce sont ou des organismes déjà contaminés, et en quelque sorte vaccinés par des attaques antérieures du germe virulent, ou des organismes altérés d'une façon spéciale, imprégnés d'un vice nutritif *antagoniste* de la vie du bacille, qui offrent le plus de résistance à la tuberculose, peuvent la faire rétrograder, et sortir indemnes de ses assauts répétés.

Ces questions de pathogénie tuberculeuse sont abordées et discutées dans sa très intéressante Etude de *La Phtisie normale*, communiquée par lui, en 1894, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Il y développe des idées personnelles, avec une conviction et une indépendance, bien faites pour rallier à sa cause les esprits non prévenus.

***

Les distinctions et les honneurs étaient bien dus à une telle vie. Ils ne manquèrent pas à Hameau, et, chose flatteuse entre toutes, lui furent décernés par ses pairs.

Président de la Société scientifique d'Arcachon en 1863, le suffrage de ses collègues le porte, en 1884, à la présidence de l'Association des Médecins de la Gironde. En 1896, il est élu vice-président de l'Association Générale des Médecins de France.

Qui le désigne ainsi pour ces hautes fonctions ? Ce ne sont pas les titres officiels ; il n'en possède aucun. Seule, la valeur de l'homme a pesé dans la balance.

Chevalier de la Légion d'honneur depuis 1830, il pouvait vouloir monter en grade. Sa modestie et son désintéressement lui ôtaient de ce côté toute espèce d'ambition. Ce qu'il ambitionnait, c'était l'estime de ses confrères, de ses concitoyens.

Nous venons de voir qu'elle lui était acquise d'un consentement unanime.

∴

Et maintenant, quel portrait faire de l'homme ? Comment retracer sa personnalité morale et physique ?

D'apparence frêle, le visage ouvert, consumé de pensée, le regard droit et pénétrant, Gustave Hameau avait, dans ses allures, je ne sais quoi d'aisé et de décidé, qui faisait illusion. A le voir si actif, toujours prompt à remplir tous ses devoirs, personne n'eût dit que la force physique pouvait lui manquer. Il voulait être utile ; une volonté inlassable le soutenait.

Les premières impressions de sa vie, il les doit à son père : il y restera fidèle. L'empreinte de la tradition familiale ne s'effacera pas.

Que n'aurais-je pas à dire sur la pondération de ses vues et la sagacité de son jugement ? sur l'indépendance, la liberté de son esprit ? sur l'énergie confiante de ses actes, la sûreté de ses relations ? sur son besoin d'agir et de se dévouer ? A tout cela, rien d'étonnant. N'a-t-il pas puisé les germes de ses sentiments et de ses pensées, dans une éducation saine et forte ? On lui avait appris à vivre et à penser noblement ; il s'est souvenu, voilà tout.

Que dirai-je aussi du bienfaiteur, du philanthrope, mettant son grand cœur et sa généreuse intelligence au service des misères et des infortunes ?

Hameau ne se contente pas de créer des *Sociétés charitables* à La Teste et à Arcachon, de les soutenir de sa personne, de les faire prospérer par une active propagande. Il porte devant ses collègues de l'Association de la Gironde et de l'Association générale la question de l'*Assistance médicale des indigents dans la campagne*. Dans les différents rapports qu'il leur soumet, il énumère les conditions d'organisation qui lui paraissent les meilleures pour subvenir aux besoins du pauvre, pour accorder et distribuer les secours de la façon la plus digne et pour le malade et pour le médecin.

Il me paraît inutile d'insister sur le libéralisme et la générosité de ses actes : ils sont gravés dans la mémoire de tous. Si la générosité est le luxe de la puissance, Gustave Hameau est un riche et un fort.

Un mot encore, un seul : et c'est lui qui le dira. Dans une de ses dernières lettres, je lis ceci : « Depuis mes amis d'en« fance et de collège jusqu'à ceux que le cours de la vie a at« tirés vers moi, tous me sont restés fidèles.... Mes confrères « de la Gironde m'ont donné tant de marques d'estime et de « confiance, que j'en suis vraiment fier, parce que j'y vois la « preuve que je ne me suis jamais écarté de la grande voie de « l'honneur, qui m'avait été tracée d'une main ferme par « mon père et ma mère vénérés. Enfin, n'ai-je pas reçu la « plus magnifique des satisfactions, au terme de mes jours, en « assistant à la glorification du meilleur des pères ? »

Une telle lettre juge l'homme. On peut fouiller son œuvre et sa vie ; on ne trouvera que désintéressement et bonne foi, dévouement et bonté.

∴

Il vécut ainsi de longues années, aimé et respecté de tous : appuyé sur sa femme, la compagne assidue des bons et des mauvais jours ; heureux de voir son fils, fidèle aux traditions familiales, entrer dans le même sillon que lui, et le parcourir avec la même indépendance, la même probité ; fier de ses deux filles, qui lui rendaient en tendresse le bonheur qu'il leur avait donné, le dévouement qu'il leur avait prodigué.

Le 3 août 1901, Gustave Hameau, sans aucun amoindrissement de lui-même, s'éteignait doucement, au milieu des siens, à l'âge de soixante-quatorze ans.

Il mourait avec la résignation tranquille du sage, en pleine sérénité d'esprit, en plein calme de la conscience. Heureux qui entre dans le repos après un labeur si noblement accompli !

Concours de médecin et de pharmacien des troupes coloniales

Un concours s'ouvrira le 3 décembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du Service de santé, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de 1re classe à des emplois de médecins et de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiqués : 1° Etre nés ou naturalisés français ; 2° Avoir eu moins de 32 ans au 1er janvier de l'année du concours ; 3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ; 4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Epreuves. — I. — *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens de 1re classe.* — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination des substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ; 4° Epreuve de chimie analytique : recherches des acides et des bases renfermés dans deux sels solides ou dissous.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. — Composition écrite, 12 ; examen clinique, 15 ; médecine opératoire, 12 ; interrogatoire sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12 ; interrogatoire sur la physique et la chimie, 10 ; interrogatoire sur l'histoire naturelle et la pharmacie, 10 ; préparation, 12 ; épreuve de chimie analytique, 15.

Une majoration de 150 points est accordée : 1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ; 2° Aux docteurs en pharmacie ; 3° Aux licenciés ès sciences ; et une majoration de 50 points aux lauréats des Facultés. Les majorations ne peuvent être cumulées. Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au Ministre de la Guerre (Direction des troupes coloniales, 3e Bureau) avant le 25 novembre prochain.

Pièces a fournir — I. *Avant le concours.* — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° S'il y a lieu certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ; 4° Certificat d'aptitude au service militaire établi l'année du concours ; 5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ; 6° Indication du domicile.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins au titre de l'activité dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe et vont suivre à Marseille, pendant un an, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; ils

CHEMINS DE FER
DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Relations entre Paris, Vichy, Clermont, Royat.

Train rapide quotidien de jour composé de voitures de 1re classe à couloir avec lavabos et water-closets. Voiture directe à lits-salon entre Paris Vichy, et Clermont. Vagon-restaurant dans le train d'aller.

Dessert directement ou par correspondance : Pougues, Ris-Châteldon, Riom (Châtel-Guyon), Clermont, Royat et Coudes (Saint-Nectaire).

ALLER : Paris, dép. 11 h. 10 m. ; Pougues, arr. 2 h. 37 s. ; Vichy, 5 h. 04 ; Ris-Châteldon, 5 h. 36 ; Riom (Châtel-Guyon), 5 h. 47 ; Clermont-Ferrand, 6 h. 04 ; Royat, 6 h. 25 ; Coudes (Saint-Nectaire), 7 h. 13.

RETOUR : Coudes (Saint-Nectaire), dép. 10 h. m. ; Royat, midi 25 ; Clermont-Ferrand, midi 45 ; Riom (Châtel-Guyon), 1 h. s. ; Vichy, 1 h. 19 ; Pougues, 3 h. 39 ; Paris, arr. 6 h. 46. Jusqu'au 30 septembre.

portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du Service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 2.7 fr. 50 ; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans les cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie. Ils concourrent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des Ecoles militaires du Service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre de classement de sortie. Pour ceux qui n'obtiendraient pas à ce concours le minimum de points déterminé par le Règlement intérieur de l'Ecole, il sera fait application de l'article 26 du décret du 3 octobre 1905.

I. — Composition des jurys. — 1° *Médecins*. — 1° Un médecin-inspecteur des troupes coloniales, *Président* ; 2° Trois médecins du grade de médecin-major de 1re classe au moins, dont un choisi par les professeurs de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales. Deux médecins-majors de 1e ou de 2e classe sont, en outre, nommés membres suppléants et appelés à faire partie du jury en cas d'absence des membres titulaires.

2° *Pharmaciens*. — 1° Un médecin-inspecteur des troupes coloniales, *Président* ; 2° Un pharmacien principal de 1re ou de 2e classe des troupes coloniales ; 3° Deux pharmaciens-majors de 1re ou de 2e classe des troupes coloniales dont le pharmacien professeur à l'Ecole d'application. Deux pharmaciens-majors de 1re ou de 2e classe, sont, en outre, nommés membres suppléants et appelés à faire partie jury en cas d'absence des membres titulaires.

II. — Opérations du jury. — A. *Epreuves écrites*. — 1° *Médecins*. Composition sur un sujet de patholo gie générale.

2° *Pharmaciens*. Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale. La composition écrite a lieu le même jour et à la même heure pour les médecins et les pharmaciens (3 décembre, à 9 heures du matin). Après l'ouverture de la séance, chaque membre du jury dépose un sujet de question dans l'urne et la question à traiter est tirée au sort en présence et par l'un des candidats. Il est accordé quatre heures pour cette composition, qui doit être faite sans l'aide de livres, ni de notes, sous la surveillance d'un membre du jury. Les compositions sont écrites sur du papier revêtu du cachet du Ministère de la Guerre (Direction des troupes coloniales, 3e Bureau). Chaque candidat inscrit en tête de sa feuille ses nom et prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué au moment de la remettre à l'officier surveillant. Chaque composition est placée par l'officier surveillant dans une enveloppe distincte sur laquelle il appose un numéro d'ordre après l'avoir cachetée. Toutes les compositions ainsi cachetées et numérotées sont renfermées dans une autre enveloppe qui est également cachetée et remise au Président du jury. Cette enveloppe est ouverte en présence des candidats qui lisent eux-mêmes leurs compositions devant le jury. Chaque candidat sera suivi dans sa lecture par un de ses concurrents.

B. *Epreuves orales*. — Les sujets des diverses épreuves sont délibérés par les jurys avant la séance, renfermés dans des plis cachetés et déposés dans l'urne. Chaque candidat est appelé à son tour à tirer de l'urne le pli contenant le sujet qu'il devra traiter. L'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir les épreuves orales est déterminé par le sort. Les épreuves arrêtées par le jury doivent répondre au programme des divers examens de doctorat en médecine ou de pharmacien universitaire de 1re classe. Elles ne comportent ni les questions particulières des maladies spéciales (oreilles, nez, larynx etc.) ni les opérations qui sortent de la chirurgie courante et pratique.

Médecine a) Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale. Chaque candidat expose devant le jury le résultat de son observation clinique et les résultats pratiques à en tirer. La durée de cette épreuve, examen et exposé oral, ne doit pas dépasser quarante-cinq minutes. — *b*) Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter. La durée de cette épreuve n'est pas limitée. Il est accordé au candidat dix minutes de réflexion avant de commencer. — *c*) Interrogation sur l'hygiène. La durée de cette épreuve est de quinze minutes.

2° *Pharmaciens*. *a*) Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie. — *b*) Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses, minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés. Avant de commencer leur préparation, les candidats doivent indiquer par écrit les produits et les instruments dont ils ont besoin ainsi que les doses à employer. — *c*) Epreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous. La durée de chacune de ces interrogations est de vingt minutes, le jury fixe lui-même la durée de ces préparations.

C. *Notes et coefficients*. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. Composition écrite, 12 ; examen et clinique, 15 ; médecine opératoire, 12 ; interrogation sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12 ; interrogation sur la physique et la chimie, 10 ; interrogation sur l'histoire naturelle et la pharmacie, 10 ; préparation, 12 ; épreuve de chimie analytique, 15.

La liste des candidats classés par ordre de mérite et en tenant compte des majorations auxquelles ils peuvent avoir droit est adressée, avec les procès-verbaux des séances, au Ministre (Direction des troupes coloniales, 3e Bureau), qui arrête le nombre des candidats dans le cas d'être nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales et fait connaître aux intéressés le résultat de leur concours.

Dans les Facultés de médecine suisses.

Il y avait pendant l'été 1906 :

Bâle	141	hommes.	5	femmes.
Berne	160	—	338	—
Genève.. ..	184	—	159	—
Lausanne...	140	—	322	—
Zürich	261	—	174	—

Total : 1.884 étudiants en médecine, comprenant 886 hommes et 998 femmes. Sur les 1.884, 553 seulement étaient de nationalité suisse.

Circulaire adressée aux préfets par le ministre de l'intérieur relative à l'organisation et au fonctionnement du service de désinfection.

Paris, le 28 juillet 1906.

Monsieur le préfet,

Le *Journal officiel* du 19 juillet 1906 contient le texte d'un décret, signé le 10 juillet, par M. le Président de la République, et dont l'importance ne vous a pas échappé. Ce décret porte règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection.

Ce décret est le dernier de ceux prévus par la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique ; déjà avaient été promulgués, le 20 février 1903, le décret sur la désignation des maladies entraînant la déclaration ; le 27 juillet 1903, le décret portant règlement d'administration publique sur la vaccination et la revaccination, puis le décret du 3 juillet 1905, portant règlement d'administration publique pour déterminer les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène.

Par le décret du 19 juillet que je vous signale, l'œuvre législative se trouve enfin close ; il reste à lui faire produire son plein effet : c'est à quoi je vous invite de façon pressante à consacrer votre effort.

Nulle tâche n'est plus digne de solliciter votre zèle ; nulle ne présente une plus haute importance sociale.

Soigner et secourir les malades est bien, prévenir les malades est évidemment mieux et il faut faire pénétrer dans l'esprit public cette vérité aujourd'hui incontestable, que les maladies qui font le plus grand nombre de victimes sont heureusement celles aussi que, grâce à une hygiène sociale judicieusement organisée, on peut le plus aisément éviter, que ces fléaux : fièvre typhoïde, typhus, variole, scarlatine, diphtérie, choléra, peste, etc., et la tuberculose elle-même, qui déciment si souvent les agglomérations, sont de ces ennemis dont l'homme a appris l'art, sinon de triompher, du moins d'éviter presque sûrement la dangereuse atteinte.

La loi de 1902 et le décret du 19 juillet affirment avec force et précision que si la collectivité a des devoirs envers l'individu, elle a aussi des droits sur lui et que l'un de ces droits essentiels, lorsqu'un individu, quel qu'il soit, riche ou pauvre, est atteint d'une de ces maladies transmissibles, de le contraindre à prendre ou au besoin à subir toutes les mesures propres à empêcher la dissémination des germes pathogènes issus de lui. Ils affirment que l'individu atteint de fièvre typhoïde, par exemple, et dont les linges souillés et les déjections dispersés au hasard vont polluer les eaux et contaminer le voisinage constitue pour le public un plus grave danger qu'un fou furieux et qu'il y a un véritable crime social à ne point prendre à son égard les simples précautions d'isolement et de désinfection que la science assigne et qui permettent de circonscrire l'œuvre de mort.

La désinfection, avait dit la loi de 1902 en son article 7, est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4 et nommément désignées dans le décret du 10 février 1903 ; et la loi avait ajouté : « Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au dessus, par les soins de l'autorité municipale, et dans les communes de moins de 20,000 habitants, par les soins d'un service départemental. » Le nouveau décret détermine les conditions dans lesquelles ces deux services doivent être organisés et fonctionner.

D'abord, il donne au mot « désinfection » son sens précis et complet ; il ne s'agit point, pour commencer la désinfection, d'attendre la mort ou la guérison du malade ; à tarder ainsi, on risquerait le plus souvent de faire œuvre vaine ; sans doute ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra effectuer la désinfection totale des locaux occupés par lui: mais nul n'ignore et n'a plus le droit d'ignorer aujourd'hui que, pour être efficace, la lutte contre les germes pathogènes doit être entreprise dès le début et pendant tout le cours de la maladie. Un typhique, un varioleux, un scarlatineux peut, avant de guérir ou de mourir, contaminer un grand nombre de personnes à l'égard desquelles les pouvoirs publics assument de ce fait la plus redoutable des responsabilités. C'est donc, sur ce point le décret est aussi net qu'impérieux, pendant tout le cours de la maladie que la désinfection doit être assurée.

Et cette désinfection est, à un double point de vue, obligatoire pour les individus qui, sous aucun prétexte, ne sauraient s'y soustraire, obligatoire pour les services publics, municipaux et départementaux qui doivent y procéder.

Est-ce à dire qu'un monopole municipal ou départemental soit institué ? Nullement, et les particuliers sont libres de s'adresser, s'ils préfèrent, à quelque entreprise privée de désinfection, mais s'ils peuvent ne point faire appel au service public, ils en doivent toujours accepter le contrôle. Ce n'est point un simulacre de désinfection que la loi rend obligatoire, c'est une opération vraiment efficace et la gène qu'elle entraîne provisoirement ne peut d'ailleurs être supportée qu'à la condition même que l'efficacité de l'opération compense ce petit sacrifice.

Dans les villes de plus de 20,000 habitants, où un bureau d'hygiène doit être organisé, le service de désinfection sera assumé par ce bureau dont il sera une des attributions essentielles. Vous aurez, sur ces deux points connexes, constitution des bureaux d'hygiène, organisation du service de désinfection, à promouvoir l'initiative des municipalités. Je me plais à espérer qu'il ne s'en rencontrera point qui n'ait conscience de son devoir. La loi, d'ailleurs, est formelle : l'ignorance des uns, l'indifférence systématique des autres, ne saurait en paralyser l'effet. L'obligation est aussi impérieuse en matière de désinfection qu'en matière d'instruction primaire. Si quelque municipalité de grande ville, ou rétrograde ou négligente, restait sourde à votre invitation, puis à votre mise en demeure, la loi donne au Gouvernement le droit et lui fournit le moyen de lui imposer l'accomplissement de son devoir. Plusieurs villes ont, les unes depuis longtemps, les autres depuis peu, devancé la loi ; il nous appartient, monsieur le préfet, d'inciter les retardataires à suivre cet exemple et au besoin de les y contraindre.

Dans l'ensemble des communes de moins de 20,000 habitants, dans chacune desquelles on ne pouvait songer à établir un service autonome, c'est un service départemental dont la loi prescrit la création. Cette tâche est aussi urgente ; elle est, certes, plus délicate et pour bien la mener à bien il ne faudra pas moins que tout votre effort personnel. A la vérité, c'est, ici, le conseil général qui délibère, après avis du conseil départemental d'hygiène, sur la création des postes de désinfection, sur la composition et la rétribution du personnel ; c'est lui qui vote les crédits nécessaires à l'acquisition et à l'entretien du matériel et au fonctionnement du service ; c'est lui qui, en se conformant aux règles fixées par le titre III du décret, arrête le tarif des taxes de remboursement. Mais votre action personnelle est considérable ; sans elle, rien ne peut aboutir.

Il faut que dès demain chacun prépare la mise en œuvre de la loi ; si dans votre département n'a point été organisé le service spécial de contrôle et d'inspection prévu à l'article 19 de la loi du 15 février 1902, vous aurez d'abord à désigner un membre du conseil départemental d'hygiène qui, à défaut du chef de ce service spécial, sera votre collaborateur immédiat. Cette désignation peut avoir une importance capitale, et il est certain que, dans une large mesure, tant vaudront les hommes, tant vaudra l'œuvre ; que ce choix vous soit dicté par l'unique souci du bien public ; cette fonction ainsi que celle des délégués des commissions sanitaires prévues par le décret ne sera point une sinécure ; elle pourra être rémunérée dès que le service fonctionnera effectivement : il serait équitable qu'elle le fût.

D'urgence, vous saisirez le conseil départemental d'hygiène que vous réunirez à cet effet. Vous n'attendrez point qu'il ait terminé son travail préparatoire avant de saisir à son tour le conseil général, à quelque moment en effet que cette assemblée reçoive par vous la première communication de cette affaire ; elle ne voudra et ne pourra vraisemblablement point se prononcer sur l'heure ; elle mettra la question à l'étude et en chargera, selon ses traditions constantes, une commission qu'elle invitera à lui préparer, pour la session suivante, un rapport, un plan et un devis détaillés. Nous pourrons gagner un semestre si dès la session d'août, vous présentez au conseil général une premier rapport sur le décret du 10 juillet et sur le service dont, en vertu de la loi, ce décret prescrit et définit la constitution, et si vous invitez le conseil général à nommer immédiatement une commission à laquelle le conseil départemental d'hygiène transmettra ses propositions conformément à l'article 4, dès qu'elles seront arrêtées. Moi-même je ne manquerai pas de vous communiquer ultérieurement, et le plus tôt possible, des instructions détaillées qui, je l'espère, guideront utilement et simplifieront votre tâche : elles tendront à vous montrer que, à peu de frais en somme, on peut et l'on doit obtenir d'excellents résultats ; elles s'inspireront, au point de vue technique, des avis si hautement autorisés du conseil supérieur d'hygiène.

Par la mise en œuvre de telles lois, la mission des préfets devient chaque jour plus complexe, mais chaque jour aussi plus intéressantes plus digne des efforts d'hommes d'initiative et d'action. Ces lois sont l'honneur de la République ; travailler à en assurer l'exécution est l'un des moyens les plus efficaces de la bien servir. Je suivrai avec une particulière attention tout ce que vous ferez en ce sens ; et je vous saurai gré de l'activité méthodique et tenace que vous déploierez pour faire produire à la loi de 1902 et au présent décret leur maximum d'effet utile et pour jussifier ainsi aux yeux de tous le titre même de la loi relative à « la protection de la santé publique ».

G. CLÉMENCEAU.

LES CONGRÈS

Association française de chirurgie.

(19e Congrès, 1-6 octobre 1906.)

Le Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. Montprofit, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des gros troncs nerveux* ; rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (Paris). — 2° *Ectopie testiculaire et ses complications* ; rapporteurs : MM. Souligoux (Paris) et Villard (Lyon). — 3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire*, par MM. Willems (Gand) et Loison (agrégé au Val-de-Grâce).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr WALTHER, *secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, Paris*. Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

3e Congrès International pour la répression de la traite des blanches.

(Paris, 22-25 octobre 1906).

Ce Congrès, sous le Patronage de M. Armand Fallières, Président de République, et avec le concours, comme présidents d'honneur, de M. le ministre des affaires étrangères et de M. le ministre de l'intérieur, doit se réunir à Paris du 22 au 24 octobre 1906.

Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française 10, rue Pasquier, Paris (8e Arr.). Les Comités nationaux sont priés de faire connaître avant le 1er septembre le nom de leurs délégués et d'envoyer à l'adresse ci-dessus les cotisations correspondantes.

Congrès international de la tuberculose.

Les Membres du comité de ce Congrès annoncent l'ouverture pour le 14, 15 et 16 novembre 1906 à New-York (U.-S.).

FORMULES

LVIII.—Contre la toux quinteuse des enfants du second âge.

Teinture d'aconit	XII	gouttes
Teinture de belladone	X	gouttes
Eau de laurier-cerise	3	grammes
Sirop de codéine	10	—
— tolu	20	—
— violettes	20	—
Infusion de tilleul	100	—

1 cuill. à dessert toutes les 2 heures.

LIX.— Contre la pharyngite chronique.

Badigeonner, tous les 2 ou 3 jours, avec un pinceau ou un tampon de coton le pharynx avec la mixture :

Iode bisublimé	0 gr. 25
Iodure de sodium	2 gr.
Glycérine neutre	10 gr.
Eau distillée de menthe	15 gr.

LX. — Contre la pneumonie.

Camphre	1 gr.
Teinture de Quillaya	5 gr.
Glycérine	5 gr.
Sirop de tolu	100 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	50 gr.
Eau distillée Q. S. P.	310 gr.

par cuill. à soupe toutes les 2 heures.

(SCHEFFLER, de St-Etienne).

LXI. — Contre la blépharite.

Appliquer sur le rebord des cils l'une des pommades :

Ichthyol	0 gr. 20
Oxyde de zinc	0 gr. 50
Vaseline	10 gr.

ou bien :

Résorcine	0 gr. 10
Oxyde de zinc	0 gr. 50
Vaseline	10 gr.

LXII. — Contre les adénites tuberculeuses.

Acide arsénieux	0 gr. 001
Bromhydrate de quinine	0 gr. 05
Poudre de fève de Saint-Ignace	0 gr. 05
Extrait mou de quinquina	0 gr. 05

pour 1 pilule, 4 à 5 par jour.

LXIII. — Contre les menaces d'urémie.

Pilocarpine	0 gr. 01
Sirop de fleurs d'orangers	20 gr.
Eau distillée de tilleul	100 gr.

4 à 8 cuillerées à soupe par jour à 2 ou 3 heures d'intervalle.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 29 au samedi 4 août 1906, les naissances ont été au nombre de 985, se décomposant ainsi : légitimes 751, illégitimes 234.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 873, savoir : 488 hommes et 385 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 6. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 0. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 168. — Tuberculose des méninges : 22. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 23. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 46.

— Maladies organiques du cœur : 47. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 6. — Pneumonie : 8. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 51. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 12 ; autre alimentation : 116. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 17. — Hernies, obstruction intestinale : 14. — Cirrhose du foie : 13. — Néphrite et mal de Bright : 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 36. — Morts violentes : 26. — Suicides : 6. — Autres maladies : 107. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 20.

Ecole préparatoire de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 18 février 1907 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de Grenoble. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un concours s'ouvrira le 4 février 1907, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à l'école de Grenoble. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole navale annexe de Brest. — Un concours pour l'emploi de professeur de physique biologique à l'école annexe de Brest sera ouvert dans ce port dans le courant d'octobre. Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest sera ouvert dans ce port le 15 octobre 1906.

Conférence internationale de la tuberculose. — Cette conférence aura lieu cette année à La Haye, du 6 au 8 septembre, sur l'invitation de l'Association néerlandaise contre la tuberculose.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Aimé, républicain, vient d'être nommé conseiller général du canton de Nancy-Ouest.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Subervie, inspecteur honoraire du service des enfants du premier âge, et Devouges (de Corbeil). Mardi, ont eu lieu les obsèques de M. Géraudel, pharmacien à Sainte-Menehould, l'inventeur des pastilles qui portent son nom. (*La Dépêche*, 9 août 1906.)

Mot de la fin. — Un monsieur rendant visite à une amie : Inutile de vous demander ce que vous avez pour déjeuner, chère dame, ça vous sent une petite odeur de cochon grillé. — Mon médecin vient de me faire des pointes de feu ! ! !

AVIS. — *Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de leur valeur, soit 0 fr. 20 pour les numéros ordinaires, 0 fr. 60 pour le* **Numéro des étudiants.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE :

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes.

Bourneville : Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie. In-8° de 136 pages avec 55 fig. Prix... 4 fr.

VIENT DE PARAITRE

LIBRAIRIE DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'**année 1904**.

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin.

Volume de 314 pages avec 17 figures (Tome XXV). Prix : 7 fr.
Pour nos abonnés.. 5 fr.

VARIOLE & VACCINATION

Conférence faite aux écoles d'infirmières en 1904 et 1905,

par **Louis MOREL.**

10e brochure de la Bibliothèque de l'Infirmière. 22 pages in-8°.
Prix.. **0 fr.50.**

Compte-rendu de l'asile public d'aliénés de Clermont pour 1905. — Gestion de M. Lesvier, présentée par M. Mabille, directeur et Drs Boiteux et Thivet, médecins en chef. Clermont, Daix, imprimeur.

Zuccarelli (Angelo) — Gli uomini primitivi. 1 vol. in-8° de 128 pages. Francesco Perrella, éditeur à Naples. Prix : 2 fr. 50.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

L'ankylostomiase chez les mineurs d'après les derniers travaux ;

Par le **Dr Paul FABRE** (Commentry) (1)

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin en chef de l'Hôpital de Commentry
Membre honoraire de l'Académie Royale de médecine de Belgique

LES SYMPTOMES DE L'ANKYLOSTOMIASE. — Si le biologiste a le droit et même le devoir d'être satisfait des recherches récentes sur la vie, l'évolution et les migrations de l'ankylostome duodénal, par contre, le médecin, le clinicien éprouvera encore, nous paraît-il, plus d'une déception lorsqu'il tentera d'établir la symptomatolgie de l'Ankylostomiase. Elles sont bien curieuses, en effet et, fort intéressantes les révélations qui nous ont été récemment faites sur le mode de pénétration des larves d'ankylostome dans l'organisme.

Annoncées par Looss (au Caire), niées par Lichtenstern, confirmées par Schaudinn, ces recherches et ces découvertes ont été complètement mises en lumière par Lambinet (de Liége), par Calmette et Breton (à Lille), par Herman (à Mons) par Sabrazès (de Bordeaux), etc. On lira avec intérêt dans le *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* un nouveau mémoire de M. Lambinet sur le trajet des larves d'ankylostome à travers les organes, après infection cutanée (p. 762 et 775) et le rapport de M. Firket, sur ce travail (page 685-6). Il résulte de ces nouvelles recherches que rapidement amenées au poumon par la circulation, les larves d'ankylostome s'étant introduites à travers la peau, sont arrêtées par l'étroitesse des capillaires du réseau alvéolaire et perforent les dernières artérioles ; elles peuvent tomber dans les alvéoles pulmonaires et dans les dernières ramifications bronchiques ; de leurs mouvements de rotation les font remonter à la surface jusque dans la trachée et la gorge, d'où elles pénètrent par déglutition dans les voies digestives.

Mais dans ce trajet, les larves rencontrent les glandes de la muqueuse, et on les voit s'enfoncer dans la cavité de ces glandes culbutant les cellules, perforant la paroi comme elles perforent les gaines folliculaires lors de l'infection cutanée. Peut-être même certaines larves peuvent elles, au sein de la paroi trachéale, pénétrer de nouveau dans des veinules et refaire dans la circulation sanguine un trajet qui les ramène rapidement au poumon, à peu près comme, dans la tuberculose, le bacille, repris par les lymphatiques pulmonaires, peut être ramené au cœur droit et de là au poumon. Certaines préparations tendent à le faire croire, et s'il en est ainsi dans la trachée, il est probable que, dans les cloisons conjonctives interlobulaires, un phénomène semblable peut aussi se produire ; des larves ainsi introduites par effraction dans le réseau *pulmonaire* seraient alors ramenées au cœur gauche et de là disséminées dans les organes de la grande circulation. *A priori* on peut croire que ces égarés sont voués à la mort et à la calcification, comme bien d'autres parasites perdus dans nos tissus. (D'après le rapport de M. Firket).

Cependant si la vie physiologique de l'ankylostome est décrite aujourd'hui dans plusieurs de ses phases avec ses bizarres péripéties et ses modes inattendus d'introduction dans l'organisme, les signes formels de sa présence sont à peu près nuls, les symptômes de l'unciinariose sont mal caractérisés, la marche n'en est pas définie, et le diagnostic reste fort difficile. Il serait cependant de la plus haute importance pour le médecin d'être mis en possession de signes sinon certains du moins probables, qui puissent lui permettre de déceler ou simplement de soupçonner la présence, dans l'organisme d'helminthes qui passent pour constituer un danger individuel, professionnel, et presque social des plus redoutables.

C'est un problème qui me paraît des plus ardus, que celui qui consiste à établir une symptomatologie sérieuse de l'ankylostomiase. Dès 1880, à Turin, M. le professeur Bozzolo (qui revenait du Gothard où il était allé avec son collègue, le Professeur d'hygiène, M. L. Pagliani, étudier les conditions du travail dans le tunnel et d'où ils avaient rapporté un travail important sur l'état sanitaire des ouvriers) (1) m'avait conduit, le 6 septembre, dans son service de l'hôpital Saint-Jean. Il me mit en rapport avec son assistant, M. le Dr Graziadei, qui me montra des exemplaires d'ankylostome

(1) Voir *Le Progrès médical*, 1905, nos du 8 avril, du 17 juin et du [illegible] juillet, pp. 212, 369, et 457.

(1) *L'Anemia al traforo del Gottardo dal punto di vista igienico e clinico*. Brochure in-4° de 75 pages. Milan, 1880.

qu'il avait recueillis, puis me conduisit auprès de quatre ouvriers atteints d'ankylostomiase et ramenés récemment du Gothard. Je pus les examiner et les interroger à loisir. Tous les quatre étaient des hommes affaiblis. (Ils m'avouèrent ne manger de la viande de boucherie que très exceptionnellement, seulement les jours de fête): les symptômes que ces quatre hospitalisés présentaient étaient fort différents: l'évacuation d'ankylostomes était presque le seul symptôme qui leur fût commun, et à première vue on pouvait considérer l'un de ces malades comme phtisique, le deuxième comme un albuminurique, le troisième était hémiplégique, et le quatrième était gastralgique et assez nettement anémique (1). On voit déjà combien peu uniforme, combien peu nette est la séméiologie de l'ankylostomiase.

Deux ans après, j'eus à soigner un ouvrier qui travaillait dans une mine du bassin du Centre, voisine de la Houillère de Commentry (12 kilomètres de distance) et dont je vais rapidement reproduire, pour mieux fixer les idées, l'histoire médicale.

Observation.— *Anémie.— Intoxication saturnine.—Ankylostomiase* (2).— A la fin de novembre 1882, je voyais arriver dans mon cabinet de consultation un mineur âgé de 50 ans, qui depuis 28 ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 22 ans, travaillait aux Houillères de Bézenet en qualité de piqueur. Excessivement maigre, la peau d'un blanc mat, presque terreux, les conjonctives complètement décolorées, ainsi que la muqueuse buccale, cet homme m'aurait présenté le type de l'anémie vraie, confirmée et au degré le plus prononcé, si je n'avais pensé à quelque chose de plus grave encore. L. N...., se plaignait de coliques atroces, il vomissait presque tous ses aliments et accusait aussi, et spontanément, une douleur localisée dans la fosse iliaque gauche. Je songeai à l'existence possible d'un cancer. Mais j'eus beau chercher par la palpation la présence soit d'une tumeur, soit seulement de quelques nodosités, mes recherches furent vaines. Ce ne fut qu'après plusieurs examens approfondis que je crus être sur la trace de la cause probable de cet état morbide.

L.N.... habite à environ 7 kilomètres du puits de mine où il travaille ;il avait l'habitude d'emporter sa soupe, son vin, ses aliments dans une sorte de bidon en fer-blanc, dont les soudures contiennent du plomb ; les cuillers et les divers ustensiles dont on se servait dans son ménage étaient en plomb, ou du moins contenaient une forte proportion de ce métal. Cet homme avait le liseré gingival caractéristique de l'intoxication saturnine. Les douleurs intestinales étaient presque continuelles; la constipation était opiniâtre; et lorsque par des purgatifs, on parvenait à obtenir quelques garde-robes on constatait la présence de matières dures, noirâtres a formes globuleuses, de vraies petites boules, des matières ovillées.

Le malade avait un peu de glycosurie. Mais je ne trouvai ni albumine ni plomb dans les urines. Il y avait de l'arthralgie dès la fin de décembre. Vers le 10 janvier 1883, un traitement approprié et l'iodure de potassium (20 grammes pris en trente jours) avaient déjà amélioré l'état de cet homme ; les coliques étaient moins intenses; mais l'anémie restait encore très prononcée. A la fin de janvier, je procédai à l'examen microscopique de son sang ; dans les deux premières numérations de globules (faites par le procédé de M. Malassez) je ne constatai qu'une moyenne de 1.838.200 globules rouges. Deux autres numérations pratiquées 11 jours après me fournirent une moyenne plus élevée ; je comptai 2.238.600 hématies par millimètre cube de sang (le chiffre normal étant d'environ 5.000.000).

Comme on l'a signalé dans les cas d'intoxication saturnine, un certain nombre de globules rouges étaient notablement augmentés de volume ; quelques-uns atteignaient et même dépassaient neuf millièmes de millimètre. Le nombre relatif des leuccoytes était très augmenté; j'en comptais un pour environ 200 globules rouges au lieu de un pour 500, qui passe pour être la proportion normale.

A l'hémato-chromomètre, on constatait une proportion d'hémoglobine excessivement faible. La capacité respiratoire était représentée par 0 millimètre, 100 et le poids de l'hémoglobine par 0 milligr. 048. On entendait dans les vaisseaux du cou, à droite, un bruit de souffle, doux, continu, avee renforcements. Il y avait aussi un léger souffle cardiaque, à la base. Les vomissements allaient en augmentant de fréquence, et le malade croyant à la présence de vers, je lui administrai de la fougère mâle : 12 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle, additionnés de 12 grammes de poudre de rhizome, pour faire 24 bols qui furent pris d'heure en heure. Le lendemain, je lui prescrivais de l'eau chloroformée (formule de Beurmann). Le surlendemain les vomissements étaient arrêtés et les selles contenaient environ 300 ankylostomes pour la plupart gorgés de sang ; les femelles étaient en proportion à peu près trois fois plus forte que les mâles. J'adressai un certain nombre de ces nématodes à mon ami, le regretté Dr Charles Brongniart assistant du Muséum d'histoire naturelle de Paris, ce naturaliste distingué, mort il y a 3 ans.

Il m'a paru difficile de déterminer quel rôle comparatif ont joué les ankylostomes et le saturnisme dans cet état par trop complexe. Qu'il me suffise d'ajouter que cet état est allé s'améliorant à tel point que 6 mois après l'expulsion des ankylostomes, au mois d'août 1884, on pouvait considérer cet homme guéri. Et depuis lors, il s'est toujours bien porté. Au mois de novembre, une dernière numération de globules me donnait le chiffre à peu près normal de 4.937.609.

Ce fait était le premier, et il est resté, jusqu'ici, le seul cas d'ankylostomiase que j'ai eu l'occasion d'observer personnellement dans le bassin houiller du Centre de la France, bien que mon attention ait été dirigée avec persistance sur cette question.

Mais nous l'avons déjà dit et nous ne saurions trop le répéter, la symptomatologie de l'ankylostomiase, du moins dans nos régions tempérées, reste encore entourée d'obscurité. C'est pourquoi j'estime que la meilleure description des phénomènes morbides et peut-être des signes *pathognomoniques* de cette affection nous sera fournie par les médecins qui ont étudié la cachexie aqueuse, l'anémie intertropicale, le mal-cœur des nègres, l'opilaçao, la chlorose d'Egypte, etc.., toutes maladies dans lesquelles on a constaté la présence des ankylostomes dans le duodénum et le jéjunum.

Aussi bien, n'est-ce pas Griesinger qui, le premier, a mis en avant (1), dès 1854, une relation de cause à effet entre les symptômes de la chlorose d'Egypte et la présence d'ankylostomes dans l'intestin grêle (2) ? D'après Griesinger, cette affection atteignait environ le quart de la population égyptienne. Cette opinion (3) eut pour point de départ l'autopsie d'un individu mort de la chlorose d'Egypte et dans laquelle le Dr Griesinger trouva des milliers d'ankylostomes fixés aux parois de l'intestin grêle, chacun, au centre d'une ecchymose semblable à la morsure d'une sangsue. Une grande quantité de sang rutilant, qui provenait évidemment de ces plaies, était épanchée dans le duodénum, le jéjunum et jusque dans la première partie de l'iléon. Ce savant

(1) Voir mon travail sur *le Rôle des entozoaires et en particulier des ankylostomes dans la Pathologie des mineurs.*

(2) Cette observation a été donnée, résumée, dans mon travail : Les Mineurs et l'anémie. Paris, 1884, page 10.

(1) A la suite d'une autopsie faite le 17 avril 1852 d'un individu mort d'hypohémie.

(2) Ankylostomen-Krankheit und chlorose (in *Vierordts Archiv. für phys. Heilkunde*, 1854 p. 564. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Paris* du 13 avril 1855.

(3) Opinion qui, comme l'écrivait Davaine en 1866, (*Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales de Dechambre*, t. IV, p. 31) est loin d'être suffisamment établie car elle n'est fondée que sur un fait.

observateur se hâta de conclure « que la perte de sang occasionnée par les ankylostomes avait été la cause de la maladie et de la mort de cet individu ».

Les travaux de Küchenmeister, ceux de Van-Beneden et Gervais, de Spencer-Cobbold, de Sangalli, de Grenet qui rencontra (1) l'ankylostome duodénal (sur un sujet mort, à Mayotte, de cachexie aqueuse ou mal-cœur) ceux de T. de Rochas, de O. Wücherer, la présentation faite à l'Académie de médecine de Paris, le 19 septembre 1871, par le Dr Delioux de Savignac, d'un spécimen de ces helminthes provenant de Bahia, attirèrent l'attention du monde savant sur ces entozoaires. L'année suivante, J. Rodriguez de Moura publiait (dans la *Gazetta Medica da Bahia*) une étude sur l'hypohémie intertropicale considérée comme maladie vermineuse, étude dont voici le résumé (2) : L'auteur regarde formellement cette affection comme un effet de la présence des ankylostomes dans l'intestin grêle, et cite, outre l'observation due à Griesinger et ci-dessus mentionnée, une deuxième observation recueillie par Wücherer et une autre due au Dr Faria. Dans ces trois cas, il y avait anémie profonde, œdème, oppression, etc., et à l'autopsie, on trouva le duodénum et le reste de l'intestin grêle garnis d'ankylostomes attachés à la muqueuse qui présentait une ecchymose sur le point d'insertion des parasites, et quelquefois des traces d'hémorrhagie. Rodriguez de Moura ajoutait de nouveaux faits dans lesquels la présence d'ankylostomes fut également démontrée par l'autopsie. «Ces helminthes n'ont point été rencontrés sur des sujets ayant succombé à d'autres cachexies parvenues à un état avancé ou à des maladies différentes». Le Dr Moura citait encore l'observation d'une enfant de trois ans, mulâtresse, qui pendant la vie présenta tous les symptômes de l'anémie intertropicale: teinte particulière de la peau, décoloration des conjonctives, souffle cardiaque, douleur gastrique, perversion de l'appétit, goût de manger de la terre, etc. A l'autopsie on note hypertrophie du foie, ulcération du gros intestin, pulpe sanieuse brune, obscure, sur la muqueuse du côlon, grande quantité de vers dans l'estomac, le duodénun, l'intestin grêle et le gros intestin. (L'auteur a fait ici une réserve contre cette observation due à l'un de ses amis, le docteur Marquez; il croit que l'ankylostome duodénal, qui est très abondant dans le duodénum, mais qui déjà devient rare vers la fin de l'intestin grêle, ne se rencontre pas dans le gros intestin.

Un cas diagnostiqué *Cachexie palustre*, par le docteur Forres-Homen, de Rio-de-Janeiro, fut reconnu appartenir à l'hypohémie en raison de la multitude d'ankylostomes trouvés dans *l'estomac* (?) et le duodénum. Le docteur R. de Moura citait encore trois autres cas, dont deux observations observées à Mayotte (celles du Dr Grenet et du Dr Monestier) et le troisième observé à Cayenne par le docteur Riou-Kérangal.

Selon Riou-Kérangal, les ankylostomes ne se rencontrent pas chez les sujets à symptômes bilieux; ils paraissent avoir fui la présence de la bile chez les sujets dont le duodénum est coloré en vert ou en jaune; on les trouve encore dans l'intestin grêle et même jusque dans le cæcum ; mais on cesse de les rencontrer dans le gros intestin. *Le mal-cœur* des nègres est bien, d'après R. de Moura, l'équivalent de l'hypohémie du Brésil; il a été signalé en Abyssinie par Spencer-Cobbold; il est très commun en Égypte surtout sur les bords du Nil, et il y atteint au moins un quart de la population. Cette maladie, ajoute le Dr R. de Moura, a été observée aussi dans l'Inde et en Italie.

(1) Voir *Archives de médecine navale*, Paris, 1867, t. VIII, p. 7).
(2) D'après *La Gazette médicale de Paris*, 1872, p. 477.

Dès 1864, dans un travail fait en collaboration, le docteur Fonssagrives et le docteur Le Roy de Méricourt (*Archives de médecine navale*), travail paru sous le titre : *Essai sur le Mal-cœur ou mal d'estomac* des nègres, avaient décrit un certain nombre de symptômes.

Six ans après, en 1870 (dans l'article « Cachexie aqueuse » du *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales de Dechambre*), le docteur Le Roy de Méricourt signalait dès la période prodromique une sorte d'alanguissement physique et moral, des malaises, de la céphalalgie, de la courbature, des vertiges, parfois aussi un mouvement fébrile irrégulier avec diminution des sécrétions, de la constipation ; et, dans la deuxième période, alors que la maladie est confirmée, on constate un mélange de gastralgie et de chloro-anémie, douleur épigastrique rongeante, spontanée et éveillée aussi par la pression, des vomissements, de la diarrhée et les perversions si remarquables du goût, boulimie, pica, géophagie, ce que Volpata avait décrit sous le nom d'*Allotriophagie*. (*Gazzetta Medica Italiana Lombardia*, 1848), anorexie alternant avec la malaria (1), enfin décoloration de la peau, battements artériels, essoufflements, œdème des extrémités, lipothymies, etc., en un mot tout l'ensemble des symptômes de l'anémie la plus profonde, de la chlorose la plus sérieuse.

Dans la cachexie aqueuse, la langue est décolorée, et, d'après certains auteurs, tellement lisse qu'on ne verrait plus une seule papille.

Par contre, Otto Wücherer, qui exerçait à Bahia, affirme qu'il n'a jamais vu *la langue nette et lisse* ; il l'a toujours trouvée pâle et, dans les cas graves, rappelant beaucoup l'aspect qu'elle offre chez les cholériques à l'état algide (2).

Mais ce n'est pas seulement la cachexie aqueuse, l'anémie intertropicale, le mal-cœur des nègres, la chlorose égyptienne que les ankylostomes sont accusés de provoquer. Ils seraient aussi la cause d'une maladie que les Brésiliens appellent *Opilacao* ou *Cançaço*, sur laquelle j'avoue n'avoir pu trouver de renseignements bien précis, mais qui n'est probablement autre chose que l'obstruction intestinale. En effet, le Dr O. Wucherer, en 1866, a trouvé des ankylostomes chez tous les individus qui mouraient d'obstruction intestinale à Bahia (3).

(*A suivre*).

(1) Cette perversion du goût, qui consiste à manger des substances non alimentaires, constituerait un symptôme qui, d'après le docteur Le Roy de Méricourt, peut faire défaut chez les sujets de race blanche, tandis qu'il est très fréquent chez les sujets de race colorée. L'expression de *géophagie* est d'ailleurs vicieuse ou insuffisante, car si les malades mangent de préférence et avec avidité de la terre, « ils recherchent et dévorent aussi bien d'autres substances non alimentaires et bien autrement répugnantes, telles que la cendre, des chiffons de papier, des cheveux, de vieux plâtras, la sciure de bois, etc. ».

(2) *Dictionnaire Encyclopédique des Sc. Méd.*, article *Cachexie aqueuse*, page 390.

(3) Dr A. Le Dantec.— *Maladies des Pays chauds*, 1900, p. 819.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Manœuvres du service de santé.

Les leçons de choses sont toujours d'un puissant intérêt. L'armée exécute périodiquement des manœuvres qui permettent de juger de son instruction et mettent officiers et soldats aux prises avec les difficultés de la vie en campagne. Nul ne songe à discuter leur utilité. Il n'en est pas de même pour les exercices spéciaux du service de santé qui n'ont pas toujours eu une bonne presse. Il nous paraît cependant que l'expérience la plus récente consacre définitivement leur nécessité.

Ce qui fait l'intérêt tout particulier des manœuvres du service de santé, auxquelles j'ai eu la bonne fortune de participer effectivement cette année, c'est que, d'une part, comme l'exprimait dans une conférence préliminaire, M. le médecin principal Antony, médecin-chef du Val-de-Grâce, et directeur technique des exercices spéciaux, elles ont démontré que notre personnel et notre matériel sanitaires pouvaient s'adapter parfaitement aux exigences de la tactique moderne ; que, d'autre part, on vit, pour la première fois, synergiquement fonctionner — et c'est là une innovation des plus heureuses — les formations de l'avant et celles de l'arrière, de telle manière qu'il était possible de suivre le blessé dans son trajet du champ de bataille au territoire, comme dans la réalité. Ajoutons aussi, importante mesure, qu'il avait été fait le plus large appel au corps de santé de réserve et de territoriale, et que l'on eut ce spectacle impressionnant et réconfortant de confrères, brusquement distraits de leurs habituelles occupations, devenus immédiatement adéquats à leur situation nouvelle et remplissant leurs fonctions sans que rien trahisse chez eux leur manque d'expérience. Ceci réduit à néant les craintes que d'aucuns formulèrent sur l'absence de cohésion des formations sanitaires en temps de mobilisation.

M. le Directeur technique avait pris soin, dès le début des opérations, de faire ressortir l'importance actuelle de la notion du fameux « vide » du champ de bataille, telle qu'elle ressort des rapports des attachés militaires auprès des armées russe et japonaise durant la récente campagne. Cette notion oblige le service de santé à se montrer le moins possible sur le champ de bataille pour éviter des pertes cruelles en personnel et pour ne fournir aucune indication à l'ennemi. Dans cet ordres d'idées, M. le médecin principal Antony recommandait aux premières formations du service de l'avant « les postes régimentaires de secours » d'être aussi « linéaires » que possible, de manière à se dissimuler en profitant des couverts, cheminements, abris de toute nature.

Dès le 1er août, commençaient réellement les manœuvres, qui eurent pour théâtre la région difficile Longjumeau-Epinay-Juvisy. Des blessés simulés tombaient sur le champ de bataille, où ils y recevaient les soins du service régimentaire. Nous n'entrerons pas dans le détail du fonctionnement de ce service, que l'on connaît. Nous estimons cependant que certains points doivent être mis plus spécialement en lumière comme comportant d'utiles enseignements :

1° Il est difficile, pour le service régimentaire, de conserver le contact des troupes. Comme conséquence, il ne doit point perdre de temps dans l'organisation des premiers secours. L'installation même du poste de secours est longue et cette formation doit être réduite au minimum, étalée plutôt que concentrée. En outre, le service régimentaire ne doit pas trop compter sur l'existence du relai d'ambulance qui peut, pour une raison ou pour une autre, ne pas jalonner la route entre le poste de secours et l'ambulance.

2° Il y a lieu d'aller aux blessés en utilisant les abris naturels, de les répartir en « nids » où les brancardiers iront les chercher dès que le feu le permettra. On conçoit dès lors que cette recherche exige, de la part des médecins auxiliaires et des brancardiers, une initiative prudente et de grandes qualités d'observation.

3° Le paquet individuel de pansement demeure la grande ressource. Il nous a paru toutefois que le matériel régimentaire était très suffisamment doté. Nous avons vu appliquer au poste de secours des pansements ingénieux et même originaux.

Des blessés, ceux à qui leur blessure permettait la marche, gagnaient l'une des deux sections de l'ambulance divisionnaire, dirigées : l'une par un médecin-major de 1re classe ; l'autre par un médecin-major de 2e classe, ayant chacun sous leurs ordres six médecins de l'active, de la réserve ou de la territoriale. Les autres étaient apportés par des voitures d'ambulance ou à dos de mulet, en litière ou en cacolet, et c'était vraiment un curieux spectacle que l'arrivée des convois de blessés couchés ou assis, le débarquement de ces blessés prenant leur rôle au sérieux et l'activité des brancardiers empressés à les transporter. Là, les pansements étaient vérifiés ou refaits, les opérations très urgentes pratiquées, et les malades, sériés selon la gravité de leur état, renvoyés à leur corps ou évacués sur l'hôpital de campagne.

Nous portions un intérêt tout spécial à l'ambulance divisionnaire, non pas tant parce que nous y étions attaché que parce qu'elle constitue la formation la plus importante de l'avant, celle à qui est dévolu le rôle écrasant de suivre partout la division à laquelle elle est attachée, de fonctionner comme hôpital le jour même du combat, avec obligation de céder la place à l'hôpital de campagne le soir même de l'action, ou au plus tard le lendemain. La difficulté de ce rôle a fait souhaiter depuis de longues années l'interchangeabilité des formations sanitaires : on conçoit, en effet, que, si l'ambulance et l'hôpital de campagne ont même composition, leur substitution réciproque sera singulièrement facilitée. Quoi qu'il en soit, nous avons eu l'agréable surprise de constater que, telle qu'elle est, l'ambulance divisionnaire est une formation « manœuvrière ». Nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé dans la section dont nous faisions partie. Le 1er août, cette section trouve dans la maison d'école d'Epinay-sur-Orge, un superbe local, de vastes pièces. Tandis que des brancardiers étaient occupés à aménager ces salles, à retirer les paniers des voitures, d'autres montaient la

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Exposition internationale à Milan.

La Compagnie P.-L.-M. a l'honneur d'informer le public que, dans le but de permettre aux voyageurs partant des gares de son réseau de se rendre à prix réduits à Milan, pour y visiter l'Exposition internationale, elle fera délivrer, jusqu'au 15 novembre 1906, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes pour Modane et Vintimille, valables 30 jours, conjointement avec des billets d'aller et retour de Modane ou Vintimille à Milan, valables 20 jours.

La durée de validité de ces billets ne sera pas prolongeable.

Ces billets seront délivrés à première demande dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon, Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Nîmes, Valence, Marseille-voyageurs, Chambéry, Grenoble, et sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

CHEMIN DE FER DE L'OUEST

Pour les renseignements consulter le livret Guide-illustré du réseau de l'Ouest, vendu 0 fr. 50, dans les bibliothèques des gares de la Compagnie.

tente et tous suscitaient par leur promptitude, leur ardeur silencieuse, l'admiration des spectateurs. C'est ainsi que, ayant marché depuis le matin, arrivés à Epinay à 9 h. 45, ils avaient, à 10 h. 30, mis l'ambulance en état de fonctionner, n'attendant que des blessés. Nous tenons à faire remarquer avec quelle rapidité (huit minutes), fut montée la tente Tortoise, qui constitue un abri immédiat. Le lendemain, la même section se trouve à Grand-Balisy ; mais ici les conditions sont bien différentes ! On avait encore compté sur la maison d'école, mais personne pour l'ouvrir ; d'ailleurs, pas de clefs ! Le médecin-chef demande alors à un paysan la permission de s'installer dans une vieille bâtisse ; les murs sont couverts de toiles d'araignées ; des gravats encombrent le sol ; en moins d'une demi-heure tout est nettoyé ; les salles de pansements et d'opérations sont prêtes ; la tente est montée. Et tout cela s'est fait simplement, qui représente un effort considérable et étonne ceux qui ont mission d'apprécier. D'autres brancardiers n'étaient pas restés inactifs ; dès leur arrivée, ils avaient préparé des boissons hygiéniques et réconfortantes destinées aux blessés et dont chacun eut sa part. Ce qui nous a le plus frappé, c'est que, dans cette formation, faite d'éléments si divers, qui n'avaient jamais été en contact, il n'y avait aucune espèce de confusion : les groupes médicaux opéraient chacun pour leur compte ; il y avait promptitude, mais point de précipitation. Pas d'ordres donnés au hasard ; pas de cris ; mais des gens conscients de leur devoir, du plus élevé au plus humble, donnant la plus haute idée de la valeur du corps de santé dans son intégralité.

En arrière des ambulances était installé et fonctionnait à Savigny-sur-Orge, un hôpital de campagne, dont la destination est d'hospitaliser les blessés non évacuables et de diriger sur l'arrière les blessés évacuables laissés par l'ambulance, dès que leur état le permet. Le cadre de cet hôpital de campagne était intentionnellement constitué de médecins de réserve et de territoriale, et j'ose dire qu'il n'y a point paru. L'hôpital de campagne évacuait, le 3 août, sur des charrettes aménagées à l'aide de moyens de fortune, les blessés sur la gare du Triage à Juvisy. Cette gare, par une heureuse disposition habilement exploitée, longe la rive gauche de la Seine, de telle sorte qu'on peut procéder à une évacuation par eau sur péniches et à des évacuations par trains sanitaires permanent ou improvisés et par trains ordinaires.

Les journaux quotidiens ont parlé du train sanitaire permanent gracieusement amené par la Cie d'Orléans, et de l'infirmerie de gare installée à la gare de Juvisy par les soins de la Société de secours aux blessés militaires. Louer l'organisation de cette société, le dévoûment de ses membres, la perfection de son matériel ; louer le désintéressement et le degré d'instruction des Secouristes Français n'est que faire œuvre de justice ; mais ceux-là sont des volontaires.

Après la louange méritée, il y a une petite place aux critiques, qui n'atteignent d'ailleurs pas le corps médical lui-même. Le nombre des voitures et des chevaux à mobiliser est énorme pour chaque formation sanitaire. Le service de santé doit faire appel au train des équipages ; il l'a sous ses ordres, il est vrai ; mais il reste tributaire de son bon vouloir et, au point de vue disciplinaire, le train, par une anomalie extraordinaire, échappe, comme l'on sait, à l'action directe des médecins-chefs. De plus, le service de santé ne possède pas ses moyens propres de transport, qui appartiennent à l'artillerie, ce qui est absurde. Ne serait-il pas temps de substituer à la traction animale la traction mécanique ? Et ne pourrait-on voir les armées en marche suivies d'automobiles qui auraient l'avantage de diminuer le nombre des voitures et de former des convois d'une mobilité et d'une souplesse supérieures à ceux d'aujourd'hui ? Quant au matériel de pansement utilisé en campagne, peut-être ne répond-il plus aux exigences de la chirurgie actuelle, mais les théories en médecine ont si vite vieilli, on les voit si facilement disparaître, puis reparaître, que nous ne nous étonnons pas de voir que subsiste encore, dans les paniers de pansements, la préoccupation du pansement phéniqué. Le remplacement de tout ce matériel ne serait pas une petite affaire de temps et d'argent, et la compétence des médecins militaires y pourvoira sans doute. Au reste, chacun de nous n'a-t-il pas eu l'occasion de faire des pansements et même certaines interventions avec des objets improvisés et des instruments de fortune ? et les manœuvres qui se sont déroulées ont montré la suffisance numérique du matériel et le parti qu'on en pouvait tirer en l'utilisant au mieux et en faisant preuve de décision et d'ingéniosité.

Quant aux brancardiers militaires, ils ont, cinq jours durant, sous un soleil implacable, manœuvré avec discipline et avec entrain. Cela tient sans doute à leur recrutement spécial ; tous, gens intelligents et souvent d'esprit cultivé, apportent à l'accomplissement de leurs fonctions une conscience admirable. Mais cela tient aussi aux médecins sous les ordres de qui ils sont placés. J'ai vu l'un d'eux, particulièrement, qui, prenant à son compte la formule japonaise de l'exaltation de la valeur individuelle, ne négligeait jamais de donner une explication, de faire saisir l'intérêt d'une manœuvre à celui qui la devait accomplir, et de faire de chacun non pas l'auxiliaire inconscient, mais le collaborateur intelligent d'une œuvre utile. Il savait aussi assurer le repos en temps opportun, avoir soin de la santé des hommes. C'est ainsi que l'on a pu voir des soldats fatigués par la marche, harassés par la chaleur, accomplir avec entrain leur besogne de brancardiers ; pas un cri, pas un murmure ne s'est fait entendre ; pas un homme n'a allégué son état de fatigue pour éviter une corvée.

Mais il y avait la contagion de l'exemple ; tous les chefs manifestaient un bel entrain et, sous la longue blouse blanche, les grades avaient disparu ; on sentait seulement l'effort commun des hommes soignant d'autres hommes. Médecins militaires et médecins civils rivalisaient de zèle, et l'on avait l'impression que l'on ne distinguait pas plus les uns des autres sous l'uniforme qu'on n'aurait pu les différencier à leur retour dans la vie civile. Il faut ainsi que chacun soit bien pénétré du rôle qu'on lui demande de jouer et de l'importance qui s'attache à sa fonction. Il importe qu'en cas de mobilisation, les médecins militaires sachent qu'ils ont dans

★

leurs confrères civils des auxiliaires consciencieux, sachant au besoin prendre des responsabilités, toujours soucieux de faire leur devoir.

En résumé, les manœuvres du service de santé constituent un salutaire exercice et un entraînement profitable : chacun y parfait son instruction, et les médecins, venant de différents régiments, réunis à des médecins civils de plusieurs générations, apprennent à se mieux connaître et à mieux s'apprécier. C'est déjà pour eux un avantage ; c'est une ressource bien autrement précieuse pour les soldats qui combattront.

André Lombard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 19 juin 1906. — Présidence de M. Comby.

Rapports de l'adénoïdite et de l'entérite.

M. Guinon appelle l'attention de la Société sur la coïncidence fréquente des adénoïdites et des entérites. L'infection du rhino-pharynx se propage du côté du tube digestif, et y détermine des accidents divers, sans qu'il y ait proportionnalité d'intensité entre les manifestations intestinales et les désordres antérieurs observés du côté du rhino-pharynx.

Mme Nageotte rapporte, à l'appui de l'opinion de M. Guinon sur ce sujet, trois observations d'enfants chez lesquels des accidents intestinaux plus ou moins graves ont disparu après l'ablation d'adénoïdes. En plus des phénomènes d'entérite, ces enfants présentaient : l'un une incurvation de la colonne vertébrale, le second des éruptions lichénoïdes, et le troisième du rachitisme, et ces diverses lésions ont disparu en même temps que l'entérite à la suite de l'opération qui les a débarrassés de leurs adénoïdes. Tous ces faits prouvent l'importance des adénoïdes comme origine possible de désordres intestinaux et autres, et montrent la nécessité qu'il y a de surveiller attentivement l'état du naso-pharynx.

M. Comby admet qu'il existe d'étroites relations entre l'adénoïdite et les affections intestinales, y compris l'appendicite. Il a observé de nombreux faits qui, comme les observations sur lesquelles M. Guinon a basé sa communication établissent catégoriquement les relations existant entre ces diverses affections. Il est d'avis, en outre, qu'il y a lieu d'incriminer la rhino-pharyngite comme origine d'autres maladies, telles que la péricardite et la néphrite.

MM. Nobécourt et P. Merklen font connaître à la Société les résultats de leurs recherches sur les deux questions suivantes : 1° *Absorption de la graisse chez les nourrissons sains et dyspeptiques* ; 2° *Influence de la teneur en albumine sur l'élimination de l'urée chez les nourrissons sains et dyspeptiques.*

Exostoses de croissance.

M. Sevestre présente un garçon de 13 ans qui porte un nombre considérable d'*exostoses de croissance* — plus de 80 — disséminées sur le squelette, siégeant particulièrement au niveau des épiphyses, et dont quelques-unes sont symétriques. Les dimensions de ces exostoses varient du volume du poing à celui d'une noisette. La marche ne s'effectue qu'avec grande difficulté. Ces tumeurs ont apparu chez le jeune malade entre 9 et 11 ans. Le père et le grand-père sont eux-mêmes atteints d'exostoses, et il en est de même du frère et de la sœur du malade ; il y a dans ce cas une influence héréditaire bien caractérisée.

M. Sevestre demande l'avis de ses collègues au sujet du traitement à employer. Le traitement opératoire étant souvent suivi de récidive, et la multiplicité des lésions n'étant guère d'ailleurs, de nature à en encourager l'emploi.

M. Tollemer cite un cas analogue au point de vue de l'hérédité ; mais le père avait eu la syphilis, et l'on peut se demander si celle-ci ne doit pas être incriminée dans l'étiologie des exostoses de l'enfant.

Mme Nageotte a observé un cas d'exostoses multiples de la clavicule de l'omoplate et des premières côtes, avec accidents de compression du plexus brachial ; l'iodure et le mercure successivement administrés, n'ont donné aucun résultat.

M. Variot est d'avis d'essayer le traitement mercuriel.

M. Comby rappelle un cas d'exostoses multiples nombreuses qu'il a observé, et dans lequel le traitement ioduré intensif resta absolument inefficace.

Deux cas de paralysie diphtérique.

MM. Guinon et Pater communiquent *deux cas de paralysie diphtérique* traités par les injections de sérum antidiphtérique. Les accidents paralytiques étaient survenus, dans la première observation, au 15e jour après angine et croup. Chez un enfant de 5 ans, et dans la seconde au 12e jour d'une angine chez une fillette de 6 ans, les deux malades ayant subi d'abord un traitement curatif énergique par le même sérum.

Le premier cas, celui du garçon, malgré l'emploi énergique du sérum contre les accidents paralytiques, se termina par une mort brusque au bout de 5 jours (50 c.cubes de sérum en 3 injections) ; chez la fillette, la guérison ne survint que lentement après une injection de 20 c. cubes de sérum, et une série d'accidents assez préoccupants (tout d'abord, aggravation de la paralysie après l'injection, puis éruption sérique et albuminurie, et enfin pleurésie sèche avec état général sérieux).

Un cas de collapsus grave au cours de l'eczema chez un nourrisson.

MM. Boulloche et Grenet rapportent l'observation d'un enfant de 14 mois atteint d'eczéma depuis les premiers temps de sa vie, et chez lequel, l'eczéma ayant brusquement disparu sans cause déterminante appréciable, il se produisit d'abord quelques troubles digestifs que la diète hydrique fit rapidement cesser : puis deux jours après, brusquement, du collapsus avec pâleur, excavation des yeux et anurie. Comme traitement, diète hydrique, bains sinapisés tièdes, lavement purgatif et injection de 50 gr. de sérum artificiel. A la sortie du bain courte syncope, avec pouls imperceptible, mais amélioration prompte après une injection de caféine de 2 centigrammes. Le lendemain, réapparition de l'eczéma, cessation de l'anurie, et ensuite guérison. La relation entre la disparition de l'eczéma et l'apparition d accidents graves semble bien évidente dans ce cas, et cela confirme le conseil, donné depuis longtemps déjà par nombre d'auteurs, de ne pas chercher à obtenir trop promptement la rétrocession d'un eczéma.

Ch. H. Petit-Vendol.

IIe Congrès international d'assainissement et de salubrité d'habitation. — Ce Congrès se tiendra à Genève du 4 au 10 septembre prochain. Son bureau est composé comme suit : MM. Vincent, président ; Guillaume Fatio, vice-président ; F. Marié-Davy, secrétaire-général ; Albert Vuarin secrétaire-général pour la Suisse ; Depoilly, secrétaire-général adjoint; Zambra trésorier. Le Congrès comprend des membres adhérents versant une cotisation de 20 francs et des membres associés versant une cotisation de 10 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser : à Genève, à M. Alfred Wuarin, secrétaire-général du Comité d'organisation, 1, rue des Moulins ; à Paris, à M. Marié-Davy, secrétaire général de la Commission permanente, 7, rue Brézin. Les adhésions doivent être adressées à M. Zambra, trésorier, 12, rue Petitot, à Genève. Le Comité d'organisation local se charge de fournir des logements à prix réduits à toutes les personnes qui en feront la demande. La demi-place sur les chemins de fer sera accordée aux membres du Congrès.

Congrès internationaux d'électrobiologie et de radiologie médicales. — Secrétaire général : Prof. E. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille. Le 3e Congrès international d'Electrobiologie et de radiologie médicales se tiendra, à Milan, à l'occasion de l'Exposition universelle, du 5 au 9 septembre 1906. Les demandes de billets, ainsi que les adhésions au Congrès, doivent être adressées, avant le 1er août, à M. le Dr Moutier, 11, rue Miromesnil, Paris.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

(Lille, Août 1906.)

—

Séance du 4 août. — PRÉSIDENCE de M. GRASSET

La responsabilité des hystériques.

M. LEROY (de Ville-Evrard), *rapporteur.* — Lorsque l'expert est commis pour examiner un hystérique délinquant, son premier soin doit être de s'assurer que l'inculpé ressortit bien à la névrose. Son diagnostic doit être basé sur les symptômes somatiques et psychiques de l'hystérie constatés par lui ou mentionnés dans les antécédents : attaque dans ses différentes variétés, paralysies et contractures, troubles sensitifs, mutisme, accidents viscéraux, somnambulisme, état crépusculaire, etc.

Le diagnostic posé, le médecin légiste a deux points essentiels à envisager : le sujet en lui-même et les caractères particuliers de l'acte incriminé, ainsi que des circonstances qui l'ont accompagné.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance primordiale de l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de son niveau mental, des particularités de son caractère, des incidents par lesquels se manifeste le plus souvent chez lui la névrose, etc.

Un inculpé ayant présenté des attaques d'hystérie moyenne, voire même de petites attaques vulgaires, du somnambulisme, des paralysies ou des contractures, a certainement un système nerveux plus touché que la jeune fille chez laquelle on constate des crises syncopales avec une sensation plus ou moins nette de constriction cervicale.

On peut admettre aussi que la constatation d'une grande anesthésie ou d'un rétrécissement énorme du champ visuel implique l'existence d'une grave perturbation des centres psychiques. L'anesthésie hystérique, d'origine auto-suggestive, est une insensibilité par inconscience, par désagrégation mentale, une insensibilité psychique indiquant un dédoublement de la personnalité. Il est bien évident, d'autre part, que l'examen des stigmates mentaux, le degré de suggestibilité, d'aboulie, d'amnésie, d'anorexie, doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation médico-légale. Il en est de même de la mentalité du sujet, révélée par sa vie entière.

Ces considérations générales suffisent à montrer que la responsabilité varie nécessairement avec chaque sujet et qu'on ne peut guère appliquer à l'un les règles qui seront de mise pour l'autre. Si la maladie est légère, ce n'est pas sa constatation qui pourra à elle seule innocenter le délit, il faut d'autres éléments. L'hystérie est-elle, au contraire, grave, s'accompagne-t-elle de crises nombreuses, de délire hallucinatoire, de somnambulisme, d'importants symptômes physiques, nous croyons que l'expert doit tendre vers l'irresponsabilité, quand bien même l'acte n'aurait aucun caractere hystérique et paraitrait avoir été inspiré par les mobiles les plus pervers. La plupart des experts concluent actuellement, dans ce cas, à la responsabilité atténuée. Je crois, au contraire, qu'on doit considérer le délinquant comme un malade et conclure à l'irresponsabilité complète. La névrose a, en effet, toujours pour conséquence une véritable infériorité psychique ; les sentiments altruistes ou sociaux disparaissent en même temps que se rétrécit le champ de la conscience. La place de l'hystérique est à l'asile et non à la prison ; c'est un malade qui relève des médecins.

Cette notion de l'irresponsabilité de l'hystérique avec troubles graves du système nerveux est déjà pratiquement reconnue. Lorsqu'un détenu d'une maison centrale présente des attaques d'hystérie avérée, on ne le garde pas en prison ; jusqu'à cette année on avait l'habitude de le transférer à l'asile des aliénés criminels de Gaillon. Par suite de la fermeture [illegible] de cet établissement on le place désormais à l'asile départemental le plus voisin.

Si importante qu'elle soit, l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de ses manifestations morbides est secondaire par rapport à celle de l'acte lui-même. Un hystérique, en effet, peut très bien être responsable de certains actes et irresponsable d'autres, cela dépend du moment et des circonstances. Etendre trop loin l'irresponsabilité de tels individus serait leur donner, au détriment de l'ordre public, un véritable bill d'indemnité. Cette conclusion a été admise par tous les auteurs — au premier rang desquels il faut citer Legrand du Saulle — qui se sont occupés de la responsabilité des hystériques.

Quels que soient les actes commis pendant les troubles mentaux associés aux attaques : hallucinations, idées délirantes, agitation, états extatiques, etc., il est évident que l'expert doit conclure à une irresponsabilité totale. Il en est de même pour les actes accomplis pendant les délires transitoires, plus ou moins frustes, qui sont les seuls délires hystériques vrais et qui doivent être considérés comme les équivalents de la crise convulsive.

La même irresponsabilité totale doit être acquise aux actes quels qu'ils soient, vols, homicides, fugues, etc., commis pendant le somnambulisme. C'est dans ces cas que l'on peut dire que le malade est un pur automate devenu le jouet de son idée fixe. Les mêmes considérations s'appliquent à l'état second qui n'est qu'un état somnambulique prolongé. Dans cette double vie, du reste, les phases de l'existence sont assez distinctes pour que le patient puisse présenter et présente souvent dans chacune d'elles une mentalité différente. Une hystérique timide à l'excès, à l'état normal, peut se montrer bruyante, hardie et téméraire dans l'état second. L'inculpé ne sera, en tous cas, déclaré irresponsable que si le délit a été réellement commis pendant l'état somnambulique.

Plus délicate est la recherche de la responsabilité dans les actes accomplis en état de subconscience. Ces « états crépusculaires » marquent parfois le prélude ou la fin d'une attaque convulsive ; quelquefois aussi ils alternent avec celle-ci ou se présentent spontanément sans aucune connexité avec les accidents convulsifs, réalisant ainsi un équivalent psychique de l'attaque. Ces états de subconscience avec ou sans troubles sensoriels, avec ou sans désorientation, s'accompagnent d'amnésie. Leur caractère morbide ne peut pas être mis en doute et l'irresponsabilité doit être acquise à tous les actes, vols ou homicides, exécutés pendant ces états.

Si, comme cela est assez fréquent, l'expert ne peut arriver à démontrer l'existence de cet état de subconscience au moment de l'acte, le problème devient très délicat. Voici habituellement comment les choses se présentent : un sujet de conduite correcte, complètement lucide, commet un crime puis, l'acte accompli, prétend n'en avoir gardé aucun souvenir, ne pas connaître le premier mot de la chose dont on lui parle, etc., etc. Comment dépister ici le mensonge, la supercherie ? Si l'on peut démontrer l'existence d'une hystérie grave, l'amnésie du crime peut être réelle en dépit de nombreux mensonges portant sur d'autres faits : dans ces conditions il est au moins prudent de ne jamais rejeter d'emblée l'hypothèse d'une folie transitoire, alors même qu'elle est en l'espèce improbable.

Il a été question, jusqu'ici, de la responsabilité des hystériques pendant les crises ou pendant les équivalents psychiques ; voyons maintenant dans quelle mesure peut être invoquée l'irresponsabilité pour les actes commis dans l'intervalle des crises. Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre à cette question par une formule unique, nous nous bornerons à étudier la responsabilité dans quelques cas particuliers choisis parmi les plus fréquents. Un fait primordial peut d'abord être envisagé, c'est l'acte en lui-même. On voit souvent des délits ou des crimes tellement absurdes que leur caractère pathologique ne peut être mis en doute par personne ; l'irresponsabilité de ceux qui les ont commis en découle alors tout naturellement.

La profonde suggestibilité de l'hystérique explique l'influence si grande du rêve, d'une hallucination, d'une idée fixe, d'une suggestion intrinsèque ou extrinsèque. Plus encore que la suggestibilité, l'impulsivité est une cause importante d'actes médico-légaux hystériques : homicide, de violence, suicide et surtout actes passionnels provoqués par la haine, la jalousie, la vengeance. Leur émotivité, leur irrita-

bilité, empêchent ces malades de se contenir ; il passent presque instantanément de l'idée à l'acte.

La plupart des auteurs, dans ces cas, concluent à une responsabilité limitée. D'après eux, le criminel hystérique n'oppose, aux mobiles de son acte, qu'une résistance affaiblie. A l'impulsivité des hystériques se rattache un grand nombre de vols, surtout de vols commis dans les grands magasins. Lorsque l'expert se trouve en présence de dégénérés hystériques, de kleptomanes, l'irresponsabilité ne saurait être mise en doute. La solution est bien plus délicate si l'impulsion ne s'accompagne pas d'obsession proprement dite, de lutte angoissante. Le médecin réglera sa conduite d'après le caractère plus ou moins pathologique de l'acte et les circonstances qui l'ont précédé ou suivi.

Mais il reste, bien entendu que ce sont seulement les actes *pathologiques* de l'hystérique qui entraînent l'irresponsabilité. En présence d'un délinquant ne présentant que des manifestations anciennes ou atténuées de la névrose et dont l'acte n'a aucun caractère pathologique, l'expert doit conclure à la responsabilité. Le rapport devra, toutefois, contenir un examen approfondi du sujet (antécédents héréditaires et personnels, niveau mental, degré de la maladie) afin d'éclairer le tribunal. Si celui-ci croit juste d'appliquer les circonstances atténuantes, il le fera sans que le médecin intervienne. L'appréciation de la maladie seule est d'ordre médical.

Il me faut dire, maintenant, quelques mots de la responsabilité des sujets chez lesquels l'hystérie est associée à d'autres facteurs pathologiques. Parmi ces facteurs, le plus habituel est incontestablement la dégénérescence. Nous ne pouvons encore ici fournir aucune règle fixe, la responsabilité étant variable chez les dégénérés. La vie entière du sujet indique le degré de son déséquilibre, et ce déséquilibre permet d'arriver à déterminer la responsabilité. A chaque cas correspond une solution différente. Lorsque la dégénérescence s'affirme par une débilité mentale avérée, l'expert devra naturellement faire entrer en ligne de compte ce nouveau facteur. Chez un hystérique présentant en même temps des manifestations épileptiques, il est fréquent de rencontrer simultanément un état de débilité ou de dégénérescence mentale plus ou moins accusé. Dans cette triple association, l'acte médico-légal emprunte ses caractères à l'un des facteurs, quelquefois à deux, et la responsabilité est généralement nulle. Il faut, cependant, arriver à cette conclusion, que le délit ait une note pathologique.

Lorsque l'hystérie s'associe avec les intoxications, la question de la responsabilité devient encore plus complexe. Cette association est assez fréquente, car on sait combien les déséquilibrés ont une appétence singulière pour tous les toxiques, principalement l'alcool, la morphine et l'éther. L'intoxication réagit sur l'état mental du malade, mais il est toujours possible de retrouver dans le tableau clinique la part de chacun des facteurs surajoutés. La responsabilité dépend naturellement du degré d'hystérie et de l'importance de l'intoxication. De tous ces poisons, l'alcool est le plus fréquent et aussi le plus nocif. L'alcoolisme chronique augmente le nombre des crimes qu'il aggrave. L'ivresse accroît singulièrement l'impulsivité, l'automatisme des malades, et l'hystérique devient criminel par suite d'impulsions déréglées, sans qu'on puisse parler de troubles mentaux proprement dits. Quelquefois l'automatisme ambulatoire hystérique succède à une intoxication éthylique. La morphine a, au contraire, cette action particulière qu'elle diminue un peu la fréquence des attaques, mais l'état mental n'en demeure pas moins aggravé. L'expert devra s'attacher à démontrer dans quelle mesure l'acte délictueux dépend de l'hystérie ou de l'intoxication surajoutée. Cette notion a plus d'importance que la gravité de la maladie elle-même.

En terminant, je crois nécessaire de poser devant le Congrès le problème de la responsabilité limitée qui est, comme on l'a vu, la solution souvent adoptée par les experts lorsqu'il n'y a pas de trouble pathologique évident au moment de l'acte. La loi pénale ne reconnaît pas cette responsabilité limitée ; il n'y a pour elle que des responsables et des irresponsables. La plupart des médecins légistes et des jurisconsultes admettent qu'il existe des gens à tares insuffisantes pour faire disparaître leur volonté, mais suffisantes pour obscurcir leur intelligence et diminuer leur volonté. Est-ce une chose juste ou simplement utile ? D'aucuns font remarquer que l'idée de responsabilité limitée, avec la peine divisée comme en petits morceaux est une absurdité. D'autres ajoutent, avec M. Forel, que responsabilité limitée veut dire, les trois quarts du temps, danger social augmenté.

A mon tour, je déclare que la responsabilité limitée est une notion non seulement inutile, mais irrationnelle et dangereuse : irrationnelle parce que les hystériques considérés comme partiellement responsables sont des *anormaux* sur lesquels pèsent de véritables tares, des influences d'ordre intrinsèque ; dangereuse parce qu'elle conduit les juridictions répressives à l'indulgence, à la courte peine, et qu'on remet ainsi dans la circulation un individu peut-être plus dangereux que le criminel conscient. Il serait fâcheux, à mon sens, que le Congrès donnât l'appui de son autorité à la reconnaissance officielle de la responsabilité limitée.

M. Grasset. — Conclure comme l'a fait M. Leroy, au rejet absolu de la responsabilité limitée est une grave condamnation de la plupart des experts qui adoptent cette formule. Pour ma part, je rejette complètement semblable conclusion et j'estime qu'il faut envisager séparément la doctrine scientifique de la responsabilité atténuée et ses conséquences juridiques dans la législation actuelle.

En d'autres termes, il ne faut pas assimiler les notions très distinctes de responsabilité atténuée et de peine atténuée.

Dans la législation actuelle, la déclaration de responsabilité atténuée aboutit à la multiplication des courtes peines, ce qui est reconnu mauvais ; mais cela ne prouve pas que, scientifiquement, la responsabilité atténuée n'existe pas. Si elle existe, il ne faut pas cesser de la proclamer, sauf à demander en même temps une modification correspondante de la loi. Or, scientifiquement, la chose ne paraît pas douteuse. Quelle est actuellement la base médicale de la responsabilité ? La normalité des neurones psychiques. Dès lors, il me paraît impossible de se borner à classer l'humanité en deux blocs : celui des normaux responsables et celui des anormaux complètement irresponsables.

Entre les deux, il y a place pour une vaste catégorie de sujets, chez lesquels le fonctionnement psychique est inférieur à la normale, c'est-à-dire qui ne sont pas doués d'une résistance suffisante aux suggestions malsaines, et qui, par conséquent, ne peuvent être considérés ni comme irresponsables au sens absolu du mot, ni comme responsables.

Prenons un épileptique ; tout le monde est d'accord pour reconnaître que le crime commis en état de crise entraîne l'irresponsabilité ; mais si le même crime a été accompli dans une phase interparoxystique, irez-vous soutenir que ce crime ne mérite aucune indulgence, qu'il a été accompli par un sujet dont l'intégrité psychique est absolue ? Il en est de même pour les actes des hystériques. Vous voulez que ceux-ci soient toujours responsables ou irresponsables. Pour moi, l'immense majorité de ces malades est responsable, mais dans une mesure limitée qu'il appartient à l'expert d'apprécier.

Loin d'être irrationnelle, cette conception me semble au contraire, la raison même. Si vous n'admettez pas la responsabilité atténuée, vous êtes obligé d'étendre outre mesure tantôt le domaine de la responsabilité, tantôt celui de l'irresponsabilité.

En quoi le sujet à responsabilité atténuée diffère-t-il donc du responsable et de l'irresponsable ? Du responsable il diffère en ce qu'il n'est pas entier dans la lutte psychique et ne doit pas être mis dans la prison des normaux. De l'irresponsable il diffère en ce qu'il « comprend » le gendarme et la prison et ne doit pas être mis dans l'asile des fous. Et alors, de ce qu'il ne peut être ni dans la prison ordinaire ni dans l'asile ordinaire, il ne faut pas conclure qu'il n'existe pas. Il faut conclure à la création urgente, indispensable de l'asile-prison. Tout danger disparaît ainsi. La société se garantira contre ce demi-fou plus longtemps parfois que contre certains fous, mais elle le traitera en même temps. Elle l'isolera comme un cholérique ou un pestiféré et s'en préservera tout en le soignant.

Toutes les objections sur l'absurdité de la « peine divisée » tombent. On ne peut plus dire, avec M. Forel, que responsabilité limitée égale danger social augmenté. Il n'en est rien. Si vous classez les hystériques en responsables et irresponsables, vous vous exposez terriblement, au contraire, à mettre en prison des malades et à enfermer dans les asiles des sujets dont ce n'est pas la place.

Le rapporteur parle enfin de sujets *partiellement* responsables ; c'est une confusion des plus fâcheuses que commettent encore un certain nombre d'auteurs : responsabilité partielle et responsabilité atténuée sont deux choses absolument distinctes.

La responsabilité atténuée n'est donc ni irrationnelle, ni dangereuse, ce n'est pas davantage, comme on l'a dit, une cote mal taillée, une lâcheté ou une erreur ; c'est une vérité scientifique, à laquelle un jour ou l'autre il faudra bien que la législation se conforme.

M. Briand (de Villejuif). — Le terrain sur lequel évolue l'hystérie joue un rôle primordial dans le déterminisme et la forme des délits divers que peut commettre l'hystérique.

M. Dupré (de Paris). — Le problème de la responsabilité des hystériques associe deux questions dont l'étude séparée est déjà des plus difficiles. A mon avis, lorsque l'hystérique devient délinquant, ce n'est pas de par sa névrose, mais bien de par les tares intellectuelles, morales, ou volontaires qui s'associent à l'hystérie sur le terrain dégénératif, dont la névrose elle-même n'est qu'une expression.

Parmi ces tares, la vanité, la malignité et la perversité dans le domaine moral, la débilité mentale dans le domaine intellectuel, l'impulsivité dans le domaine volontaire, et enfin d'autres états morbides, toxiques, obsédants, etc., etc., représentent les principaux facteurs qui, associés à la névrose, entraînent les hystériques à la délinquance et sont les mobiles non hystériques du délit chez les hystériques. Je ne vois guère de spéciale à l'hystérie que la suggestibilité, comme élément psychologique intéressant à considérer en médecine légale : et encore une suggestibilité particulière, aboutissant surtout à l'organisation de crises ou de syndromes somatiques, accessoirement à la création d'états psychiques qui n'ont guère de conséquences médico-légales, en dehors de l'association des tares morales plus haut signalées.

La mythomanie telle que je l'ai définie, c'est-à-dire la tendance constitutionnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation, est très fréquemment associée à l'hystérie, mais elle ne se confond pas avec elle, car on peut être mythomane sans être hystérique. Le diagnostic différentiel entre la mythomanie et l'hystérie repose le plus souvent sur la notion de la présence ou de l'absence, dans le processus morbide, de la conscience et de la volonté. Cette distinction est des plus difficiles à établir, car nous ne possédons aucun moyen sûr de mesurer chez le sujet suspect la valeur des constatations de la conscience et des efforts de la volonté. La clinique médico-légale et pénitentiaire fourmille de ces cas hybrides, où il est impossible de faire dans la psychogenèse des accidents le départ de l'hystérie et de la simulation. Il me paraît difficile de distinguer, à cet égard, le rôle respectif des deux psychismes ; le problème reste dans le domaine des faits subjectifs et ne comporte aucun élément objectif, aucun critère expérimental de solution.

Au point de vue de la responsabilité atténuée, je me rallie complètement à l'opinion de M. Grasset.

Rapport du traumatisme et de la paralysie générale.

M. Brissaud (de Paris). — J'ai observé plusieurs malades chez lesquels des symptômes de paralysie générale ont été notés peu après une chute ou un traumatisme cranien grave. Quels sont dans ces conditions les rapports réciproques de la paralysie générale et du traumatisme ? Celui-ci a-t-il été réellement la cause effective, unique de la maladie, a-t-il créé de toutes pièces la paralysie générale ? ou bien, ce que je serais plus tenté d'admettre, n'a-t-il pas simplement actionné et orienté vers les centres nerveux une syphilis en évolution qui sans lui les aurait peut-être respectés ?

M. Briand. — M. Brissaud vient de soulever une question bien intéressante et bien délicate. Il est très difficile d'élucider une question aussi grave par des faits négatifs ; cependant, si chacun venait ici dire qu'il n'a jamais rencontré de paralysie générale traumatique, la vérité serait bien près d'être établie. Il y a des années que je recherche des cas de paralysie générale traumatique, je n'en ai jamais trouvé. Si l'on remonte un peu loin dans l'examen du malade, on trouve que toujours la paralysie générale avait débuté avant le traumatisme incriminé.

M. Raymond. — Je suis très heureux d'entendre exprimer des conclusions que je partage complètement. Quand une paralysie générale est certaine, j'affirme que toujours la syphilis est le point de départ et que le traumatisme n'a été qu'un épisode.

M. Ballet (de Paris). — Dans 2 cas qu'il m'a été donné d'observer et qui tous deux se présentaient comme des types de paralysie générale traumatique, une enquête attentive a montré que dans l'un, les symptômes de méningo-encéphalite chronique étaient antérieurs au traumatisme, et que dans l'autre il existait une syphilis conjugale ; ici encore, par conséquent, le traumatisme, s'il était pour quelque chose dans l'apparition de la maladie, n'avait pu jouer que le rôle de cause occasionnelle. Je ne crois donc pas à l'existence de la paralysie générale exclusivement traumatique. Mais il ne faut pas conclure de là à l'innocuité complète d'un traumatisme en matière de paralysie générale. Il est très possible, en effet, que tel syphilitique qui serait resté toute sa vie un simple syphilitique devienne paralytique général à l'occasion d'un traumatisme.

M. Régis. — Je n'ai observé, pour ma part, que des cas où le traumatisme était consécutif à une paralysie générale préexistante. Je serais donc assez disposé à me ranger à l'avis de MM. Brissaud, Raymond et Ballet. Il résulte cependant d'une série de travaux allemands et anglais sur ce sujet, qu'il y a présomption de relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie, d'abord quand il n'y a pas de cause connue antérieure susceptible de créer la paralysie générale, ensuite lorsque le traumatisme a déterminé un ébranlement sérieux et enfin lorsque le temps écoulé entre les deux faits n'a été ni trop long, ni trop court. Dans l'une ou l'autre de ces alternatives, il appartient encore à l'expert de déterminer pour chaque cas particulier dans quelle mesure le traumatisme a dû favoriser ou hâter l'éclosion de la paralysie générale.

M. Giraud rapporte un cas qu'il a eu l'occasion d'observer récemment avec M. Lallemand et pour lequel les experts conclurent que la paralysie générale devait être déjà en évolution lorsque survint le traumatisme.

M. Duret. — Comment faut-il considérer la paralysie générale ? Est-ce un syndrome ou une maladie spécifique ? Toute la question est là, et si la paralysie générale est considérée comme un syndrome, il est logique d'admettre que le traumatisme puisse jouer un rôle dans son étiologie.

M. Brissaud constate qu'aucun des membres du Congrès n'a vu le traumatisme créer de toutes pièces la paralysie générale. Désormais la question lui paraît résolue. Au point de vue médico-légal, le traumatisme n'en a pas moins créé un dommage qui doit être réparé.

M. Vallon (de Paris). — Que la syphilis joue un rôle dans le développement de la paralysie générale, je ne le consteste pas, mais, qu'elle en soit la condition suffisante, je ne le crois pas. Toujours ou presque toujours la paralysie générale est le résultat de l'association de la syphilis avec un autre facteur étiologique. Le plus souvent c'est l'alcoolisme qui intervient, mais il est possible que dans un certain nombre de cas ce soit un traumatisme qui s'ajoute à la syphilis.

M. Christian insiste sur le rôle du surmenage dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Pailhas rappelle un cas qu'il a communiqué à un Congrès précédent.

Deux cas de tumeurs du corps calleux avec autopsie.

M. Raymond. — Je désire vous communiquer les observations de deux malades ayant succombé à des tumeurs du corps calleux.

Le premier, un homme de cinquante-huit ans, avait présenté, à la suite d'un ictus survenu trois mois avant sa mort,

une hémiplégie motrice droite progressive avec hémitremblement, et plus tard une hypoesthésie du même côté.

Dès l'ictus, l'intelligence s'était montrée affaiblie : on constatait avant tout une obnubilation intellectuelle générale. Il existait quelques signes de compression cérébrale : céphalée, vomissements, stase papillaire légère, mais aucun phénomène du côté des nerfs craniens. A l'autopsie, on trouva une vaste tumeur, un gliome très vasculaire avec foyers hémorrhagiques détruisant les deux tiers antérieurs du corps calleux, se prolongeant en avant dans le lobe frontal, et latéralement dans le centre ovale du côté gauche. Il existait, en outre, un noyau secondaire au niveau des circonvolutions pariétales ascendante et deuxième pariétale gauches. L'examen histologique des coupes de l'hémisphère gauche permit de constater une atrophie considérable des fibres tangentielles d'Exner, la destruction des faisceaux longitudinal supérieur et occipito-frontal et du cingulum. A noter des altérations très prononcées des vaisseaux de l'écorce.

Le deuxième malade, un homme âgé de quarante ans, n'a eu, pendant huit mois, comme unique symptôme, *que des troubles mentaux spéciaux*, puis, deux mois et demi avant sa mort, se sont montrés de nombreux signes : avant tout une hémiparésie gauche progressive avec hémiataxie et hémianesthésie du même côté, ensuite une hémianopsie temporale gauche homonyme.

Il n'y avait pas de phénomènes de compression des nerfs de la base et ceux de compression générale étaient modérés. Une obnubilation intellectuelle progressive avait obscurci le syndrome mental au début, lorsque le malade vint consulter à la Salpêtrière ; néanmoins, on put le reconstituer et porter le diagnostic de tumeur localisée primitivement au corps calleux, ayant envahi la couche optique droite. L'autopsie confirma l'exactitude du diagnostic ; on trouva un sarcome à cellules polymorphes, très vasculaire, ayant infiltré le tiers postérieur du corps calleux et s'étant développé du côté droit, où il a détruit les deux tiers postérieurs de la couche optique, le tiers postérieur de la capsule interne, les radiations thalamiques et le faisceau longitudinal inférieur. Les cellules pyramidales de l'écorce, étudiées par la méthode de Nissl, présentent des altérations assez considérables (chromatolyse, déplacement et vacuolisation du noyau, etc.).

Il résulte de ces constatations que les divers symptômes observés chez ces deux malades ont presque tous pour origine des lésions situées en dehors du corps calleux et qu'en somme il n'y a *que les troubles mentaux* qu'on puisse considérer comme un symptôme à proprement parler d'origine calleuse. Et encore parmi ces troubles mentaux, il y a un départ à faire. L'obnubilation intellectuelle, les troubles démentiels que certains auteurs ont décrits, dans les tumeurs du corps calleux, sont des symptômes tardifs dus à la propagation de la tumeur à des régions voisines ou à des altérations cérébrales diffuses (compression, intoxication, lésions vasculaires). Il reste, comme caractéristique, un syndrome mental spécial : il consiste en des troubles du caractère, de la bizarrerie dans les manières et dans les actes, des lacunes dans la mémoire, un manque de liaison dans les idées, tout cela avec une conservation apparente de l'intelligence qui peut faire illusion à l'entourage. A part ces troubles mentaux spéciaux, pour soupçonner la localisation d'une tumeur dans le corps calleux, peut-être y a-t-il à tenir quelque compte du siège de la céphalée, mais de la céphalée précoce seulement. Les autres symptômes donnés par les auteurs sont des symptômes d'emprunt, la tumeur étant bien rarement limitée au corps calleux. C'est donc ce syndrome mental particulier qui est le signe caractéristique d'une localisation dans le corps calleux, et c'est son existence précoce et longtemps isolée qui a permis, dans le deuxième cas, de porter un diagnostic de localisation calleuse primitive.

De cette étude anatomo-clinique, je ne veux tirer aucune conclusion ferme au sujet de la physiologie du corps calleux. Le faisceau occipito-frontal était détruit dans les deux cas ; il n'est donc pas sûr que le syndrome psychique décrit plus haut soit uniquement d'origine calleuse. C'est l'étude des lésions limitées au corps calleux (hémorrhagie, ramollissements) qui pourrait permettre de résoudre ce problème.

Myxœdème et Mongolisme.

M. Bourneville rappelle que, l'an dernier, au *Congrès de Rennes*, il a montré une série de photographies concernant deux groupes bien distincts d'idiotie, les *myxœdémateux* et les *mongoliens*. S'appuyant sur ces documents, il a essayé de tracer un parallèle entre le myxœdème infantile et le mongolisme, que chacun a pu lire dans les procès-verbaux du Congrès. Ce parallèle a été reproduit, perfectionné, dans le dernier numéro de la *Revue d'hygiène et de pathologie infantiles* du Dr H. de Rothschild, comme conclusion d'une nouvelle observation de *myxœdème* (Bon...) et d'une nouvelle observation de *mongolisme* (Burga...) M. Bourneville complète ce parallèle par des renseignements comparatifs : 1° des calottes crâniennes des deux groupes (avec le Dr Paul Boncour) ; 2° de la dentition (avec M. le Dr Frey et M. Royer), 3° sur l'absence de la glande thyroïde, *constante* chez les myxœdémateux infantiles, et l'*existence de lésions* dans les glandes thyroïdes, *existantes*, des mongoliens.

La puberté est plutôt précoce chez les mongoliennes. Elle ne se développe généralement pas chez les myxœdémateuses ou incomplète et tardive, sauf chez celles qui sont soumises longtemps au traitement thyroïdien.

Enfin il montre les photographies d'un groupe de *myxœdémateuses* et d'un groupe de mongoliennes, vues *nues de face*, de *profil*, de *dos*. Ces belles photographies, dues à M. Infroit, directeur du service photographique de la Salpêtrière, mettent bien en relief les différences symptomatiques signalées par l'auteur.

M. Bourneville résume et fait voir les photographies d'un *nouveau cas de mongolisme* (Cotto...) morte récemment, dans son service, de *tuberculose généralisée*.

Microcéphalie familiale.

Le même auteur fait passer les photographies de deux frères atteints de *microcéphalie* à un degré très prononcé (*microcéphalie familiale*) ainsi que les photographies du cerveau de l'un d'eux. Les observations, rédigées en collaboration avec son interne, Mlle R. Maugeret, seront publiées dans le recueil des travaux du Congrès.

Hydrocéphalie congénitale.

La dernière communication de M. Bourneville (avec M. le Dr Julien Noir) a trait à un *cas d'hydrocéphalie* communiqué au *Congrès de la Rochelle* (1893) parce que le traitement produit une amélioration considérable. L'enfant avait alors près de 4 ans. En terminant, il dit : « Si Valentine Esc..., malgré une *hydrocéphalie congénitale* considérable, est devenue une enfant intelligente, presque normale, c'est non seulement à la compression du crâne par des capelines de bandelettes de Vigo, à la révulsion, au calomel, aux bains salés, etc., qu'il faut l'attribuer, mais encore à l'éducation bien dirigée et aux soins minutieux que nous avons pu faire mettre en pratique par sa mère et sa sœur, avec intelligence et avec beaucoup de suite.

De 1893 à 1903, l'enfant a continué à s'améliorer sous tous les rapports, ainsi que le prouve sa photographie collective, lorsque, à la suite d'une chute sur la tête, il s'est produit une énorme *bosse sanguine* et sont survenues des *convulsions*. Tous les progrès réalisés ont été rapidement perdus : démence et paralysie progressive. Nous avons raconté la période de progrès, nous avons pensé utile de vous faire connaître la période de déchéance.

Permettez-nous une remarque à propos des *photographies* collectives, c'est-à-dire représentant tous les malades dont nous venons de parler, tous les deux ans, avec l'indication de leur *poids* et de leur *taille*. Ce procédé devrait être appliqué à tous les *enfants normaux*, tous les ans si possible. Ces documents, avec les *cahiers scolaires*, devront compléter le *livret de famille* qu'ils illustreraient et sur lesquels on doit marquer toutes les maladies de l'enfant. Ceci viendra peut-être un jour !

Sur quelques caractères de certaines formes de nymphomanie.

M. Gilbert Ballet. — Il existe de nombreux cas cliniques de nymphomanie tout à fait différents de la description clas-

sique, et l'auteur en rapporte trois observations des plus intéressantes. Tout en présentant les trois caractères les plus importants peut-être de ce syndrome, l'exagération du désir, la frigidité et l'absence de satisfaction sexuelle, ces observations se distinguent entre elles par le mobile auquel obéit la nymphomane. La première des trois nymphomanes dont l'observation est rapportée est ce que l'auteur appelle une nymphomane par curiosité ; la seconde, cherchant par ce moyen à faire disparaître les symptômes morbides qu'elle ressent, est dite nymphomane thérapeute ; la troisième, plus complexe encore, se comporte comme obsédée et voit à son désir exagéré succéder, dès le premier contact, une répulsion plus violente encore.

M. Régis. — A côté du symptôme nymphomanie, se trouve toujours un substratum morbide. La nymphomanie se rattache à un état constitutionnel, hystérique ou dégénératif ; il y a même souvent à noter une altération de la moralité qui fait que, dans ce syndrome, il faut souvent considérer autant l'amoralité que la nymphomanie proprement dite.

M. Gilbert Ballet est d'accord avec M. Régis sur ce fait que la nymphomanie constitue une manifestation de la tare nerveuse ou héréditaire. Il ne croit pas qu'on puisse faire de l'amoralité un caractère constant de la nymphomanie. Si, dans la première observation, il s'agit bien d'une amorale, le fait est bien improbable pour la seconde, et la troisième malade était d'une moralité parfaite et luttait autant qu'elle le pouvait contre cette obsession morbide.

Deux cas de confusion mentale liés à la fièvre typhoïde et à la scarlatine. Séro-diagnostic et étude bactériologique.

MM. Taty et Chaumier (Lyon) présentent au Congrès les observations de deux cas de confusion mentale d'origine infectieuse ayant évolué chez deux jeunes filles de vingt-six ans. Dans le premier cas, la période fébrile a duré environ un mois. La maladie s'est montrée chez une prédisposée à caractère hypocondriaque ; elle s'est accompagnée d'agitation et de sitiophobie. Le séro-diagnostic typhique fait à la convalescence a été positif. La malade est sortie guérie. Chez la deuxième malade, fille d'alcoolique, le début a été brusque. La période fébrile observée a duré deux mois. Les principaux symptômes notés ont été la confusion mentale allant jusqu'à la stupeur, la sitiophobie, l'albuminurie, des accès parotidiens et de l'hématurie. La convalescence, accompagnée d'amélioration mentale, a été troublée par des poussées fébriles concomitantes des abcès. Séro-diagnostic typhique négatif ; streptocoques dans l'urine ; staphylocoques dans le pus des abcès. Inoculation de sang à l'oreille d'un lapin ; pas de réaction locale, mais paraplégie du train postérieur de l'animal. La malade a eu une desquamation généralisée. La scarlatine paraît seule expliquer l'évolution morbide.

La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés, par M. Claude.

Valeur pronostique de la lympho-polynucléose dans le syndrome de Landry, par Sicard.

Origine périphérique du spasme facial, par M. Levy.

Sur la présence de la choline dans le sang au cours des maladies du système nerveux, par M. Claude.

Syndrome associé de paralysie faciale gauche et de spasme facial droit d'origine intracranienne, par Sicard.

Sur quelques caractères de certaines formes de nymphomanie, par Gilbert Ballet.

Les ataxiques, considérés comme phobiques ou astasiques-abasiques, sont le plus souvent des incoordonnés ou des anesthésiés du tronc, par Maurice Faure.

Nouvelle méthode de rééducation de la marche chez les ataxiques, par Lewèvre.

Hémorragie méningée au cours d'une méningite cérébro-spinale, par Gaussel.

Forme prodromique dépressive de la démence précoce, par Mlle Pascal.

Les ponctions lombaires en série au cours de la paralysie générale, par Marie.

Appréciation des troubles nerveux au moyen d'un appareil nouveau, le sténomètre, par Joire.

Traitement des états neurasthéniques par la médication ferrugineuse, par G. Lemoine.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène alimentaire. Comment on se nourrit aujourd'hui ; par Paul Diffloth, ingénieur-agronome. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1906.)

M. Paul Difflot, constate en débutant, que l'accroissement des salaires n'a amélioré en rien la qualité des denrées alimentaires. Bien au contraire, tandis que l'ouvrier recherchait les plaisirs et le faux luxe, les cours du pain, de la viande et des légumes ne suivaient pas l'augmentation des salaires, et le producteur, écrasé de charges nouvelles, était contraint de réduire ses dépenses par l'emploi de matières premières d'une valeur plus faible et par la surproduction.

Il trouve des exemples qui confirment l'exactitude de ces assertions dans les diverses branches de l'alimentation humaine, et les passe en revue.

C'est ainsi que, pour la production de la viande, on utilise les résidus industriels, pulpes, drèches, tourteaux, etc... Que les poules pondeuses, jadis nourries de grains, ne le sont plus que de déchets de sardines, de farines de viande, de larves de vers à soie, etc... que les œufs arrivent de Turquie et de Russie dans des flacons renfermant, les uns les blancs, les autres les jaunes. M. Diffloth emprunte encore d'autres arguments au pain, au beurre, au fromage, aux boissons, etc.

La marche du choléra de 1902 à 1906 ; par le Dr R. Peyron. (*Thèse de Paris*, Bonvalot-Jouve, éditeur.)

S'inspirant des récents travaux de MM. Chantemesse et Borel, l'auteur a repris en détail l'étude de la dernière épidémie cholérique. Il la suit depuis son départ des Indes, et après avoir étudié brièvement les manifestations du choléra à l'est de son foyer d'origine, il montre la voie suivie par le fléau pour gagner l'Europe. Ce trajet est un peu particulier et diffère notablemeut de celui des épidémies précédentes. La récente épidémie a suivi une route mixte, en partie maritime, en partie terrestre : ayant quitté les Indes par la mer, elle vient atterrir à la Mecque, mais, de là, au lieu de gagner l'Europe directement par la Méditerranée, elle s'enfonce dans l'Asie-Mineure, traverse la Perse, et pénètre en Europe par la Mer Caspienne.

Ce trajet asiatique du choléra est très bien étudié par M. Peyron qui s'efforce de pénétrer les causes qui ont déterminé l'épidémie à prendre ce chemin, qui l'ont amené à faire un long détour pour atteindre notre continent ; il étudie les épidémies d'Alexandrie, de Téhéran, de Bakou, et montre leur rôle dans la marche du fléau. Pour chacune de ces épidémies locales, l'auteur a pu réunir un certain nombre de faits intéressants, qui mettent bien en lumière les divers modes de transmission du choléra. Ces faits viennent à l'appui des idées récemment émises par MM. Chantemesse et Borel.

Puisées à des sources autorisées, empruntées aux récits de médecins compétents qui ont vu les choses de près, ces observations éclairent d'un jour particulier le mécanisme de la dissémination et de la propagation.

Les dernières pages sont consacrées à une étude comparée de la marche des diverses épidémies de choléra.

La Responsabilité. — Etude de Socio-biologie et de Médecine légale ; par le Dr G. Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Bordeaux. (1 vol. in-16 à la *Collection Médicale*, 259 p. Alcan, éditeur.)

Le problème de la justice sociale ne comprend pas seulement la recherche de celui qui a commis un acte délictueux ou criminel, mais le fait d'apprécier si cet homme pouvait comprendre absolument la portée de l'action qu'il a commise, s'il peut la juger, l'apprécier dans toutes les conséquences, s'il n'a subi quelque influence morbide qui l'a dominé, enfin s'il est vraiment conscient et libre ; en un mot, s'il est respon-

sable. Voilà le problème qui se pose devant la conscience sociale.

Sans prendre parti pour l'une ou l'autre des théories actuelles émises sur la responsabilité, car aucune ne nous donne une satisfaction absolue, l'auteur pense avec raison que les études de biologie sociale peuvent aider à trouver une réponse.

Le but du présent ouvrage de M. Morache, a été d'apprécier les différents facteurs pouvant intervenir dans la question, les principaux d'entre eux surtout.

Tous ces facteurs de la responsabilité aboutissent à un même point : la déchéance physique de l'individu, qui par cela même offre un terrain de moindre résistance au point de vue moral. La criminalité peut donc être regardée comme maladie morale, elle appartient à la pathologie sociale. De même que la morbidité matérielle est combattue par les moyens fournis par les sciences biologiques, de même on peut combattre la maladie morale par les procédés qui ressortissent à la biologie sociale.

L'auteur s'est efforcé de démontrer que le facteur *misère* se trouve à l'origine de toutes les formes de criminalité ; il faut donc chercher à combattre la misère dans toutes ses manifestations biologiques, — matérielles aussi bien que morales. — Ainsi parviendrons-nous peut-être à faire disparaître cette cause initiale, si longtemps poursuivie, de notre cruelle déchéance sociale, la criminalité.

L'ouvrage de M. Morache est divisé en neuf chapitres. Dans le premier il fait l'historique de la question aux différentes époques et montre que l'idée de responsabilité est relativement nouvelle et qu'elle ne peut exister que si la machine qui produit la pensée fonctionne normalement. — Dans les chapitres suivants il étudie les facteurs essentiels qui peuvent modifier à un degré quelconque ou annihiler la responsabilité : l'hérédité (Chap. II) ; le facteur milieu ; les races, les âges, les milieux, l'éducation (Chap. III).

Les intoxications : l'alcool et l'alcoolisme (Chapitre IV) ; le morphinisme et les morphinomanes, les autres substances ébriantes— : le cocaïnisme, l'éther et l'éthéromanie, le pétrole le pétrolisme, le datura et la jusquiame, le tabac et le nicotinisme, le chanvre indien et le haschisch. Les auto-intoxications par les toxines dans certains états morbides (Chap V).

Les obnubilations temporaires et les états seconds : le rêve, l'hypnose, l'hystérie, la neurasthénie, les épilepsies, les amnésies et les états crépusculaires (Chap. VI). La sexualité féminine (Chap. VII). Les psychopathies : la manie, la démence, précoce, la dégénérescence héréditaire et acquise ; la sénilité l'idiotie ; les obsessions, les phobies et leurs transformations, les obsessions criminelles (Chap. VIII).

Dans le neuvième et dernier chapitre, M. Morache aborde incidemment la question brûlante de la théorie philosophique de la responsabilité, il dit un mot du déterminisme sans s'y étendre et se résume dans cette phrase : « Les motifs de nos pensées, de nos souvenirs nous restent inconnus ; nous commençons à en expliquer le mécanisme, mais c'est tout. »

Il cherche ensuite à définir ce que doivent être le magistrat et l'expert médical dans l'avenir, ainsi que leur rôle respectif.

Etudiant la doctrine de la responsabilité limitée, atténuée, il constate avec raison qu'il manque un rouage important dans notre réorganisation, celui d'un établissement spécial où seraient retenues les personnes acquittées comme irresponsables, qui cependant ne sont pas des aliénés et qu'il pourrait être dangereux. de laisser errer au milieu de la société.

Au point de vue pratique de l'expertise médicale, il insiste sur le choix du médecin, qui doit être versé en ces questions, et particulièrement aux études de mentalité appliquée.

On devra lui donner tout le temps nécessaire afin d'éviter le danger des solutions rapides qui peuvent faire illusion et pour qu'il puisse donner son avis autorisé après une observation longue et intime du sujet qui lui permettra de mieux juger dans quelle situation psychique il se trouvait lorsque l'acte a été commis.

Nous ne pouvons donner qu'un aperçu trop rapide de l'ouvrage très intéressant de M. Morache, qui rencontrera auprès de tous, comme ses précédents livres, l'accueil qu'il mérite.

G. Carrier.

Gli uomini primitivi delle Selci e delle Caverne ; par le Prof. A. Zuccarelli. Ouvrage illustré du portrait de l'auteur et de 112 fig. (Napoli. Perrelia ; 1906. Vol. in-16, di pag, IV-128 o 20 Tav. ; L. 2.50.)

Dans cet ouvrage, écrit avec élégance, les termes scientifiques trop ardus sont exclus ou expliqués ; en un mot c'est un livre de vulgarisation que tous peuvent lire facilement.

Tous les grands problèmes de paléontologie sont clairement exposés : origine de l'homme, les travaux, la vie, la mentalité des hommes d'il y a deux ou trois cent mille ans etc. D'ailleurs il suffit de parcourir les titres des chapitres pour se faire une idée du travail de M. Zuccarelli : I. Problèmes fondamenteaux ; II. Les travaux des troglodites ; III. Exploration de l'auteur à la Grotta delle ossa allo Molpo (cap Palinuro) ; IV. De l'enfance de l'humanité à l'humanité actuelle. Dans ce dernier chapitre, on trouve des considérations psychologiques fort intéressantes, ce qui prouve que l'ouvrage de vulgarisation peut aussi être original, tout en étant à la portée de tous.

Marcel B.

MÉDECINE PRATIQUE

Le formiate de quinine ou quinoforme ;

Par M. le Dr FONTOYNOT

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole de médecine de Tananarive (1).

Grâce à l'obligeance de M. Lacroix, qui m'a remis, avant mon départ pour Madagascar, à titre d'expérimentation, une certaine quantité de formiate de quinine, dénommé par lui quinoforme, j'ai pu, à Tananarive, au cours de l'épidémie palustre qui sévit actuellement sur la ville, expérimenter ce sel de quinine et me faire une opinion certaine sur sa valeur thérapeutique.

J'ai expérimenté le formiate basique de quinine en le donnant par ingestion et par injections à des personnes de tous les âges et de tous les sexes. Le moment ne pouvait être mieux choisi, puisque le chiffre de la mortalité par paludisme, chez les indigènes, n'a cessé, depuis plusieurs années, de croître d'une manière progressive pour atteindre, cette année, des proportions véritablement inquiétantes. Alors qu'en 1901, il était noté, dans l'année entière, 77 morts par paludisme, il s'est produit, pendant les cinq premiers mois seulement de l'année 1906, 1438 décès par cette seule même cause.

Le formiate basique de quinine, assez soluble dans l'eau puisqu'il se dissout dans 10 fois son poids de liquide, est, en tout cas, beaucoup plus soluble que les sels généralement employés, puisque le bromhydrate exige 60 fois, le chlorhydrate 25 fois, le sulfate 680 fois et le valérianate 110 fois leur poids d'eau. Cette solubilité plus grande favorise l'absorption médicamenteuse et est précieuse pour les enfants lorsqu'on ne veut pas leur faire prendre le sel par voie hypodermique.

Il a, sur les autres sels de quinine, l'avantage de réduire au minimum les symptômes d'intoxication même chez les personnes très sensibles. Ceux qu'incommodent le chlorhydrate et le bromhydrate ne ressentent aucun de leurs malaises habituels avec le formiate. Il y a peu ou pas du tout de bourdonnements d'oreilles, pas de vomissements comme il arrive si fréquemment lorsqu'on administre tout autre sel de quinine par voie buccale au cours des accès de fièvre ; pas de brûlure d'estomac, peu ou pas de vertige ni d'ivresse.

Ces constatations ont été faites dans tous les cas, et plusieurs de nos malades, qui avaient toujours montré une intolérance marquée pour la quinine, malades que 30 centigrammes de quinine assourdissaient totalement et mettaient dans cet état d'énervement spécial à la quinine, ont pu supporter un gramme de formiate de quinine sans aucun symptôme d'intoxication.

En injections hypodermiques, le formiate n'est pas douloureux. Je n'ai injecté que des solutions diluées contenant 10 centigrammes par centimètre cube. Qu'elles fussent sous-cutanées ou intra-musculaires, elles ont été très bien supportées

(1) *Le Caducee*, 4 août.

Les Œuvres complètes *de* J.-M. Charcot, *y compris les 2 volumes des* LEÇONS DU MARDI *et les deux volumes des* CLINIQUES *des maladies du système nerveux, sont vendues à nos abonnés au prix réduit de* 50 *francs au lieu de* 190 *francs prises dans nos Bureaux.*

DES ENFANTS ANORMAUX

et en particulier des Arriérés, Nerveux, Epileptiques et Aliénés. (Assistance, Traitement, Education).

La *Gazette des Bains de Mer de Royan* du 14 septembre a relaté un acte de *Sadisme* commis par un malheureux, deux fois anormal, car il est atteint de *surdi-mutité* et *d'arriération intellectuelle*, compliquées de *perversion morale*. Ce cas n'est pas une exception. Des actes répréhensibles de tous genres sont commis journellement par des anormaux, sourds-muets et idiots, adultes et enfants. Les journaux en rapportent fréquemment des exemples, sans compter les séquestrations ou les mauvais traitements dont ils sont l'objet dans leurs familles. Beaucoup d'*enfants martyrs* sont des *malades* que leurs parents considèrent comme *vicieux* et auxquels ils infligent des corrections de plus en plus violentes, barbares.

Ces anormaux adultes, après une enfance et une adolescence plus ou moins accidentées ou misérables, deviennent dangereux, commettent des vols, des attentats divers, des actes de sadisme, comme le sourd-muet imbécile dont nous venons de parler. Ils sont arrêtés, parfois condamnés à tort, ou envoyés dans un asile d'aliénés, leur véritable place, d'autres fois relâchés. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, pour notre sourd et muet ; on l'a relaxé, après ses premiers méfaits, — des vols, — jugeant qu'il avait agi sans discernement. En liberté, ces malades recommencent, sont la risée du public, l'objet de vexations de la part des enfants qui s'en amusent. En tous les cas, qu'anormaux adultes soient *emprisonnés* ou *hospitalisés*, ils sont une charge pour la Société. A cause de leur âge, qui les rend incurables, les sacrifices sont faits en pure perte. C'est pendant leur enfance qu'il aurait fallu s'occuper d'eux. « A l'asile d'aliénés, a dit le docteur Courjon dans une intéressante communication au Congrès d'Ajaccio de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (1901), les *anormaux* sont protégés contre les dangers de la rue, soit ; mais, par contre, mélangés le plus souvent aux aliénés adultes, ils sont exposés à tous les inconvénients, à tous les périls d'une promiscuité parfois révoltante ; faute de recevoir les soins pédagogiques utiles, ils voient leur état s'aggraver de jour en jour... Placer un idiot dans un asile d'aliénés, au lieu de le mettre dans un établissement d'éducation spéciale, sous prétexte de moindre dépense, revient à enfermer un malade dans un hôpital où on le laisserait mourir sans secours, faute de médicaments qui le sauveraient et parce que ces médicaments sont trop coûteux. »

Aujourd'hui, on sait qu'il est possible de guérir souvent, d'améliorer presque toujours, la majorité de ces malheureuses victimes de l'hérédité, de l'alcoolisme des procréateurs, des accidents de la grossesse, d'une mise au jour laborieuse, des maladies infectieuses, des convulsions, des traumatismes de la tête (1), des mauvaises habitudes, etc. Dans l'intérêt de ces enfants, dans son propre intérêt, que doit faire la Société ?

Pour tous, il faut créer des *asiles-écoles* et, en outre, dans les villes, des *classes spéciales*, et les y soumettre au *traitement médico-pédagogique*, suivant l'expression du docteur Bourneville. Il n'y a pas de département qui, malheureusement, n'ait assez d'enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., pour justifier de semblables institutions. La loi sur l'obligation de l'instruction primaire impose ces créations aux départements et aux villes, puisque ces enfants ne peuvent être envoyés aux écoles ordinaires.

Jusqu'ici, en dehors de la Seine, il n'y a que quelques départements qui ont abordé timidement cette réforme accomplie dans la plupart des pays étrangers, entre autres la Seine-Inférieure et la Vendée, sur l'initiative des docteurs Giraud et Cullerre. C'est la Seine qui a donné l'impulsion, sans être parvenue pourtant à donner l'assistance et l'éducation à *tous* ses enfants anormaux (1). Le docteur Courjon, dans le travail que nous avons cité, rappelle comment cette réforme s'est accomplie : « Médecin de Bicêtre depuis de longues années, Bourneville y a organisé et créé de toutes pièces son service d'enfants anormaux. A force de patience et de ténacité, il a réussi à arracher sou par sou, aux pouvoirs publics, les sommes indispensables à la fondation de son œuvre, qui restera comme un modèle du genre.....

« Après avoir créé la section des enfants arriérés et épileptiques de Bicêtre, qui renferme 440 garçons, et organisé la Fondation Vallée, qui contient 200 filles, établissements consacrés aux enfants pauvres, il a fondé à Vitry-sur-Seine, pour les enfants de familles riches ou aisées, un établissement qu'il a dénommé **Institut médico-pédagogique**, afin de préciser sa destination. »

Nous ne pouvons entrer dans le détail de la *méthode d'éducation spéciale* qui est employée dans ces établissements et sur les nombreux *procédés* qui la composent. Nous nous bornerons à dire que les enfants sont occupés depuis le matin jusqu'au soir, que les leçons de choses, la gymnastique, les exercices physiques, l'instruction proportionnée au degré intellectuel des enfants, y occupent le premier rang.

A l'**Institut médico-pédagogique**, les enfants sont naturellement séparés par sexe, *groupés*, suivant leur état intellectuel et aussi d'après les complications qu'ils présentent. Outre les enfants *arriérés* de toutes catégories, l'Institut reçoit les enfants *instables*, *indisciplinés*, atteints dans leurs *facultés morales*, sujets à des *impulsions* dues à *l'irritabilité nerveuse*.

Le *traitement médico-pédagogique* doit être institué le plus tôt possible, dès qu'on a constaté l'arriération ou les perversions morales. Dans les établissements de l'Assistance publique, on les admet avec raison à partir de *deux ans*. Il en est de même à l'**Institut médico-pédagogique**. C'est donc à tort, et parce qu'ils sont insuffisamment renseignés, que des médecins, même très instruits, ajournent l'application du traitement. En voici la preuve, fournie par un garçonnet de cinq ans et demi et dont l'état peut se résumer ainsi.

« Il pince, pousse, renverse, griffe ses petits camarades ; leur donne des coups, trouble leurs jeux, est turbulent, sans cesse en mouvement, menace de casser, de briser, de tuer son petit frère qu'il taquine et *rend comme lui*. Sa prononciation, son attention, son raisonnement, sont très défectueux. Il n'a qu'une conscience imparfaite du danger. Dans ses périodes d'énervement, les *impulsions* sont plus accusées et il pousse des cris. La main est très maladroite. Enfin les facultés intellectuelles, qui auraient été normales jusqu'à deux ans et demi, ont été arrêtées dans leur développement à la suite de convulsions graves. »

Pour nous, cet enfant aurait dû être soumis depuis deux ans déjà au *traitement médico-pédagogique* qui, chez lui, aurait certainement donné d'excellents résultats. C'est un enfant qui pourrait devenir normal si le traitement était poursuivi un *temps suffisant*. Plus on attendra, plus la situation s'aggravera. Et cependant on a conseillé d'ajourner le placement. Les parents maintenant s'inquiètent à cause de ses menaces envers son frère et parce que celui-ci a des tendances à l'imiter, ce qui, soit dit en passant, justifie l'isolement des petits malades de ce genre.

Notre but sera atteint si nous avons pu montrer la nécessité de l'assistance et de l'éducation de la catégorie des *enfants anormaux* et des *malades* que nous avons plus particulièrement visée, si nous avons pu faire comprendre la possibilité de leur procurer une amélioration sérieuse, souvent même une guérison complète, lorsque le *traitement médico-pédagogique* est appliqué de bonne heure et durant tout le temps nécessaire. Que de bien serait réalisé, si l'on partageait notre conviction, au bénéfice incontestable d'une foule d'enfants, intellectuellement et moralement déshérités !

Dr Freeman.

(1) Jamais on ne devrait frapper les enfants sur la tête ainsi que le font encore trop souvent des parents qui se croient tout permis sur leurs enfants.

(1) La Seine hospitalise plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques.

donnant jamais lieu ni à des eschares, ni à des nodosités même chez des cachectiques palustres dont les tissus étaient en état de moindre résistance. Ces résultats sont-ils dus à la faible dilution des solutions, je serais assez porté à le croire, car des solutions aussi diluées d'autres sels de quinine sont également indolores et ne donnent lieu à aucun accident. Il n'empêche que, toutes choses égales, d'ailleurs, le formiate de quinine l'emporte encore, en ce cas, sur les autres sels, puisque sa solubilité est plus grande et sa teneur en alcaloïde supérieure.

Je n'ai pas expérimenté des solutions concentrées en injections hypodermiques. Il est probable, d'ailleurs, qu'elles donneraient des résultats aussi bons que les autres sels jusque-là employés. Le seul écueil pour les solutions faibles est la difficulté que l'on éprouve à les faire accepter aux malades, qui souvent s'effrayent d'une quantité de liquide aussi grande à injecter.

Il n'est pas toxique aux doses ordinaires. J'ai pu, sans aucun incident fâcheux, en faire absorber par voie hypodermique jusqu'à 50 centigrammes à la fois, à des enfants de deux ans seulement.

En résumé, mon expérience déjà assez grande du formiate de quinine me permet d'affirmer que ce sel est supérieur, à tous les points de vue, à tous les autres sels de quinine, et que ses propriétés particulières permettent son usage à tous ceux qui se trouvent intoxiqués et incommodés par les différentes préparations quiniques jusque-là employées couramment. Le formiate de quinine devra, aux colonies, être d'une grande utilité pour les personnes, rares il est vrai, qui ne consentent pas à prendre de quinine ou en prennent trop peu, à cause des troubles auditifs et nerveux qu'elles ressentent après l'absorption de cet alcaloïde.

VARIA

Enseignement professionnel des infirmières.

Le *Journal de médecine de Bruxelles* du 9 août contient un article très intéressant de M. Hustin, intitulé *Quelques notes sur les hôpitaux de Philadelphie*, dont nous extrayons les pages concernant les infirmières et l'enseignement qui leur est donné dans cette ville.

« Mais ce qui frappe le Belge visitant les hôpitaux américains, à côté du luxe et du confort qu'il y trouve, c'est une institution hospitalière qui lui est totalement inconnue : l'institution des « nurses. » Le yankee comprend, lui, facilement, que le malade n'exige pas un hôpital classique et de « grande envolée » mais qu'il préfère les soins assidus et intelligents d'infirmières instruites et bien entraînées ; aussi n'a-t-il pas ménagé ni ses efforts, ni son argent pour obtenir un corps d'infirmières de premier ordre. Propres, coquettement vêtues de blanc, polies, patientes, bien considérées, les nurses américaines ont dû suivre pendant trois ans les cours d'une « Training School » annexée à l'hôpital. Après avoir subi un examen d'entrée portant sur les notions élémentaires d'anglais et de calcul, elles sont admises à l'essai pour six mois, au bout desquels, si elles sont agréées, elles doivent prendre l'engagement d'achever les trois années d'apprentissage. Jours et nuits, elles sont employées dans les salles de malades et les salles d'opérations, et deux fois par semaine elles peuvent, sortir pendant une dizaine d'heures. A la fin de la première et de la seconde année, elles jouissent d'un congé de trois semaines, pendant lesquelles elles se reposent des fatigues de l'examen qu'elles viennent de subir. L'hôpital leur accorde une indemnité de 50 francs par mois, leur fournit leur uniforme et les loge dans un vaste bâtiment séparé des autres pavillons.

La matière de leurs cours comprend deux grandes parties : l'une purement médicale, enseignée par des médecins, l'autre se rapportant plus spécialement aux connaissances pratiques de l'infirmière ; les infirmières en chef sont chargées de cette partie. Voici le *programme* des études tel qu'il est suivi au « Pennsylvania Hospital » de Philadelphie.

PREMIÈRE ANNÉE.

Anatomie et physiologie. — Embryologie, la cellule, système osseux, musculaire, nerveux, circulatoire, respiratoire, alimentaire, urinaire, urines, organes des sens, la peau.

Connaissances générales de l'infirmière. — Santé générale de l'infirmière ; soins à donner aux mains, sacs à glace et à eau chaude ; manière d'enlever les poussières ; notes bactériologiques ; ouvrages des salles de malades ; soins des instruments, leur désinfection ; régime, soins à donner à la vaisselle ; comment nourrir les malades impotents ; hygiène d'une salle de malades ; soins à donner aux malades entrants ; désinfection des vêtements ; malades au lit et convalescents ; lits, manière de faire les lits.

Bains, classification, température, bains de propreté ; tubs, bains de pieds, bains comme agents thérapeutiques : bains de moutarde, simples bains chauds ; bains d'air chaud, de vapeur, bains salés, lavages et tub dans la fièvre typhoïde : bains continus. Lavements : espèces ; méthodes de préparation, fréquence et mode d'administration. — Température : respiration ; pouls ; soins des thermomètres ; graphiques. — Traitements externes : généraux et locaux ; chaleur sèche, flanelles, chaleur humide ; fomentations, vésicatoires ; applications froides ; glace, eau froide, lotion. — Contre-irritants : cataplasmes de moutarde ; térébenthine ; iode ; liniments, ventouses, cautère.

Gynécologie : préparation des malades pour les examens ou les opérations : positions ; instruments et pansements ; soins après les laparotomies et les petites opérations ; termes gynécologiques et définitions. — Comment observer et décrire les symptômes. — Bandages. — Cas d'urgence chirurgicaux : shock, fractures, foulures, contusions, brûlures, engelures, corps étrangers dans l'œil, le nez, l'oreille, le larynx.

Pharmacologie : médicaments, méthodes d'administration, dosages ; poids et mesures : symboles. — Solutions antiseptiques.

Mode d'action des drogues : absorption, élimination, antispasmodiques dépressomoteurs, excitomoteurs, anesthésiques ; stimulants cardiaques, toniques antipériodiques, antipyrétiques, diaphorétiques, expectorants, médicaments divers. — Conférences sur l'hygiène et la morale de l'infirmière.

SECONDE ANNÉE. — *Partie chirurgicale.* — Microbes, sepsie, antisepsie, stérilisation thermique et chimique : préparations pour les opérations ; le malade, le médecin, l'infirmière ; les instruments, leur usage, les sutures, éponges, pansements, drains, solutions septiques et aseptiques, dermiques, hypodermiques, cathéters. — Préparations pour une opération dans une maison privée. Inflammation : traitement de l'inflammation, fièvres chirurgicales, terminaisons de l'inflammation, abcès, ulcères, fistules, gangrène, tétanos ; blessures et contusions, morsures de chiens et d'insectes, hémorragies et leur traitement, fractures et luxations ; bandages pour fractures ; anesthésie ; corps étrangers dans les conduits aériens ; anatomie spéciale du bassin, maladies des femmes, opérations de gynécologie ; préparatifs et soins post-opératoires ; instruments de gynécologie ; chirurgie abdominale, technique, à observer ; soins à donner après une laparotomie ; grossesse, travail, rôle de l'infirmière pendant le travail ; accidents, période des couches, l'enfant.

Régime. — Remarques, composition chimique du corps humain ; nécessité d'un régime bien ordonné, eau, sels, acides organiques, protéides, lait, la falsification du lait ; bœufs, viandes, digestibilité, gélatine, poissons, hydrates de carbone, sucre ; nourriture de l'enfant, farineux, diastases ; végétaux, racines, tubercules, légumes verts, fruits, empoisonnement par les fruits, champignons, noix, graisses, huiles, usages, digestibilité, stimulants, boissons : thé, café, cacao, leurs préparations, leurs effets sur la digestion, leurs falsifications ; nourriture dans l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse ; digestion, digestions préliminaires des amidons et protéides ; relations générales de la nourriture avec les maladies ; moyens de nourrir les malades ; régime dans la fièvre ; maladies influencées par le régime.

Massage. — Nomenclature et description des manipulations ; effets physiologiques du massage ; massages dans certaines maladies et blessures, mouvements suédois.

TROISIÈME ANNÉE. — *Partie médicale.* — Considérations générales sur les maladies. Etude des signes subjectifs et objectifs ; symptômes ; définitions, pouls, température, respiration ; traitement des hémorragies, des cas d'urgence, des empoisonnements. — Théories du traitement antitoxique, vaccination ; préparation et hygiène d'une salle de malades en cas d'affections contagieuses ; symptômes de la fièvre, technique des bains froids et leur application dans les cas fébriles, maladies infectieuses, contagieuses, constitutionnelles ; intoxication, coups de soleil ; maladie du système digestif, circulatoire, respiratoire, urinaire, nerveux, maladies du sang, maladies des enfants, maladies de la peau.

Après avoir parcouru ce programme, on comprend facilement que des jeunes filles de vingt et un à vingt-cinq ans, possédant des

notions suffisantes d'anatomie, de physiologie et de pathogénie, puissent aider considérablement le médecin dans sa lutte contre la maladie ; on comprend que, connaissant le pourquoi du traitement elles exécutent plus scrupuleusement et avec plus de goût les prescriptions faites ; on comprend aussi que les soins post-opératoires, si importants et pourtant si négligés, soient prodigués intelligemment et qu'une « nurse » avertie sache prévoir l'hémorragie qui emporte parfois l'opérée, et puisse avertir le médecin à temps. — Innombrables sont les avantages de bien-être et de sécurité, présentés par une *nurse* instruite et bien entraînée.

Hôpital Laënnec. Isolement et traitement des tuberculeux.

A la suite d'un rapport présenté par M. Navarre au nom de la cinquième commission, le Conseil municipal de Paris a pris une délibération par laquelle il émet l'avis qu'il y a lieu: d'affecter, pour partie, l'hôpital Laënnec à l'isolement et au traitement des tuberculeux et constituer, au moyen du service ainsi créé et d'un dispensaire spécial y attenant, ainsi qu'avec le quartier spécial de Brévannes, un premier groupe affecté à la recherche, à l'isolement et au traitement des tuberculeux ; comme conséquence de cette affectation nouvelle d'une partie des salles de Laënnec, d'effectuer dans l'établissement un ensemble de travaux de restauration indispensables, travaux évalués à 467.525 francs ; d'exécuter dans la partie de Laënnec affecté, aux tuberculeux les travaux de transformation et d'aménagement nécessités par la nouvelle utilisation des locaux, travaux évalués à 234.743 francs ; de construire sur le terrain en bordure de la rue Vaneau un dispensaire spécial et de réinstaller dans d'autres parties de l'établissement les services généraux (étuves, chantier, ateliers et magasins) qui devront faire place au dispensaire, ensemble de travaux évalués à 221.340 francs ; d'inscrire au compte de l'opération une prévision de 220.000 francs pour l'ameublement et l'outillage des bâtiments affectés aux tuberculeux et du dispensaire, l'Administration ne devant faire emploi de ce crédit qu'après approbation du Conseil municipal sur le vu des devis ; d'imputer la dépense, évaluée dans son ensemble, après rabais et tout frais compris, à 1.145.608 francs jusqu'à concurrence de 645.600 francs sur le crédit de 1 million réservé pour l'isolement des tuberculeux (emploi des ressources dont la création a été autorisée par la loi du 7 avril 1903), et pour le surplus, soit 500.000 francs, sur une subvention spéciale que l'Administration est invitée à solliciter de l'Etat sur les fonds du pari mutuel.

Un bel exemple à suivre.

Le professeur Jaume, qui avait demandé prématurément sa mise à la retraite il y a 10 ans. est mort vendredi dernier, à 72 ans, terrassé par la douleur d'un deuil qui avait bouleversé sa vie.

Fils d'un professeur à la faculté de médecine, reçu docteur en 1861, agrégé en 1866, il fut nommé professeur de médecine légale en 1874, et pendant 24 ans il fut l'expert écouté des tribunaux de toute la région.

Bienveillant pour tous, tenant haut et ferme le drapeau des droits des médecins et leurs revendications il fut, par ces raisons mêmes, et par la haute dignité de sa vie, appelé à présider pendant de longues années l'Association confraternelle des médecins de l'Hérault.

En mourant, il a institué la Faculté de médecine sa légataire universelle. Voici les principales dispositions de son testament. Une rente de 6.000 fr. est laissée pour la création d'une chaire de Pathologie générale et de thérapeutique. Une somme de 30.000 fr. à l'Association des médecins de l'Hérault. Une somme de 30.000 fr. à l'Académie des sciences, lettres et médecine de Montpellier. Un prix de médecine légale annuel est fondé à la Faculté de droit. Un prix de médecine légale annuel est fondé à la Faculté médecine. Une rente viagère de 10.000 fr est laissée à une parente âgée, pour revenir à sa mort à la Faculté de médecine.

Comme on le voit, le professeur Jaumes, qui fut homme de bien pendant toute sa vie, a voulu faire encore du bien après sa mort.

Médecin depuis 45 ans, professeur depuis 40 ans, médecin légiste depuis 20 ans, président de l'Association pendant de nombreuses années, M Jaume n'était pas décoré de la Légion d'honneur. (*Gaz. hebd. des sciences méd.* de Bordeaux, 1[illegible] avril).

Empoisonnement mortel par le véronal.

L'empoisonnement signalé par l'auteur est l'empoisonnement volontaire d'une personne qui absorba 15 gr. de véronal avec l'intention de se suicider : 20 minutes après avoir pris ce médicament, cette personne perdit connaissance ; la respiration faiblit, et le visage devint cyanosé ; on observa ensuite des vomissements, le refroidissement des extrémités et la contraction des pupilles. Les phénomènes qui se produisirent ressemblent à ceux de l'empoisonnement par la morphine. Le médecin pratiqua le lavage de l'estomac et des injections d'atropine 1/2 millig. toutes les demi-heures) ; malgré ce traitement, le malade succomba 20 heures après l'absorption du véronal, après avoir eu des sueurs abondantes et avoir émis des urines acides, ne contenant ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

En opérant sur 100 c. cubes d'urine, on put isoler 0 gr. 3[illegible] de véronal. Le cadavre présentait une coloration, jaune, verdâtre (*Répert. de pharmacie*, 18 août), d'après *Apoteker Zeitung*, [1906], p. 246.

Le lait de l'Assistance publique et les domaines administratifs.

Encore que l'Administration de l'Assistance publique s'entoure de grandes précautions pour s'assurer de la qualité du lait qui lui est livré pour les besoins des hôpitaux et hospices, il est manifeste que celui qu'elle reçoit ne présente pas toujours toutes les qualités désirables. Ce point étant constaté : M. Vincey, s'appuyant sur l'exemple fourni par la colonie de Vaucluse, en Seine-et-Oise, où existe une vacherie modèle qui fournit un lait de premier ordre aux assistés départementaux, estime que la solution du problème serait de donner accès pour les fournitures du lait nécessaire à la consommation de l'Assistance publique aux adjudicataires des domaines municipaux d'épandage compris dans la grande banlieue de Paris. Ainsi l'on pourrait obtenir, sans aggravation sensible des charges budgétaires, du lait présentant les trois qualités essentielles à rerchercher : la fraîcheur, l'innocuité et la qualité alimentaire (1).

Nous ne saurions qu'applaudir à l'idée de M. Vincey. En dépit des préjugés existants, sans aucune preuve, sur les produits des champs d'épandage, ces produits non seulement ne sont pas dangereux, mais sont de bonne qualité. Contrairement à ce que s'imaginent beaucoup de gens, les eaux d'égout ne servent pas à l'arrosage, mais sont seulement mis en contact avec les racines des plantes, par l'intermédiaire des raies qui séparent les billons.

LES CONGRÈS

Programme du congrès d'hygiène et d'assistance, qui sera tenu a l'hotel-de-ville de Tourcoing, du 19 au 23 septembre 1906, a l'occasion de l'Exposition internationale des Industries textiles. — I. Hygiène urbaine. — Mercredi 19 septembre, à neuf heures du matin ; Présidence de M. le Docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. A) Communication sur les « *Postes Sanitaires* », par M. Féver, chef de division à la Préfecture du Nord. B) Communication sur « *l'organisation générale des moyens de prévention contre les maladies contagieuses ; — Désinfection* » par le docteur René Potelet, inspecteur départemental d'hygiène. C) Discussion du rapport sur le « *Tout à l'égout* » Présenté par le docteur Julien, directeur de l'Office sanitaire de Tourcoing. — Après-midi à 2 heures et demie. Démonstration à l'hôpital des procédés expérimentés pour le « *Tout à l'égout.* » — A quatre heures et demie, visite de l'Exposition.

Jeudi 20 septembre, à neuf heures du matin, Présidence de M. le docteur A.-J. Martin, Inspecteur général de l'Assainissement de la ville de Paris. — A) Communication sur « *la distribution d'eau potable* » par M. Nourtier, Ingénieur des Arts et Manufactures, directeur du service des eaux de Roubaix-Tourcoing. B) Communication sur « *la fièvre typhoïde* » par M. le docteur Julien. C) Discussion du rapport sur « *l'épuration des eaux résiduaires* » présenté par M. Grimpret, ingénieur des Ponts-et-chaussées. — Après-midi à deux heures et demie, visite, au [illegible] des Bonnets, du réservoir des eaux potables; à quatre heures, visite à l'usine à gaz : démonstration de divers procédés [illegible]

(1) Extrait de la *Clinique infantile*, p. 387.

Épuration des eaux résiduaires ; LE SOIR, à huit heures demie, FÊTE DE NUIT A L'EXPOSITION.

II. ASSISTANCE. — Vendredi 21 septembre, à neuf heures du matin ; présidence de M. Paul STRAUSS, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. A) Communication sur « *l'organisation du bureau de bienfaisance* » par M. Maurice CORDIER, vice-président du bureau de bienfaisance de Tourcoing. B) Communication sur « *l'organisation de l'hospice* » par M. Jules LAHOUSSE, directeur de l'hôpital de Tourcoing. C) Communication sur « *l'influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement du choléra infantile* » par M. le Dr DECHERF médecin de la Sauvegarde des nourrissons. D) Communication sur « *les résultats médicaux de la Sauvegarde des Nourrissons* », par M. le Docteur LAGACHE, médecin de la Sauvegarde des Nourrissons. E) Discussion du rapport sur « *l'organisation générale de la Sauvegarde des Nourrissons* » présentée par M. Victor DUBRON, avocat à la Cour d'appel de Douai, président du comité du Nord de l'Alliance d'hygiène sociale. — APRÈS-MIDI, à deux heures et demie, visite de l'hospice, du bureau de bienfaisance, de l'établissement de bains, d'une crèche, et de l'hôpital (siège de la Sauvegarde). Samedi 22 septembre, à 9 heures du matin, présidence de M. MIRMAN, directeur des services de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur. A) Communication sur « *un essai de traitement à domicile des tuberculeux* », par M. le Dr JULIEN. (B) Communication sur « *l'organisation hospitalière* ». C) Communication sur « *l'exploitation de la ferme des hospices* », par M. MERCHIER, juge de paix à Lille, rapporteur de la Société des agriculteurs du Nord. D) Discussion du rapport sur « *l'assistance par le travail* », présenté par M. le docteur BRON, député, maire de Tourcoing. — APRÈS-MIDI, à deux heures et demie, visite du sanatorium, de l'atelier mécanique de l'Assistance par le travail et de la ferme des hospices.

Dimanche 23 septembre, à onze heures du matin, sous la présidence de M. CASIMIR-PERIER, ancien président de la République, président de l'Alliance d'hygiène sociale, SÉANCE DE CLÔTURE. BANQUET à une heure, dans la salle des fêtes de l'Exposition.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉTUDIANTS. — Le 1er congrès international d'étudiants doit se réunir à Marseille, à la faveur de l'Exposition coloniale et durer du 30 août au 5 septembre. Deux séances seront présidées par M. d'Estournelle de Constant, une autre par le prof. Pitres, etc.

THÉRAPEUTIQUE

Le problème de la *médication phosphorée rationnelle* n'a été résolu que par la découverte de la phytine.

La Phytine est le seul principe phospho-organique *naturel* permettant l'administration de doses réellement actives de phosphore assimilable.

Formes pharmaceutiques : Cachets, granulé, comprimés et gélules

Eloge du Dr HAMEAU.

Cet éloge, publié dans le dernier numéro, est dû à M. le Dr LEUDET.

FORMULES

LXIX. — Dans l'Urémie.

Poudre de feuilles de digitale .... 1 gr. 50
Poudre et extrait de réglisse .... ãã 1 —

pour vingt pilules. En donner 2 par jour.

LXX. — Contre l'épistaxis rebelle.

Antipyrine .... 0 gr. 50
Acide tannique .... 1 —
Sucre en poudre .... 10 —

pour priser. (Rendu.)

LXXI. — Contre le catarrhe gastro-intestinal.

Gélatine .... 10 gr.

Faire bouillir dans eau distillée (500 gr.) pendant 6 heures pour réduire à 80 gr.; filtrer, ajouter

Acide citrique .... 1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères .... 100 —

Toutes les deux heures, une cuillerée à dessert (pour enfants).

LXXII. — Contre les brûlures.

Ectogan .... 50 gr.
Talc de Venise .... 200 —

pour saupoudrer la plaie.

LXXIII. — Traitement de l'artériosclérose.

a) Régime lacto-végétarien réduit au strict minimum. Hydrothérapie : bains indifférents ; saignées répétées.

b) Iodure de Na ...... }
Hydrate de chloral ...... } ãã 5 gr.
Eau distillée .... 100 —

2 cuillerées à soupe par jour.

c) Si le cœur faiblit :

Poudre de feuilles de digitale .... 2 gr.
Extrait d'hyosciamine .... 0 — 50

pour 20 pilules ; en prendre 2 à 3 par jour.

d) S'il y a insommie :

Poudre de digitale .... 2 gr.
Chlorhydrate d'héroïne .... 0 — 50

pour 20 pilules ; en prendre 2 par jour.

e) Nitroglycérine à dose massive.

LXXIV. — Apéritif.

Prendre, 20 minutes avant le repas, un verre à bordeaux d'eau de Vichy « Grande-Grille », chaude additionnée d'une cuillerée à café de peptone spengieuse et de trois gouttes de teinture amère de Baumé (Dr...) (Le SCAPEL.)

COMMISSION SUPÉRIEURE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de la guerre, décrète :

Art. 1er. — Par modification de l'article 2 du décret du 31 mai 1904, instituant une commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires, le nombre des membres de cette commission est porté à 17, dont 9 médecins civils et 8 médecins militaires. Le ministre de la guerre choisit et désigne ces médecins conformément aux dispositions de l'article 2 précité du décret du 31 mai 1904.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 5 au samedi 11 août 1906, les naissances ont été au nombre de 941, se décomposant ainsi : légitimes 698, illégitimes 243.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 860, savoir : 441 hommes et 419 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 9. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 3. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 186. — Tuberculose des méninges : 14. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 69. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 28. — Maladies organiques du cœur : 50. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 7. — Pneumonie : 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 57. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 11 ; autre alimentation : 117. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 20. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 11. — Débilité sénile : 28 — Morts violentes : 39. — Suicides : 19. — Autres maladies : 107. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 15.

Médailles d'honneur des épidémies. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, pris en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques : Seine. — *Bronze.* — Mme veuve Colard, née Vinchon (Elisa-Eugénie), directrice surveillante du dispensaire situé rue des Cendriers, 45, à Paris : soins assidus et dévoués donnés depuis dix-sept ans aux enfants atteints de maladies épidémiques et transmissibles ; M. Marielle (Léon), mécanicien de l'étuve de la circonscription de Levallois-Perret : a pratiqué de 1894 à 1906 grand nombre de désinfections nécessitées notamment par les épidémies de diphtérie et de scarlatine. — Seine-Inférieure. — *Bronze.* — M. Assire (Edgard-Jean), externe puis interne des hôpitaux de Rouen, chargé du service des varioleux : de 1902 à 1904, au cours d'une longue et grave épidémie, s'est particulièrement distingué par son dévouement, son assiduité et son esprit d'initiative. — Service sanitaire maritime. — *Argent.* — M. le Dr Coppin, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, en Perse auprès de S. A. I. le prince héritier : s'est tout spécialement signalé par son intervention et son dévouement au cours de l'épidémie de choléra qui a sévi dans ce pays avec intensité de 1904 à 1905. — Tunisie. — *Argent.* — M. Conseil (Alfred-Ernest), interne à l'hôpital Sadriti à Tunis : victime de son dévouement en procédant à l'examen du sang de typhiques.

Hopital civil de Mustapha. — Concours pour 5 places d'interne en pharmacie, le lundi 29 octobre 1906. Le concours aura lieu à 1 heure à l'hôpital civil de Mustapha. Concours pour 7 places d'élève externe en médecine et en chirurgie, le lundi 29 octobre 1906.

Hospices de Montpellier. — Concours pour 4 places d'interne provisoire. Le lundi 19 novembre 1906, il sera ouvert à l'hospice général, un concours pour 4 places d'interne provisoire dans les hospices de Montpellier.

Faculté de médecine de Paris. — La faculté est autorisée à accepter la donation à son profit, par Mme veuve Paul Lemonnier, d'un capital de 200.000 francs dont les revenus seront employés à faciliter les recherches scientifiques sur la bactériologie, l'anatomie pathologique, la pathologie expérimentale ou la physiologie dans les laboratoires de la Faculté.

Excellente clientèle à céder dans l'Aisne, 4.000 francs de fixe, 9.000 francs de recettes, pas de frais généraux. Prix : 6.000 fr.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Maurice Marchais (de Paris), décédé subitement à Borino (Italie) ; de M. le Dr Bertaux (de Lille) ; et de M. le Dr Prunier, membre de l'Académie de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux.



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales



35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 35 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 1er SEPTEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la constipation habituelle ;

Par le Dr G. **FRIEDEL**.

« La constipation, en dehors de quelques rares conditions particulières, est un phénomène pathologique nuisible qu'il faut faire disparaître » (A. Mathieu). Les moyens thérapeutiques dont dispose le médecin sont de trois ordres : médicamenteux, hygiéniques, physiques. Nous ne nous arrêtons pas aux nombreux produits pharmaceutiques, simples ou composés, dont on préconise si souvent l'usage. On guérit la constipation surtout par l'hygiène et les applications physiques. L'hygiène seule suffit dans beaucoup de cas. Le séjour à la campagne, la vie en plein air, le régime lacto-végétarien presque exclusif, l'exercice régulier, suffisent pour régulariser les fonctions intestinales et donnent d'excellents résultats. Lorsqu'on n'obtient pas d'amélioration nette et durable de la constipation, il faut adjoindre les moyens physiques. Voici le traitement mis en pratique chez nos malades :

Une feuille imprimée indique en détail le régime à suivre : lait sous forme de potages (le lait en nature constipe beaucoup de personnes), farineux, légumes et ...ts crus ou, suivant l'état du tube digestif, cuits, peu de viande ; pain complet, beurre. Ces aliments laissent assez de résidus pour former avec les sécrétions intestinales une quantité suffisante de matières capables d'exciter la motilité intestinale.

...ne constipation opiniâtre cède cependant rarement ... l'adjonction des lavements. Le malade se fait tous les deux jours soit un grand lavage avec de l'eau bouillie, soit, de préférence, un lavement d'huile suivant la méthode de Kussmaul. Cent à cent cinquante grammes d'huile tiède sont introduits lentement et sous faible pression dans le rectum, le soir, avant coucher et gardés jusqu'au lendemain matin. Cette huile ramollit les selles et lubrifie les parois de l'intestin, de sorte que l'évacuation alvine se fait alors spontanément. Elle calme aussi le spasme et l'irritation de la muqueuse. Si l'évacuation de l'huile et des matières ne se faisait pas, il faut amorcer le péristaltisme par un petit lavement d'eau bouillie simple. Peu à peu, au fur et à mesure que les selles deviennent plus faciles, la quantité d'huile est diminuée et les lavements sont espacés jusqu'à suppression complète.

Mais il y a des cas où hygiène et lavements sont impuissants contre la coprostase, ou du moins leur action n'est pas durable. Dans ces cas, il faut avoir recours au massage et à l'électrothérapie. En général, on prépare les malades à ce traitement. Pendant huit ou quinze jours, on leur fait faire chez eux une série d'exercices et de manipulations que nous avons notés sur une feuille spéciale remise aux constipés.

Gymnastique et massage préparatoires.— Le malade couché, à jeun, boit un demi-verre d'eau d'Evian à la température de la chambre, puis fait un effleurage superficiel sur tout le ventre, circulaire, longitudinal, suivant les côlons. La *gymnastique* consiste en ; 1° redressement du tronc sans l'aide des bras ; 2° flexions de la cuisse sur le bassin ; 3° rotations interne et externe du membre inférieur ; 4° mouvements respiratoires avec abduction des membres supérieurs ; 5° gymnastique du périnée : propulsion et rétraction du releveur (pour les femmes qui ont fait des couches multiples ou difficiles). Une friction à main plate avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool camphré sur l'abdomen et la région lombaire termine ces exercices. Le malade se lève et prend son petit déjeuner : café au lait préparé avec beaucoup de chicorée, cacao léger, puis se présente à la selle. La position accroupie est la plus favorable pour comprimer l'intestin. On recommande de faire de petits efforts prolongés, de préférence aux grands efforts.

A six heures du soir, la gymnastique est faite debout (sans corset ou ceinture) : 1° flexions du tronc en avant, en arrière et latéralement (très important) ; 2° rotations du tronc sur les membres inférieurs fixes ; 3° élévations de la cuisse et des membres inférieurs ; 4° abductions et élévations des membres supérieurs avec inspirations profondes ; 5° flexions des genoux et abduction, sur la pointe des pieds et relèvement (les mains appuient sur une chaise).

La durée de ces exercices est de 20 à 30 minutes matin et soir. Tous les mouvements doivent être faits *lentement* et avec *augmentation progressive*.

Les bains entiers à 32° (39° pour spasmodiques) trois fois par semaine avec savonnage de tout le corps et frictions avec linge dur, les bains de siège à domicile, dans un cuveau, à 24°, suivis de frictions ; les douches écossaises, en pluie ou en jet brisé sur l'abdomen et la région hépatique, sont un excellent adjuvant.

Une explication pratique est donnée sur un malade en cours de traitement et en général gymnastique et massage sont suffisamment bien exécutés.

Nous ne nous étendrons pas sur le mécanisme de l'action du massage et de la gymnastique. On trouvera les notions courantes sur ce sujet dans les traités spéciaux de massage (Salignat, de Frumerie, etc., etc.). Nous voudrions cependant appuyer sur l'importance que nous attribuons : 1° au redressement du tronc (malade couché) qui fortifie la musculature de la paroi abdominale, 2° aux flexions latérales du tronc (malade debout) qui agissent sur les muscles obliques, mais aussi et surtout sur les côlons ascendant et descendant, qui sont allongés et raccourcis alternativement. Les mouvements respiratoires ont pour but de développer le diaphragme, qui devient un véritable masseur des viscères. Bien entendu, la respiration profonde a une action heureuse sur tout l'organisme, surtout chez la femme, qui respire si défectueusement.

En résumé nous tendons à développer la musculature abdominale (parois antérieure et postérieure, et à faire subir aux viscères une compression et une distension indirecte). En même temps — et ce point n'est pas négligeable — nous attirons et fixons l'attention du malade sur ses fonctions intestinales. Nous n'hésitons pas à affirmer qu'une part des résultats est certainement due à cette *psychothérapie*.

A la suite de cette préparation préliminaire, le malade vient se faire masser et électriser, sans cesser pour cela de faire chez lui les exercices indiqués. Il est allongé sur un brancard, qui offre une bonne résistance pour le massage, la tête à peine relevée par un oreiller. Le brancard est préférable au lit, parce qu'il offre plus de résistance et parce que le masseur peut s'approcher complètement du sujet, ce qui diminue beaucoup la fatigue et rend les manipulations plus aisées. La paroi abdominale découverte est saupoudrée de poudre de talc et la séance commence par une palpation légère et prolongée, qui renseigne sur l'état de l'intestin et rassure le malade.

Ici nous sommes obligés de revenir sur la division des constipés en atoniques et spasmodiques. Nos idées ne sont pas tout à fait en concordance avec celles admises aujourd'hui après Fleiner et d'autres. Nous conservons la distinction, mais nous pensons que le spasme véritable est plus rare qu'on le dit et nous considérons comme spasme la *contracture douloureuse* de l'intestin, la crampe intestinale analogue à la crampe musculaire vulgaire. Et cette crampe intestinale se rencontre dans trois cas : 1° chez certains névropathes (hystériques, spasme continu) ; 2° chez les atoniques, dont la musculature intestinale, dégénérée après une longue période d'atonie, a atteint le degré de faiblesse irritable (spasme intermittent) ; 3° chez les malades atteints de colite subaiguë et chronique. Cette colite peut être due à l'irritation et à l'inflammation par les matières fécales durcies ou à l'inflammation ou déplacement d'un organe voisin (utérus, ovaires, prostate, rein) ou à une fissure anale ou ulcération rectale.

Si donc à la palpation des côlons on sent l'intesti[illegible] contracté et franchement douloureux, si nous trouvons d'autres spasmes : cardiospasme, pylorospasme, contracture du sphincter anal, douleurs coliquatives fréquentes, nous admettons la constipation spasmodique. Nous agissons dans ce cas en conséquence : gymnastique et massage sont doux et ne doivent pas provoquer de douleurs. Le courant faradique est très léger, à peine perceptible, à 30 à 50 interruptions par seconde. Le régime est plus sévère au début, les légumes verts sont exclus et les légumes cuits soigneusement passés. Les potages de céréales (orge, riz, farine d'avoine, flou d'avoine) et les pâtes tiennent la principale place dans le régime. Une pilule de belladone (0,01 cgr.) par jour rend d'excellents services pour réduire le spasme. En très peu de temps, l'intestin s'habitue au massage, la douleur diminue pour disparaître complètement, et à partir de ce moment le traitement est le même que pour les atoniques.

Les atoniques sont soumis au traitement masso-et électrothérapique suivant : nous débutons par un effleurage superficiel circulaire péri-ombilical en élargissant petit à petit les cercles. Au bout de cinq minutes, l'effleurage devient profond. Les deux mains ne glissent plus sur la paroi, mais font glisser la paroi sur le paquet intestinal sous-jacent, qui est ainsi frotté directement. Puis on passe à la pression plus forte sur les différents segments. La main droite de l'opérateur glisse avec pression du flanc gauche obliquement vers le pubis. L'S iliaque sous-jacent comprimé entre la fosse iliaque et la main est excité et les matières sont poussées dans le côlon pelvien.

La friction et la compression du cæcum se font de même manière, soit avec la main gauche, soit avec le talon de la main droite. La face inférieure du foie (du moins son bord antérieur), la vésicule biliaire, sont excitées directement sous le rebord costal avec le bord radial de la main droite. La face convexe du foie et le foie en entier sont comprimés entre la main gauche placée sous les fausses côtes, et la main droite qui comprime le viscère en glissant avec pression sur la face antérieure de la région hépatique. Par cette manœuvre, on vide la vésicu[illegible] biliaire et on active la circulation hépatique tant sanguine que biliaire. La connaissance de coliques hép[illegible]tiques antérieures conseille de la prudence dans le massage des voies biliaires. Enfin on masse l'estomac par pincements entre le pouce et les doigts de la main droite dirigés de haut en bas, et de dedans en deh[illegible] puis par pressions et frictions de la face antérieure [illegible] la grande courbure vers le pylore. Pylore et pancréas sont accessibles au massage par le pouce droit chez les individus maigres à parois facilement dépressibles, telles qu'on les observe chez les atoniques. Après un pétrissage transversal et longitudinal de tout l[illegible] domen, on termine le massage de la paroi antéri[illegible] par un effleurage superficiel.

La durée de ces manipulations est de 15 à 20 minutes. Bien entendu, la succession des opérations p[illegible] gions n'a rien de fixe, on passe d'un mouvement à [illegible] tre, en se basant uniquement sur les sensations [illegible] çues et la commodité. Un point est important [illegible] mouvements doivent être doux et bien liés, la main [illegible] doit pas quitter la paroi abdominale, et doit s'ad[illegible] aux inégalités et dépressions naturelles. Les ré[illegible] sensibles surtout doivent être traitées avec la plus grande douceur. Nous ne nous servons jamais d'instruments pour masser (boules, rouleaux auto-mass[illegible]

etc.), une main exercée fera mieux que n'importe quel instrument, si perfectionné soit-il.

Nous ajoutons au massage de la paroi antérieure le massage du dos. Les muscles des régions dorso-lombaires et des gouttières vertébrales sont soumis au pétrissage longitudinal et transversal, auquel on joint le tapotement (percussion) faite avec le bord cubital des mains. Le massage dorsal dure 2 à 3 minutes. Son action sur les muscles, sur la circulation superficielle et profonde, agit par reflexe sur l'appareil ligamenteux de la colonne vertébrale et sur la circulation médullaire. A notre avis, c'est là une action très utile, surtout dans la viscéroptose, qu'on rencontre si souvent chez les atoniques. Nous parlerons plus loin du massage vibratoire à propos de l'électrothérapie. Exécuté comme nous l'avons indiqué, le massage ne doit pas fatiguer le malade qui doit, au contraire, ressentir un bien-être très accusé après la séance.

Electrothérapie. — L'électricité a été employée seule ou combinée avec la diète, le massage et l'hydrothérapie. On s'est servi tour à tour des courants faradique, galvanique, galvano-faradique (de Wateville), statique, courants de Morton, courants sinusoïdaux (d'Arsonvalisation) (voir Lützenberger, Delherm, Doumer, etc.). Un fait nous a frappé dans la description de ces méthodes : toujours on a provoqué des commotions, soit par interruptions du courant, soit par renversement, soit par étincelles. Ces commotions s'accompagnent toujours de contraction des muscles parcourus par le courant. Nous avons donc employé le courant qui fournit ces interruptions par définition : le courant faradique.

L'appareil employé est celui de Gaiffe, avec bobine à fil fin et trembleur horizontal, qui permet d'obtenir de 1 à 40 interruptions par seconde.

Comme électrodes, nous nous sommes servi soit d'une électrode large (plaque de 10/20 ctm.), reliée au pôle positif (anode placée sur la région lombosacrée), ou encore le simple tampon placé sur la région hépatique. Le pôle négatif est relié au rouleau (cathode). Rouleau et tampon sont trempés avant l'application dans de l'eau simple. La faradisation intestinale directe est trop difficile à employer pour être courante. Nous ne nous en servons pas. Avant de décrire le manuel opératoire, ajoutons un mot sur l'action des courants faradiques. Immeter, Mauger, Metzger, Marschal, nient l'action percutanée du courant faradique sur l'estomac et l'intestin. Einhorn et Ewald l'admettent. Quoi qu'il en soit, nous avons obtenu de bons effets par notre procédé. L'irritation intestinale a été calmée, les spasmes réflexes ont été interrompus et les muscles contractés se sont relâchés. Le spasme intestinal n'est donc pas une contre-indication

Manuel opératoire. — La faradisation suit immédiatement le massage. Nous appliquons donc le courant d'abord sur la région dorso-lombaire : Bobine à fil fin, pôle positif au tampon appliqué sur la région sacrée, 40 « 50 interruptions par seconde. Le rouleau est promené sur les masses musculaires, pendant qu'on rapproche doucement la bobine induite (mobile) de la bobine inductrice (fixe), jusqu'à ce que le malade sente nettement le picotement. Cette sensation ne doit pas être pénible, mais, au contraire, très supportable au malade. Comme pour le massage, il faut, ici, de la douceur avant tout. La durée de ces applications est de deux minutes. Avant de faire reprendre au malade le décubitus dorsal, on diminue le nombre des interruptions jusqu'à 5 à peu près par seconde, afin d'obtenir des secousses nettes de contraction des faisceaux musculaires.

Pour appliquer le courant sur la paroi abdominale antérieure, nous éloignons de nouveau la bobine et ramenons le nombre des interruptions au maximum. La sensibilité de cette paroi étant plus fine, la bobine mobile reste plus éloignée de la bobine fixe que tout à l'heure. Nous obtenons de ce fait une contraction tétanique des muscles abdominaux avec sensation de fourmillement. Le rouleau est promené le long des côlons, sur la région stomacale et hépatique. Après deux minutes d'application, les interruptions sont réduites au nombre de cinq par seconde. Les contractions musculaires deviennent cloniques, et par certaines combinaisons de ces contractions, nous obtenons un véritable massage vibratoire. De cette façon, nous nous passons des appareils spéciaux employés dans ce but. Même les vibrations manuelles, très fatigantes pour l'opérateur, deviennent facultatives. Pour terminer, nous provoquons des contractions séparées des muscles grands droits, obliques et transverses avec 1 ou 2 interruptions à la seconde. Avec une compresse imbibée d'alcool, nous frictionnons la peau de l'abdomen pour enlever la poudre de talc, et la séance est terminée. Elle dure en général de 25 à 30 minutes.

On peut se rendre compte par cette description que notre façon de procéder est très simple. Tout praticien possède un appareil faradique, et peut par conséquent faire ce que nous faisons.

Résultats. — Nous avons traité un certain nombre de constipés avec plein succès chez tous. Pour les atoniques, la selle spontanée est survenue de la 2e à la 6e séance et elle n'a plus jamais manqué à partir de ce moment. Nous avons suivi nos malades guéris pendant plusieurs mois, et jusqu'à présent nous avons constaté la persistance des bons effets du traitement. Nous tenons surtout encore à signaler la disparition des symptômes fonctionnels qui accompagnent la constipation. Les symptômes nerveux disparaissent : le sommeil devient meilleur, la céphalée ne se montre plus qu'accidentellement, le malade reprend de la vigueur physique et morale. Les douleurs lombaires, les pesanteurs, les tiraillements dans le bas-ventre cèdent, la nutrition générale se fait en de meilleures conditions, et les malades engraissent jusqu'à une livre (500 grammes) par semaine. L'appétit, lorsqu'il manque, met plus de temps à revenir, mais lentement il s'améliore et le malade guérit d'une affection qui, quelquefois, le minait depuis des années.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les expertises médicales et les Économies portant sur les frais de justice.

M. Saint-Aubin, directeur des affaires criminelles et des grâces, a adressé une circulaire aux premiers présidents et aux procureurs généraux des Cours d'appel, pour indiquer les abus qui augmentent considérablement les frais de justice. Dans cette circulaire, au chapitre : *Frais de justice criminelle*, nous relevons les passages suivants qui intéressent les médecins :

Médecins. — *Visites. — Rapport. — Certificat concernant un prévenu transféré à pied.* — Certains médecins ont pris l'habitude de transformer la visite avec premier pansement, tarifée 8 fr., en une opération autre que l'autopsie, tarifée 10 fr. D'autres exagèrent le nombre des vacations pour le rapport. En matière correctionnelle, il ne devrait pas, en principe, être passé plus d'une vacation à 5 fr. pour cet objet. Il ne faut pas confondre les rapports d'expertise avec le simple certificat constatant sommairement que tel prévenu peut ou non être transféré à pied. Il n'est alloué dans ce cas qu'une vacation tant pour les constatations que pour le certificat.

Expertises au point de vue mental. — Les expertises d'examen mental ne doivent être ordonnées que s'il y a des présomptions de troubles intellectuels ou si elles sont réclamées par la défense, qui doit alors justifier de la nécessité de cette mesure.

Et plus loin au chapitre : *Frais d'assistance judiciaire* :

Médecins et experts. — *Exagération des mémoires.* — Plusieurs parquets généraux signalent l'exagération des mémoires de médecins dans les affaires d'accidents du travail de leurs ressorts. Il y aurait avantage, dans les arrondissements où il en est ainsi, à arriver à un accord pour fixer un maximum d'honoraires dans les affaires qui n'ont aucun caractère exceptionnel, et si cela n'est pas possible, de ne pas hésiter à réduire le nombre des vacations au chiffre équitable.

Avances de frais d'expertises qui ne sont pas à la charge du Trésor. — Il arrive que les compagnies d'assurances ne se prêtent pas aux transactions, qu'elles rendent nécessaires des expertises médicales longues et coûteuses parce qu'elles réclament la commission de plusieurs médecins étrangers qui ont pris l'habitude de se faire toujours payer par le Trésor. Il y a là une cause de dépenses importantes à supprimer. L'avance des frais incombe à la partie qui requiert ou qui poursuit l'expertise, de sorte que le Trésor ne doit y pourvoir que dans deux cas : 1° lorsque l'expertise est ordonnée d'office dans une affaire d'assistance judiciaire ; 2° lorsqu'elle est ordonnée ou poursuivie à la requête de l'assisté. Il conviendra donc d'exiger des avoués des compagnies des conclusions formelles tendant à l'expertise, de constater dans le jugement cette circonstance et de rejeter, à l'avenir, les frais dont l'avance est à la charge de la partie non assistée.

A propos de cette circulaire, le *Temps*, dans un important article, fait les réflexions suivantes qui, croyons-nous, méritent d'être soumises à nos lecteurs :

On ne peut que souscrire assurément à ces sages prescriptions, à une condition toutefois, c'est qu'elles n'aient point pour résultat final de provoquer, dans une pensée d'économie mal comprise, une réduction inconsidérée des expertises médico légales, qui pourrait être très préjudiciable à la bonne justice. Car s'il est des litiges où l'intervention des hommes de l'art soit le plus souvent indispensable pour éclairer la religion des magistrats, ce sont bien ceux que motivent les accidents du travail, en imposant la recherche des conséquences véritables des blessures ou des mutilations subies, au point de vue de la capacité de travail ultérieure de la victime. C'est, en effet, l'évaluation de la diminution de capacité qui doit servir de base pour le calcul de la rente viagère due par l'employeur. Et qui donc peut mieux la faire que le médecin ou le chirurgien ?

Ces considérations viennent naturellement à l'esprit quand on lit les passages de la circulaire que venons de rappeler. Elles ont particulièrement frappé M. Georges Touchard, auquel sont familières toutes les questions d'accidents de travail, et qui, dans la *Nouvelle Revue*, se fait l'écho des craintes que les mesures recommandées par la chancellerie ont éveillées dans certains milieux compétents.

M. Georges Touchard ne se dissimule d'ailleurs pas les abus auquels la chancellerie voudrait mettre un terme. Il se demande seulement si elle a pris le bon moyen pour y parvenir. Et il en suggère un autre, qu'il soumet aux méditations du garde des sceaux. A son avis, « il suffirait tout simplement d'instituer, à côté de la chambre des accidents, un comité de médecins experts, composé de trois membres, devant lequel le président conciliateur renverrait d'office les parties en cas de discussion sur l'état du blessé ou la date de la consolidation de la blessure ». Ce comité « siégerait au Palais les jours où le président tient ses audiences de conciliation : il serait par lui saisi d'urgence et sollicité, sans autre formalité qu'une lettre du greffier, de donner son avis immédiat, qui resterait joint au dossier, sous forme de certificat officiel ».

De la sorte, ajoute-t-il, « quand l'affaire viendrait à l'audience pour fixation définitive de la rente, le tribunal, complètement éclairé, n'aurait plus besoin d'ordonner une mesure d'instruction inutile. Il pourrait, au surplus, en cas de besoin, interroger dans les mêmes formes le comité ». Des jetons de présence — par exemple de 50 francs pour chaque membre du comité — serait la rémunération de ce service, dont les frais se répartiraient au prorata des affaires entre les divers patrons intéressés. M. Georges Touchard estime qu'à Paris ils s'élèveraient annuellement à 15,600 francs environ. Ce serait peu en comparaison des centaines de mille francs que coûtent aujourd'hui les expertises médico-légales, et les affaires, ce qui a bien aussi son intérêt, y gagneraient d'être beaucoup plus rapidement solutionnées.

Voilà le système. Il a un côté ingénieux, une apparence de simplicité fait pour séduire. Que produirait-il dans la pratique ? M. Georges Touchard est convaincu qu'il n'y aurait aucun mécompte. Il est clair que tout le monde ne partage pas cette conviction. On pourra faire des objections, et même assez sérieuses. Mais l'expérience seule permettrait de dire qui a tort ou qui a raison. Et rien ne s'oppose absolument à ce qu'elle soit tentée. La chancellerie s'y décidera-t-elle ?

Il est certain que la proposition de M. G. Touchard est une solution. Mais cette solution est-elle équitable ? Nous doutons qu'en créant un comité de trois experts dans de pareilles conditions, on arrive à obtenir des expertises suffisantes dans les cas très difficiles et très variés où l'avis des spécialistes est nécessaire pour établir le moins arbitrairement possible le degré de l'incapacité permanente et du dommage causé. C'est dans ces cas qu'il est indispensable à l'expert, pour être juste, de jouir d'une compétence spéciale. Il sera difficile de réunir en trois personnes toutes les connaissances nécessaires ; et, comme en général le tribunal se voit obligé d'adopter les conclusions de l'expert, les trois experts seront en fait les véritables juges. Il rendra, en outre, plus difficiles encore les expertises contradictoires.

Il peut se produire des abus, comme partout, dans le règlement des honoraires médico-légaux. Mais nous avons entendu à leur sujet tant de plaintes, que nous avons peine à croire que l'on trouve là l'objet d'[illegible]

nomies importantes. Les indemnités pour les expertises médico-légales sont fixées par le *décret du 21 novembre 1893*, dont les *circulaires ministérielles du 24 novembre 1893 et du 31 juillet 1894* règlent l'application, et il suffit de parcourir ces documents pour s'assurer que le corps médical, auquel on demande tant de besognes gratuites ou semi-gratuites, est loin d'avoir été, dans ce cas, plus particulièrement avantagé.

J. NOIR.

Les bibliothèques municipales.

Le prêt gratuit et la contagion.

Je viens de voir mourir un de mes pauvres voisins, tuberculeux au dernier degré. Le malheureux, durant ses longs jours d'agonie, trouvait un léger divertissement dans la lecture des livres de la bibliothèque populaire de son quartier, dont il faisait ample consommation. Je suis persuadé que presque tous les livres de la bibliothèque ont passé sous ses mains, ont traîné sur son lit de douleur pendant ses longues insomnies et même, parfois, pendant son sommeil, lorsque épuisé de fatigue, il s'endormait inconscient sur le livre municipal.

Le lendemain, ses parents allaient changer le volume, lequel tombait dans une famille de gens bien portants. Ceux-ci, après le dur labeur du jour, se font un régal de lire dans leurs lits ; de plus, ils ont la mauvaise habitude de mouiller leurs doigts avec leur salive pour tourner les pages et s'intoxiquent progressivement de germes infectieux. Comme mon pauvre malade, il leur arrive aussi de s'endormir sur leur lecture, et le même livre, qui a été en contact avec les expectorations ou les sueurs du tuberculeux, rempli de tout ce qu'il faut pour propager la contagion, devient auprès d'eux, sous la chaleur bienfaisante des couvertures, un ennemi dangereux apportant dans l'honnête foyer la maladie et la mort.

Par ce temps de désinfection à outrance, où les pouvoirs publics interdisent de cracher sur la voie publique et même chez soi, où la désinfection des locaux et des objets contaminés par les contagieux est obligatoire, n'y aurait-il pas un moyen simple et pratique de soumettre tous les livres rentrant dans les bibliothèques populaires à une sérieuse désinfection, avant de les livrer à nouveau au public. Je ne suis pas le premier à signaler ce fait, mais il est bon, quand l'occasion s'en présente, d'en rappeler les graves inconvénients. Il est du devoir des municipalités de trouver un simple remède à ce mal, et nous appelons à ce sujet, tout particulièrement, l'attention du conseil municipal de Paris et de l'administration préfectorale. Que notre ami, le Dr A.-J. Martin, qui a tant fait pour l'hygiène urbaine, en prenne bonne note.

Albin ROUSSELET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL CORNET

I. — Contribution à l'étude clinique du Salicylarsinate de mercure ou Enésol; par M. L. LOQUIN. (*Thèse de Lyon*, 1905.)

Travail d'une centaine de pages, très bien fait, et dont voici les conclusions : 1° l'Enésol est un composé mercuriel injectable, obtenu en traitant le salicylate basique de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique ; 2° l'élimination du sel se fait par les urines, 2 heures après l'ingestion et pendant 36 à 64 heures ; 3° les injections doivent être intra-musculaires, et à la dose de 3 centigr. par jour; ces injections sont indolores, sans réaction rénale ni inflammatoire quelconque, et peuvent, de ce fait, être utilisées dans la médecine infantile.

II — Nouveau Formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie; par le Dr ODILON MARTIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du Professeur GRASSET (de Montpellier). 1 vol. in-18 de 900 pages, sur papier mince, cartonnage souple : 9 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Comme l'a écrit le professeur Grasset :

« Le *Nouveau Formulaire magistral* du Dr O. Martin vaut « plus et mieux qu'un *formulaire*.

« Un formulaire est, en effet, étymologiquement et par définition, un *Recueil de formules* ; c'est-à-dire que, dans le formulaire classique, sur chaque substance, l'article débute « par une ligne de caractéristique physique ou chimique : « puis viennent trois lignes sur la posologie aux divers âges « et sur les incompatibilités chimiques, et ensuite s'alignent « les formules, empruntées à l'un ou à l'autre, avec le nom « des maladies auxquelles on *peut* les appliquer.

« Il y a bien tout cela dans le formulaire du Dr Odilon Martin. Mais il y a aussi autre chose : il y a sur chaque médicament un chapitre résumé de thérapeutique.

« La formule n'est utile que si le médecin en connaît bien « les indications et les contre-indications ; le livre ne doit « pas seulement lui enseigner les *maladies* dans lesquelles « il faut la prescrire, mais les *malades* auxquels elle sera « utile ou nuisible.

« C'est pour cela que le Dr Odilon Martin ne se borne pas « à une sèche énumération en deux colonnes, contenant : « l'une, les formules, et l'autre, les maladies. Il expose d'abord la *pharmacologie* du médicament, puis ses actions « *physiologiques*, son histoire à travers l'économie (*absorption* « transformations, *élimination*) ; les premiers signes de l'*intolérance* (*toxicité*) : de là, il déduit les *applications thérapeutiques indications* et *contre-indications*) ; expose les *modes d'administration* et les *doses*, les *incompatibilités* (en précisant « les conditions particulières dans lesquelles certains médicaments sont incompatibles), et enfin les diverses *formules* avec leurs indications particulières et respectives.

« Ne peut-on pas dire que c'est là le plan d'un *Précis de thérapeutique* qui au formulaire a uniquement emprunté « son titre et l'ordre alphabétique d'exposition.

« Avec un livre comme celui-là, le praticien saura formuler non seulement dans une maladie donnée, mais chez un « sujet donné, en tenant compte de son tempérament, de ses « antécédents héréditaires et personnels, physiologiques ou « pathologiques, de la période de la maladie, de sa forme, « de ses complications. En un mot, tout médecin capable de « faire d'abord un diagnostic vrai, précis et complet, pourra « avec un formulaire de ce genre, faire une bonne thérapeutique, rationnelle et appropriée. »

III. — Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1906 ; par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Vademecum portatif, de 320 p., très bien édité, facile à consulter. (Paris, chez J.-B. Baillière et fils.)

Il s'agit d'ailleurs de la 18e édition ; ce n'est donc plus un nouveau-né, mais au contraire un ancien, dont nous ne pouvons que faire ressortir le caractère nouveau. En effet, le formulaire de 1906 est naturellement modernisé. Nous trouvons de nombreuses et importantes additions dont voici les prin-

★

cipales : *Acide formique, almaténia, alypine, arhovine, benzoilperoxyde, bromeine, calométol, carbovis, ceyssatile, eau de mer électrolysée, ektogan, formiates, gentiopicrine, hermitine, hippiol, hopogan, ibogaïne, iodate de soude, iothion, iridine, isoforme, lentin, marétine, méthylrodine, morus alba, musculosine, naftalan, neurodine, oliveol, perborates, périplocine, pétrosulfopurgène, quinobromine, quinoforme, quinoléine, salit, santhéose, scopolamine, sénoforme, sodium (glycocholate de), tannome, théoéine, vasenol, zimphène.*

N'oublions pas la préface d'un éminent et fidèle parrain ; M. Huchard.

IV. — Leçon d'ouverture du cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris ; par M. Albert Robin, professeur de clinique thérapeutique à cette faculté. (1 brochure de 52 p., chez Octave Doin, 1906.)

Cette leçon d'ouverture d'une chaire spécialement créée pour M. Albert Robin est d'une belle envergure. Laissons la parole au nouveau professeur, pour présenter lui-même le bienfaiteur auquel est due cette fondation :

« En prenant possession de la Chaire de clinique thérapeu- « tique à la Faculté de Médecine, mon premier devoir et le « plus haut est de remercier, au nom de l'Université de Paris « le fondateur de la chaire, M. le duc de Loubat, qui en con- « çut le projet et en fit les frais. M. le duc de Loubat n'en est « pas à sa première générosité. Permettez-moi de rappeler « qu'il a déjà doté une Université des Etats-Unis, créé des « prix à Berlin, à Stockholm et à l'Institut de France, fondé « des chaires en Allemagne et au Collège de France, et sub « ventionné largement l'Ecole française d'Athènes pour « qu'elle pût entreprendre et continuer, sous la direction de « M. Homolle, puis de M. Holleaux, les fouilles de l'Ile de « Délos, qui ont mis au jour d'incomparables trésors d'art. « Il me pardonnera de vous dire qu'il n'est pas seulement « un Mécène très riche, consacrant sa fortune à des œuvres « de haute instruction, mais aussi et surtout un homme de « science, à qui l'on doit la plus remarquable étude qui ait « été publiée sur la numismatique des Etats-Unis, et qu'il est « l'un des créateurs d'une science nouvelle, l'Américanisme « pré-colombien, ayant pour but de reconstituer l'histoire « des antiques civilisations du Nouveau-Monde. L'Académie « des Inscriptions a reconnu la valeur de ces travaux en « nommant M. le duc de Loubat correspondant à titre étran- « ger. »

Puis c'est le défilé des silhouettes des Maîtres qui tracèrent la voie du futur maître : Paul Thénard, Henri Bouley, Béhier, Hardy, Gosselin, Germain Sée, Gubler, pour ne citer que les morts ; Bouchard, Jaccoud, Armand Gautier, parmi les vivants. Chacune de ces grandes figures est esquissée par des traits qui les vivifient synthétiquement.

Après ce tribu d'hommage, M. Albert Robin définit la thérapeutique, met en garde contre la « scepticisme décevant », qu'il ne faut pas confondre avec le doute philosophique. Mais il eût fallu entendre cette belle leçon d'ouverture, que le maître termine en montrant la supériorité d'une thérapeutique en apparence « terre à terre » mais pratique, sur la « haute philosophie thérapeutique, » et les « grandes envolées » de l'esprit vers les sommets.

V. — Les congestions hépatiques chroniques des pays chauds, leur traitement à Vichy ; par le Dr Sollaud. (Tirage à part du *Centre médical*, chez Jouvet, Imprimeur à Riom, 1906).

Dans cette brochure in-4, de 85 pages, l'auteur, ancien médecin principal de la marine, étudie cette maladie qu'il connaît bien et qu'il range sous 3 formes; la forme *commune*, la forme *palustre*, la forme *dysentérique*.

La médication la plus puissante est la cure hydrominérale et celle de Vichy en particulier. Voici, au reste, les conclusions de l'auteur :

« En résumé, l'action thérapeutique de la médication hy- « drominérale de Vichy, en cas de congestion hépatique « chronique des pays chauds, se traduit par des effets cura- « tifs qui sont, les uns immédiats et les autres médiats. »

« Des effets immédiats, les uns se manifestent souvent dès « le début ou au milieu de la cure et consistent, en une di- « minution d'abord et en une disparition plus ou moins com- « plète ensuite de tous les troubles gastro-intestinaux con- « comitants. Les autres, un peu plus tardifs, surviennent au « commencement ou à la fin de la saison et consistent en « une régularisation de toutes les fonctions de la nutrition « et en un remontement général de tout l'organisme, comme « en font foi les analyses d'urine et l'augmentation du poids « du corps. »

« Les effets médiats, sous la dépendance de l'action réso- « lutive locale, sont plus ou moins tardifs, suivant la gravité « et l'ancienneté de la lésion et se traduisent, en fin de comp- « te, par une régression insensible du volume du foie et « après un temps variable, par un retour définitif de l'organe « à ses dimensions normales.

« On peut évidemment regretter que cette décongestion « hépatique ne soit pas plus rapide, mais sans parler des ré- « sultats immédiats de la cure, déjà si remarquables, il ne « faut pas oublier qu'aucune autre médication, si énergique « soit-elle, ne saurait agir mieux, plus activement ou plus « vite.

« Aussi, croyons-nous ne pouvoir mieux conclure qu'en « citant les paroles qui suivent, prononcées dans une remar- « quable leçon orale sur l'action thérapeutique des eaux de « Vichy par l'éminent professeur Landouzy :

« Quand un malade, atteint de congestion hépatique chroni- « que vient à Vichy pour y faire une saison, le résultat qu'il « souhaite et celui que doit désirer le médecin traitant est « moins, au moment du départ ou peu après le départ, un re- « trait de quelques centimètres du côté du diamètre vertical « du foie, qu'un remontement général de tout l'organisme, « une véritable épuration du plasma sanguin, la disparition « des troubles dyspeptiques, et surtout la disparition de la « menace de congestion du côté de la rate, du côté des reins, « des poumons et du cœur. »

VI. — La cure de déchloruration dans le Mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes ; par le Dr Fernand Widal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et le Dr Adolphe Javal, lauréat de l'Académie, 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Dans cette *Actualité médicale*, le Dr Widal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, expose les principes et les applications de la cure de déchloruration dont il a été le promoteur, il y a quelques années. Cette méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires, a été rapidement mise à l'épreuve et est aujourd'hui d'une application courante.

En dehors du Mal de Bright, les régimes hypochlorurés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermatites suintantes.

M. Widal expose d'une façon saisissante les résultats que l'on peut obtenir du régime déchloruré.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée et sur les caractères qui les distinguent de ceux observés en cas de rétention azotée. M. Widal a donc commencé par étudier chacune de ces questions avec les développements qu'elle comporte.

Puis il passe à la pratique de la cure de déchloruration et termine son intéressante monographie par une étude détaillée de la composition des régimes déchlorurés.

VII. — L'action diastasique dans les fermentations industrielles ; par Emile Diederich, licencié ès sciences. (1 vol. in-8, de 182 pages avec 12 figures, chez Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, 1906 ; prix : 4 fr.)

Ce traité de « Chimie Pastorienne » rend compte des progrès les plus récents obtenus jusqu'ici dans une des branches les plus importantes de la biologie appliquée à l'industrie.

Comme l'auteur le fait remarquer dans sa préface, la grande extension et le caractère trop spécial d'importants traités comme ceux de Duclaux, de Jorgensen.. etc. ne permettent pas à ceux qui voudraient abandonner les procédés empiri-

ques en dirigeant leur travail suivant les principes directeurs de la théorie pastorienne, de puiser dans ces vastes documents les éléments de chimie biologique utiles à la simple compréhension des faits ; aussi le traité de M. Diederich, en portant remède à cet inconvénient, sera-t-il le bienvenu auprès du monde industriel et des étudiants.

Sans trop de commentaires, on trouvera exposés dans ce volume les points essentiels de la théorie microbienne dans ses rapports avec les diverses actions diastasiques que l'on est appelé à rencontrer dans toutes fermentations : qu'il s'agisse de fabrication de la levure, de la bière, du vin, de l'alcool, du vinaigre, soit même de panification, ou encore de fermentation putride des conserves alimentaires.

De cette théorie ainsi généralisée, dont chaque industrie n'est plus qu'un cas particulier, il résulte l'avantage pour le lecteur de reconnaître les relations de similitude qui unissent les diverses fermentations, de pouvoir dégager les causes génératrices des phénomènes, et, partant de pénétrer les secrets des ouvriers mystérieux et infiniment petits, auxquels se rattache une chimie complexe et capricieuse restée trop longtemps inconnue.

Les trois chapitres de la 1re partie, correspondent au développement des trois idées suivantes :

— *Les fermentations sont dues aux diastases.*

— *Les diastases de fermentation sont sécrétées par les microbes dans leurs acte vital.*

— *Quelles relations existe-t-il entre la sécrétion diastasique et l'acte vital, d'où résultent les fermentations ?*

Dans la 2e partie, l'auteur étudie : la chimie des corps fermentescibles (sucres, amidons, etc.), la chimie des réactions diastasiques ; la chimie des produits résultant de la dislocation des corps fermentescibles.

Les deux dernières parties, plus importantes encore, étudient les fermentations que l'on rencontre dans le domaine industriel en s'appuyant sur les éléments théoriques précédents.

VIII. — **Le vieillissement artificiel des vins et spiritueux** ; par Malvezin. (1 broc. in-8, 92 pages, chez Rousset, 1 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1906 ; prix, 1 fr. 50.)

Cette brochure forme le n° 5 de la collection. « *Les actualités chimiques et biologiques,* » par le professeur Pozzi-Escot, et a pour auteur, le directeur de la *Revue Œnophile*. On y trouve les procédés de vieillissement artificiel, dus aux théories pastoriennes. Ce petit travail est exposé en style clair, et les figures qui s'y trouvent le rendent encore plus explicite.

IX. — **Précis de chimie physique** ; par M. Pozzi Escot, professeur de chimie à l'Ecole nationale d'agriculture et de médecine vétérinaire de Lima (Pérou) (1 vol. in-8°, relié, chez Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, 1906.)

Ce volume, très bien présenté, fait suite, pour ainsi dire, au *Traité de Physico-chimie*, du même auteur. On y découvre 17 chapitres dont voici les titres : Chapitre I : Etude chimique de la matière. — Chapitre II : Système des poids atomiques ; Notations et formules chimiques. — Chapitre III : Etude de l'état gazeux. — Chapitre IV : Classification des éléments. — Chapitre V : Propriétés générales de l'état liquide. — Chapitre VI : Lois générales des phénomènes de dissolution, de fusion et de solidification. — Chapitre VII : Propriétés générales de dissolutions. — Chapitre VIII : Déterminations pratiques des poids moléculaires. — Chapitre IX : Propriétés générales de l'état solide. — Chapitre X : Influence de la composition et de la constitution sur les propriétés des corps : stéréo-chimie et tantonimie. — Chapitre XI : Relations de la chimie avec la lumière. — Chapitre XII : Phénomènes thermo-chimiques. — Chapitre XIII : Mécanique chimique. — Chapitre XIV : Vues modernes sur les propriétés de la matière. — Chapitre XV : Lois fondamentales de l'électro-chimie. — Chapitre XVI : Applications électro-chimiques. — Chapitre XVII : Les applications de la théorie des ions.

Les sujets sont donc variés et présentent de l'intérêt pour l'étudiant et le médecin qui s'intéressent à la chimie médicale.

X. — **Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels** ; par les Drs Albert Albu et Carl Neuberg, privatdocents. (Un vol. relié, in-4° de 230 p. avec nombreux tableaux. Chez Julius Springer, à Berlin, 1906).

Cet ouvrage sur la physiologie et la pathologie des échanges nutritifs minéraux dénote un travail considérable sur cette question méconnue pendant si longtemps, malgré les recherches déjà lointaines de Liebig et autres : *du rôle des sels minéraux* dans *la nutrition*.

Il y a douze chapitres dont le titre soulignera la valeur. Chap. 2, *contenu du corps humain en eau et en matières minérales*: chap. 3, *contenu des secretas et excretas en sels minéraux* ; chap. 4 : *dynamique de l'action des sels* ; chap. 5 : *action physico-chimique des sels*. Chap. 6, 7, 8, 9 et 10 : *rôle nutritif de la chaux, du magnesium, du phosphore, du soufre, du fer, du chlorure de sodium*. Chap. 11 : *des éléments rares et en petite quantité* (iode, arsenic, etc.). Chapitre 12 : *méthode et critique de l'analyse des cendres*.

Il y a neuf tableaux synoptiques, sur : 1° et 2° *le contenu minéral des aliments végétaux et animaux* ; 3° — 9°, *le contenu des aliments les plus importants en chaux, potasse, soude, chlore, phosphore, fer; la composition minérale des sources et bains thermaux*.

En résumé, nous sommes en présence d'un beau travail de laboratoire, qui apporte un jour nouveau sur le rôle nutritif, si important, et pourtant si peu connu jusqu'ici des aliments minéraux.

BIBLIOGRAPHIE

Le charbon comme véhicule de la créosote ; par M. le Dr Bouchet. (Communication à la société des Sc. méd. de Poitiers : *Poitou médical*, 1er juillet 1906.)

Après avoir critiqué les divers autres modes d'administration de la créosote, y compris la forme capsulaire, qui exposent à des accidents d'intolérance, M. Bouchet raconte qu'il put, une fois, remplacer avec avantage les capsules par des cachets de charbon créosoté. Il conseille de généraliser cette méthode dans laquelle on fait absorber la créosote par le double de son poids de charbon médicinal pulvérulent. Une fois sec, ce charbon créosoté est divisé en cachets que les malades tolèrent parfaitement.

On administre la créosote par différentes voies : stomacale, rectale, bronchique, dermique, hypodermique. La voie stomacale va seule ici nous occuper. Pour être introduite par voie stomacale, la créosote est mise sous deux formes pharmaceutiques : l'une liquide, l'autre solide. Dans la forme liquide, la créosote est diluée dans un liquide approprié : huile d'olive créosotée, huile de foie de morue créosotée, émulsion créosotée, vin créosoté, solution hydro-alcoolique créosotée. Les formes solides sont restreintes : forme pilulaire avec, généralement, le savon comme excipient, forme perle ou capsule, c'est-à-dire créosote nature ou mélangée incluse dans une enveloppe gélatineuse. A ces deux formes on peut en adjoindre une troisième : la forme cachet, dont je vais entretenir la société.

La forme perle ou capsule, à part sa difficulté à la déglutition pour certains sujets, est la plus usitée ; avec elle, le malade n'a pas à souffrir de l'odeur du produit et les papilles de la langue ne sont nullement mal impressionnées. Cette forme est critiquable. Si elle présente de sérieux avantages, elle présente aussi de sérieux inconvénients. S'il arrive que l'enveloppe de gélatine laisse échapper la créosote au sein de la masse contenue dans l'estomac, tout est bien, car immédiatement il y a dilution du médicament. Mais, si la capsule se trouve dans l'estomac en contact direct avec la muqueuse au moment où la gélatine, suffisamment molle ou digérée,

déverse son contenu, tout est mal. Il est superflu de dire que la muqueuse subit une certaine causticité qui peut s'étendre de proche en proche par imbibition cellulaire et intéresser aussi une plaque épithélique plus ou moins grande. Ce phénomène pouvant se renouveler plusieurs fois chez le même sujet, on conçoit parfaitement que ce dernier puisse vite arriver à la saturation et partant à l'intolérance de la créosote.

En vertu du phénomène idiosyncrasique, le degré de saturation n'est pas le même pour tous les sujets, il est soumis aux aptitudes de tolérance de la muqueuse. Cette tolérance, d'après certains auteurs, est en rapport avec le pouvoir absorbant de la peau. *A priori*, il doit en être ainsi puisque les muqueuses, tissu de revêtement externe, sont de même provenance embryologique et dérivent du feuillet ectodermique.

Une malade ayant une aversion prononcée pour les prépations liquides créosotées usait, depuis un certain temps, de capsules à la créosote. L'intolérance arriva. Le médecin fit cesser les capsules sans cependant renoncer à la médication créosotée qui avait donné un résultat très appréciable. Il vint me prier de trouver une forme pharmaceutique non liquide pouvant remplacer les capsules dosées à 0.10 centigrammes de créosote. Après réflexion je pensai au charbon comme véhicule. Par trituration, au mortier, je fis absorber à 2 gr. de charbon officinal 1 gr. de créosote pure de hêtre. L'absorption fut complète au bout de peu de temps. La masse bien pulvérulente fut mise en dix cachets moyens dits n° 1. Chaque cachet contenait mathématiquement 0 gr. 10 centigr. de créosote. La malade prit 3 cachets par jour et, pendant longtemps, avec parfaite tolérance pour la créosote ainsi présentée.

Avant la mise en cachet, je laissai la masse à l'air libre environ une 1/2 heure et je refis la pesée. En vertu de cet axiome : le poids du composé est égal à la somme des poids des composants, la masse aurait dû peser 3 gr. puisque j'associais 2 gr. de charbon avec 1 gr. de créosote ; pas du tout, le poids était de 2 gr. 50 avec perte de 0 gr. 50 centigr. Cette perte de poids peut être attribuée à deux causes : 1° l'air emprisonné dans la masse pulvérulente et poreuse du charbon a été remplacé par la créosote.

2° La créosote, se trouvant divisée dans cette poussière de charbon, a présenté une surface d'évaporation plus grande, il y a eu perte d'humidité et la créosote est devenue plus concrète.

La dose de 10 centig. de créosote par cachet peut être modifiée au gré du médecin traitant ; il peut formuler des cachets contenant 5, 10, 15, 20 centig. de principe actif associés de 10, 20, 30, etc., de charbon, mais toujours mettre double dose de charbon pour avoir une masse qui puisse conserver un degré de pulvérulence compatible avec une bonne mise en cachet. On peut généraliser cette méthode et associer le charbon aux huiles essntielles ou essences, aux teintures et faire ainsi des cachets à l'essence de térébenthine, à l'essence de santal, à l'essence d'anis ou de badiane, etc.

Il résulte de ce qui précède que le charbon est un excellent véhicule de la créosote, qui se trouve ainsi divisée à l'infini dans une poudre qui, outre son rôle d'intermédiaire, joue dans l'estomac celui d'un absorbant de premier ordre et d'un excellent désinfectant.

Ville d'Orléans : Bureau municipal d'hygiène.— Bulletin annuel, par le Dr Le Page Viger, directeur du Bureau d'hygiène, vice-président de la Commission sanitaire de l'Arrondissement d'Orléans (*Année* 1905). Orléans, imprimerie Gou, 1906, 1 vol. gr. in-8° avec planches et cartes coloriées.

C'est avec plaisir que nous recevons le premier et luxueux exemplaire des travaux accomplis par le Bureau municipal d'hygiène d'Orléans, créé par arrêté du 4 novembre 1904. Il a commencé à fonctionner en janvier 1905 et a rendu, pour sa première année, de signalés services à la population orléanaise. La Commission technique du bureau est confiée à des hommes de valeur qui ne sont pas des inconnus pour les lecteurs du *Progrès Médical*.

Le maire de la ville, M. Courtois-Rossignol, en est le président. Nous trouvons groupés autour de lui le Dr Le Page Viger, vice-président et directeur du Bureau, les Drs Geffrier, Fauchoy et Rocher ; Bissauge, vétérinaire ; Cochinal, pharmacien en chef des Hospices ; Noël, architecte, membre du Conseil technique, plus les Drs Chevillot, Rousseau et Hyvernaud faisant partie du personnel actif, sous la direction du Dr Le Page Viger.

Par sa situation privilégiée, Orléans est une ville d'avenir et nous ne saurions trop féliciter les nombreux intéressés appelés à assurer son développement et sa bonne administration sanitaire.

Chaque jour, le Bureau d'hygiène a reçu les déclarations des maladies contagieuses faites, conformément à la loi, par les médecins de la Ville et ceux des Hôpitaux. Avis a été immédiatement donné aux médecins attachés au Bureau des cas déclarés dans leur circonscription, ceux-ci se sont transportés au domicile de chaque malade et s'y sont assurés que toutes les mesures d'isolement et de désinfection étaient rigoureusement suivies.

Au début de l'année, le service de la désinfection de la ville était commun à celui de l'Hôtel-Dieu, à partir du mois de juin, il a été exécuté par un adjudicataire, à qui toutes les conditions de rigueur ont été imposées avec un sérieux cahier des charges.

La désinfection des logements se fait à l'aide d'appareils autoclaves formogènes Trillat.

La désinfection à l'étuve est faite par un appareil Dehaitie, à vapeur sous pression, dont le fonctionnement est parfait.

Ce service, exécuté très consciencieusement et placé sous la surveillance des médecins du Bureau d'hygiène, a donné toutes les satisfactions.

La désinfection a été, au cours de l'année, très régulièrement faite pour toutes les maladies où elle est obligatoire. Par sa situation, M. Le Page Viger a pu en faire accepter un certain nombre pour les maladies où elle est facultative. Presque tous les décès par tuberculose ont été suivis de désinfection.

Un arrêté préfectoral avait chargé le Bureau d'Hygiène du service de la vaccination. A partir de 1906, le service est devenu exclusivement municipal et attaché au Bureau d'hygiène. L'établissement du casier sanitaire des immeubles est en voie d'exécution.

L'application du règlement sanitaire est faite aussi scrupuleusement que possible, tant dans les questions de salubrité générale que pour les constructions nouvelles, l'évacuation des eaux et la prophylaxie des maladies contagieuses.

Nous avons parcouru avec le plus grand intérêt les tableaux et les nombreux graphiques et cartes en couleurs relatifs : 1° à la population, 2° à la météorologie (températures extrêmes, pressions barométriques, vents, pluies) ; 3° à la démographie (mariages, divorces, décès, naissances ; 4° à la répartition par rues des naissances, décès et maladies contagieuses) ; 5° causes des décès par âge et par sexe ; 6° maladies épidémiques et contagieuses (déclarations de ces maladies, désinfection, transport des contagieux, décès par maladies contagieuses). Le nombre des désinfections en 1905 a été de 637. Pour le transport des contagieux de leur domicile à l'hôpital, ils sont effectués dans une voiture spéciale désinfectée après chaque transport et tenue dans un état complet de propreté, 95 transports ont été effectués en 1905.

Le chapitre consacré à la tuberculose nous fait reconnaître avec quel soin la ville d'Orléans s'entoure de savants et dévoués collaborateurs et ne refuse aucun sacrifice pour combattre le fléau. M. Le Page Viger rappelle que dans de précédents travaux de statistique médicale sur la ville d'Orléans, étudiant la période de 1886 à 1897 il avait établi qu'avec une moyenne annuelle globale de 1536 décès (mort-nés compris), la tuberculose pulmonaire seule donnait lieu à une moyenne de [illegible] décès, soit plus de 1 décès sur 10 et la tuberculose sous toutes ses formes (pulmonaire, cérébrale, péritonéale, osseuse, etc.) à une moyenne de 186 décès.

De 1895 à 1904, M. Le Page a constaté la diminution des décès ; il n'y en a plus en moyenne que 1474.3 quoique le chiffre de la population orléanaise ait été porté de 60.826 habitants à 67.311 habitants. En revanche, la moyenne des décès par tuberculose s'est accrue dans des proportions assez considérables. Elle est de 1895 à 1904 de 167,3 par an pour la forme pulmonaire seule et de 209,4 pour toutes les formes réunies.

M. Le Page Viger consacre un intéressant chapitre à la prophylaxie de la tuberculose dans le département du Loiret. En 1897, la Société de médecine du Loiret a rallié tout le corps médical du département pour entreprendre dans sa sphère d'action la lutte contre la tuberculose. Les efforts soutenus et bien coordonnés des médecins arrivaient au moyen de conférences publiques à grouper les premiers adhérents. Pendant ce temps, les travaux de ce Comité d'organisation aboutissaient à la constitution légale de la *Ligue contre la Tuberculose dans le Département du Loiret.*

La campagne d'enseignement commença avec le concours du corps médical d'Orléans auxquels se joignirent les médecins de Paris, Marfan, Le Gendre, Léon Petit, etc., qui ont fait une série de conférences tant à Orléans, que dans les communes du Département. De plus, la Ligue a lancé plus de 15.000 brochures traitant de la tuberculose.

Le second objectif envisagé était de traiter les tuberculeux nécessiteux du Loiret. La Ligue encouragée avec le patronage des plus hautes notabilités du Département, a reçu l'appui des ministères pour sa création et son développement. Reconnue d'utilité publique en 1900, elle recevait plus tard 100.000 fr. sur les fonds du pari mutuel. Sur un terrain donné par M. de Saint-Paul dans la commune de Chéry, la première pierre d'un Sanatorium fut posée le 22 juillet 1900. A la fin de 1901, un premier pavillon était terminé et comprenait 20 lits. Le 5 janvier 1902, il recevait ses premiers malades, et depuis il a rendu d'inappréciables services. Depuis son ouverture au 1er janvier 1906, 93 tuberculeux, venus soit d'Orléans ou du reste du département, 65 ont été admis, 44 en sont sortis après un séjour régulièrement fait. Le Sanatorium est en principe un lieu de cure et non d'hospitalisation.

La Ligue a essayé d'organiser l'*assistance antituberculeuse gratuite à domicile* ayant pour but : 1° de lutter contre les causes de la tuberculose ; 2° de s'opposer à sa contagion ; 3° de favoriser sa guérison. Des dames visiteuses devaient s'efforcer par tous les moyens possibles de rendre salubres les logements occupés par les tuberculeux, de recommander l'aération des pièces, et si possible, l'isolement du malade ; pour s'opposer à la contagion, elles instruisaient les familles pour le nettoyage et la désinfection des linges, la destruction des crachats. Pour favoriser la guérison, les dames visiteuses devaient veiller à la rigoureuse exécution des prescriptions médicales. Malheureusement, cet essai est resté infructueux jusqu'ici. Nous attendons mieux des femmes d'Orléans, pour une œuvre comme celle-là où il s'agit non seulement de sauver son semblable, mais de combattre le mal qui menace vos enfants et vous-mêmes. En aucun cas où il y a danger, le dévouement de la femme n'a fait défaut. Qu'un de vos excellents médecins conférenciers vous réunisse un soir, qu'il fasse appel à votre cœur, pas une de ses auditrices ne quittera la salle sans s'être enrôlée dans les bataillons de la solidarité.

L'Assistance médicale gratuite, qui fonctionne très régulièrement à Orléans depuis 1891, coopère également à la lutte contre la tuberculose. Un avantage tout particulier est procuré par le service de l'Assistance aux jeunes tuberculeux. Deux lits sont fondés pour eux aux hôpitaux d'Ormesson et de Villiers ; les jeunes filles sont reçues à l'Hôpital de Villepinte. Ceux qui peuvent voyager sont envoyés chaque année aux frais de la Ville à Berck-sur-Mer, Saint-Trojan ou Pembron. Une vingtaine y sont envoyés chaque saison.

M. Le Page clôt le chapitre de la tuberculose en faisant une description très détaillée des œuvres qui existent en ce moment à Orléans et dont la situation prospère s'accroît chaque jour : Nous citerons le *Coin de terre et le foyer*, société d'habitations ouvrières à bon marché ; L'*Œuvre des jardins ouvriers* ; Le *Comité local des havitations ouvrières* : L'œuvre des *Fourneaux économiques* d'Orléans : Les Sociétés de consommation. l'*Orléanaise*, la *Ruche Orléanaise* ; La *Mutualité* ; il existe à Orléans 26 sociétés de secours mutuels qui groupent sous leurs bannières 8000 adhérents. Ceux-ci ne réclament rien de l'Assistance médicale contre la tuberculose contre laquelle eux-mêmes se sont armés ; L'*inspection sanitaire* des *viandes* et *des denrées alimentaires*, etc... Tous ces groupements rayonnent aujourd'hui autour du Bureau municipal d'hygiène qui en est le couronnement. Grand en a été le succès ; mais comme le dit M. Le Page Viger, il reste encore à faire et termine son excellent travail en rappelant : 1° que dans la famille il y a lieu de faire la stérilisation de la tuberculose par la destruction des crachats ; l'isolement du malade, la désinfection totale de tous les objets tuberculosés. C'est le devoir de l'Assistance à domicile ; c'est le but d'un *dispensaire antituberculeux* : 2° Il serait nécessaire de créer un hôpital spécial de tubereuleux, leur présence dans les hôpitaux ordinaires constitue pour les autres malades un danger permanent de contamination ; 3° La constitution à Orléans d'*une Goutte de lait*. M. Le Page réclame encore la déclaration obligatoire de la tuberculose au même titre que celle de toutes les autres maladies contagieuses. « La lutte contre l'alcoolisme, le logement insalubre, la stérilisation des locaux contaminés forment une trilogie dont on ne saurait se départir ; en y joignant la déclaration obligatoire, on rendra plus facile la défense sociale contre ce péril qui devient de jour en jour plus menaçant, mais dont les efforts combinés de tous viendront à bout, dans un avenir plus ou moins éloigné, c'est mon plus ferme espoir. »

C'est aussi celui de la population tout entière. Les Bulletins du Bureau d'hygiène d'Orléans, rédigés avec le plus grand soin, nous promettent pour le département du Loiret et la Ville d'Orléans les meilleurs résultats. Ces publications sont précieuses et leur but devient chaque jour incontestable. Joints et comparés à ceux des Villes qui possèdent un Bureau d'hygiène, elles entretiennent entre toutes les grandes villes de France une mine de renseignements indispensables et une source de rivalité et d'émulation pour l'amélioration de notre hygiène et la conservation de nos existences. Nous attendons avec impatience l'apparition du Bulletin à la fin de cette année. Nous aurons à nouveau l'occasion de féliciter son excellent rédacteur M. le Dr Le Page Viger ainsi que les médecins et la Municipalité d'Orléans qui ont toujours assuré au *Bureau Municipal d'hygiène* leur concours le plus dévoué.

Albin ROUSSELET.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médicament remis sans ordonnance par un pharmacien. — Exercice illégal de la médecine et homicide par imprudence. — Jugement du Tribunal civil du Puy du 18 décembre 1905.

« Le Tribunal : Attendu que, suivant exploit de Maillard, huissier à Paris, en date du 29 juin 1905, C..., pharmacien, a fait assigner la Compagnie d'assurances *La Providence*, aux fins de s'entendre condamner, par application de la police d'assurances intervenue entre eux le 20 juin 1899, à payer audit C... : 1° la somme de 10.000 francs, à raison des faits qui ont donné lieu aux actions formées ; 2° les intérêts, à partir du 21 février 1902 ou à telle date qui sera fixée par le Tribunal ; 3° en tous les dépens :

« Attendu que la Compagnie *La Providence* allègue que, dans l'espèce, il ne s'agit pas d'une substitution d'un médicament à un autre qui aurait été délivré en vertu d'une ordonnance d'un médecin, mais qu'il s'agit d'une délivrance d'un médicament sans ordonnance, médicament qui n'aurait pas dû être remis sans cette ordonnance : que ce fait constitue de la part du pharmacien un acte d'exercice illégal de la médecine, qui a augmenté les risques prévus lors de l'assurance et que, dès lors, ce fait doit rester complètement à la charge de C..., par suite de la déchéance encourue par lui : la Compagnie n'ayant entendu garantir que contre les risques courus par l'assuré dans l'exercice régulier de sa profession et non contre ceux courus dans l'accomplissement d'actes illicites :

« Attendu, il est vrai, que, par jugement du Tribunal correctionnel du Puy, en date du 15 décembre 1902, confirmé en appel, C..., a été condamné à 500 francs d'amende pour avoir contrevenu à l'article 31 de la loi du germinal an XI, en délivrant, sans ordonnance du médecin, un médicament composé, non prévu au codex ;

« Mais attendu que, par le même jugement, C... a été, en

outre, condamné à un mois d'emprisonnement, avec sursis, pour avoir, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commis un homicide involontaire sur la personne de Louis Garmin ;

« Or, attendu qu'il appert des documents de la cause, que, le 30 décembre 1901, Garmin père s'est présenté à la pharmacie C..., a fait connaître au titulaire qu'il souffrait de crampes à l'estomac, et C... lui a alors prescrit de la clocidia, lui en a délivré un flacon, ou du moins a voulu lui en livrer un flacon, mais il a commis une erreur et lui a a remis un liquide caustique et corrosif ;

« Attendu, sans doute, que la délivrance dont s'agit a été faite sans ordonnance du médecin ; qu'en prescrivant de la clocidia, C... a commis un acte d'exercice illégal de la médecine et aurait peut-être encouru la déchéance, qui lui est aujourd'hui opposée par la Compagnie, si, en se substituant à un médecin, C... avait ainsi délivré un médicament nuisible et malfaisant, bien qu'il eût été bien préparé :

« Mais attendu qu'il a été établi que la clocidia, telle que C... voulait la remettre à Garmin, est une préparation inoffensive; que, si Garmin l'avait absorbée dans les conditions indiquées par le pharmacien, il n'eût certainement éprouvé aucun malaise et l'accident survenu dans la nuit du 30 au 31 décembre 1901 eût été évité; qu'il a été également établi que cet accident est dû à une erreur commise par C... qui, au lieu de délivrer un flacon contenant de la clocidia, a remis à Garmin père un flacon renfermant le liquide caustique et corrosif dont il est plus haut question ; que, dès lors, l'erreur commise par C..., pharmacien, est une erreur pharmaceutique, en prévision de laquelle le contrat d'assurance du 20 juin 1899 a été consenti et accepté, et dont les conséquences doivent être, jusqu'à due concurrence, garantie par la Compagnie *La Providence* :

« Attendu, en effet, qu'aux termes de l'assurance, il est dit textuellement : « La Compagnie garantit l'assuré contre la « responsabilité civile qui peut lui incomber en cas d'acci- « dents causés aux personnes par suite d'erreurs pharmaceu- « tiques de son fait, ou du fait de ses aides ; » que les termes employés, « erreurs pharmaceutiques,» sont généraux, ne contiennent aucune restriction et comprennent donc toutes les erreurs que le pharmacien peut involontairement commettre dans l'exercice régulier ou irrégulier de sa profession ;

« Que, de plus, la Compagnie n'ignore pas que les pharmaciens délivrent journellement des médicaments sans ordonnance ; que c'est là un usage constant et connu de tous ; que cela étant, on peut dire et affirmer que, dans des calculs pour déterminer le quantum des primes à payer par les assurés, la Compagnie a tenu compte de cet usage et que tous les risques ont donc été prévus, contrairement à ce que soutient aujourd'hui *La Providence* ;

« Qu'au surplus, si cette dernière avait voulu ne garantir le pharmacien que contre les risques courus par lui dans l'exercice régulier de sa profession, elle aurait dû l'insérer dans ses polices ; elle aurait dû imiter en cela l'exemple de la Compagnie *La Société Générale*, qui garantit l'assuré « contre « la responsabilité civile qui peut lui incomber, par le fait des « accidents ou de la mort dont pourraient être victimes les « personnes auxquelles auraient été administrés des médica- « ments délivrés sur ordonnance du médecin » ;

« Qu'en réalité, C... était primitivement assuré à ladite *Société Générale*, mais qu'il a résilié son contrat dans la crainte de n'être pas assuré contre les risques courus par lui dans la délivrance de remèdes sans ordonnance ; que cette crainte pouvait être fondée alors, sachant que dans les conditions relatives à la dépréciation de la pharmacie, ladite *Société générale* couvre le dommage matériel, même en cas où il n'y aurait pas eu d'ordonnance ;

« Que C... s'est alors adressé à *La Providence*, a contracté avec elle l'assurance dont s'agit et l'a contractée dans la persuasion que toutes les erreurs pharmaceutiques quelles qu'elles fussent, commises dans l'exercice régulier ou irrégulier de sa profession de pharmacien étaient garanties ;

« Attendu que cette persuasion, le Tribunal la partage ; que, dans ces conditions, la demande de C... doit être accueillie ;

« Par ces motifs : Déclare C... bien fondé en sa demande ; en conséquence, condamne la Compagnie d'assurances *La Providence* à faire paiement audit C... de la somme de 10,000 francs, avec intérêts du 29 juin 1905, date de la demande régulière ; condamne, enfin, ladite Compagnie *La Providence* en tous les dépens. » (Extrait du *Droit médical*.)

Saison thermale et faveurs.

La Société des eaux de Chatel-Guyon nous prie de rappeler à tous les intéressés qu'elle accorde des tarifs de faveur en septembre aux instituteurs primaires, au clergé et aux associations religieuses ; aux membres de l'armée et de la marine et aux fonctionnaires et coloniaux ; — et qu'en octobre, tous les tarifs sont réduits de 50 % pour tous les baigneurs indistinctement.

VARIA

Hygiène alimentaire.
Les falsifications d'aliments : Le pain et la bière.

A propos de la discussion sur le repos hebdomadaire, le secrétaire de la fédération des ouvriers boulangers a indiqué dans la *Voix du Peuple* un certain nombre de falsifications dont les boulangers se rendraient coupables :

Des patrons boulangers, écrit-il, ajoutent ou font ajouter à la pâte tantôt de l'*alun*, qui lui fait absorber une plus grande quantité d'eau et qui leur permet de masquer les défauts des farines détériorées, tantôt du *carbonate de magnésie*, dans le même but, sans se soucier de l'action nuisible que ces substances exercent sur le corps humain.

Pour conserver le pain à l'état frais, d'autres patrons boulangers ajoutent à la pâte du sulfate de zinc, qu'ils appellent *couperose blanche* ; d'autres encore, pour économiser la levure et faire avec des farines altérées du pain ayant l'aspect du pain fabriqué avec de bonnes farines, n'hésitent pas à verser dans la pâte soit du sulfate de cuivre, qu'ils appellent *couperose bleue*, soit du carbonate d'ammoniaque.

Toutes ces substances peuvent être découvertes dans le pain à l'aide de différents procédés chimiques.

Le pain peut également se trouver mêlé de plomb, soit que le pain soit fabriqué avec de la farine faite avec des meules dont les éveillures ont été bouchées en y coulant du plomb fondu, soit qu'on chauffe le four avec des bois de démolition, *peints à la céruse*.

Le docteur Calmels a observé, dans une commune du Tarn, une épidémie d'intoxication saturnine qui se déclara dans la clientèle d'un patron boulanger, et atteignit 50 habitants sur 150, dont un mourut.

La farine et le pain de ce boulanger furent analysés par le professeur Filhol, de Toulouse, qui y constata la présence du plomb.

A Paris, le docteur Duchamp avait observé une épidémie d'intoxication saturnine dans la clientèle d'un patron boulanger qui faisait chauffer son four avec du vieux bois de démolition peint à la céruse.

Les consommateurs peuvent constater, par ces quelques renseignements rigoureusement exacts, qu'ils n'ont rien à envier aux consommateurs de Chicago.

Bien entendu, les patrons boulangers protestent. Ils font remarquer que, pour ce qui est des bois de chauffage, ils ne peuvent se servir des bois de démolition.

Une ordonnance de police en date du 15 septembre 1877, complétée par celle du 24 novembre 1898, interdit d'ailleurs formellement, pour le chauffage des fours de boulangerie et de pâtisserie, de faire usage de bois provenant de démolition (peints ou non peints) ou de bois ayant subi des préparations chimiques quelconques. Le bois neuf doit seul être employé.

Passons maintenant aux boissons : nous sommes depuis de longues années édifiés sur la pureté des vins que nous buvons, par le laboratoire municipal ; le lait ne leur cède en rien et de récentes campagnes organisées par ceux qui ont souci de la protection des enfants ne nous permettent plus de dou-

ter. Restait la bière. Le *Cri de Paris*, nous enlève notre dernière illusion ; trop souvent encore, avec elle, nous sommes empoisonnés :

« Qu'y a-t-il dans la bière ? écrit le *Cri de Paris*, théoriquement, du houblon et des malts, c'est-à-dire des orges germées. Dans la pratique, l'amertume de la bière est due, le plus souvent, à toute autre chose qu'à du houblon. La preuve ? Conduisons le lecteur à Saint-Denis. Arrêtons-nous avec lui au numéro 377 de l'avenue de Paris. Là, se trouvent les bâtiments de l'usine de produits chimiques de la Pharmacie centrale de France. Pour visiter la fabrique, nous montrons patte blanche. Or, notre cicérone, après nous avoir promené à travers les laboratoires, nous introduit dans un appentis isolé, où travaille, environné d'un décor d'alchimie, un homme amaigri, au visage creusé de rides, jaune et émacié, véritable apparition d'outre-tombe. On nous explique que cet ouvrier est celui qui extrait la strychnine des noix vomiques, petits disques plats, gris-souris, soyeux, ressemblant à des boutons d'habit, et qui nous arrivent de Coromandel et de Ceylan.

Par centaines de kilogrammes, annuellement, cet être voué à la mort lente produit l'alcaloïde le plus redoutable connu. Un cristal suffirait à tuer une famille. La médecine ne l'utilise qu'à doses infinitésimales. Une question nous monte aux lèvres : Que fait on de toute la strychnine retirée des énormes quantités de noix vomiques que vous traitez ici ? Les brasseurs anglais achètent la plus grande partie de notre production pour fabriquer l'*ale*. Vous savez combien la strychnine est amère. Elle remplace en partie, dans la bière, le houblon. Et il en faut très peu pour suppléer à beaucoup de matière première.

Reste à savoir s'il se trouve des brasseurs français pour imiter leurs confrères d'Outre-Manche. Sans doute. Le gros paquet de la strychnine passe le détroit. Quant au reste, il demeure en France. En achète qui veut, à condition que ce soit par kilogramme. Car une chinoiserie inconcevable de la loi n'entoure d'inextricables formalités que la délivrance des petites quantités destinées aux usages thérapeutiques. La strychnine du bon bock, aux terrasses des boulevards, galvanise la moelle épinière du vieux marcheur, aguiché tout à coup par un frou-frou de soie, perçu au passage de quelque mollet fripon. A quelque chose, strychnine est bonne ».

Médecine, hygiène alimentaire et hiérarchie militaire.

La discipline est la première qualité des armées. C'est ce que l'on apprend au soldat et nous n'y saurions contredire. La discipline nécessite la hiérarchie. Tout le monde à peu près est d'accord sur ce point. Mais dans un pays qui, sur tous ses monuments porte : *Liberté, Egalité, Fraternité*, les privilèges de la hiérarchie devraient se borner exactement aux exigences du bon fonctionnement des services et de la discipline. Ces privilèges, lorsqu'ils s'étendent jusqu'au réfectoire et jusqu'à l'hôpital, forment un contraste un peu choquant avec les idées modernes. Avec son ironie habituelle, dont il paraît avoir hérité de Voltaire, M. H. Harduin relève dans le *Matin* les faits suivants, qui prouvent combien notre bureaucratie militaire est restée... moscovite dans ses règlements. Nous reproduisons sans commentaire le « Propos d'un Parisien », de M. Harduin, auquel nous faisons allusion :

C'est un sergent-major qui écrit : « A mon régiment, le menu des sous-officiers, dressé d'après les indications du chef de corps, comprend :

« Pour les sergents et fourriers : une entrée, un plat de viande, un plat de légumes, un dessert. Pour les sergents-majors : une entrée, deux plats de viande, un plat de légumes, deux desserts.

« De ces menus différents, il semble résulter que l'appétit des militaires est proportionnel au grade, leur estomac étant supposé avoir des galons. Probablement pour la même raison l'homme de troupe a droit à une ration, le sous-lieutenant et le lieutenant à deux, le capitaine à trois, le commandant à quatre, et ainsi de suite, en progressant jusqu'au sommet de la hiérarchie. Ce petit point administratif m'a toujours laissé rêveur, c'est pourquoi je le soumets à votre appréciation. »

Voilà qui est bien. Mais, pour émettre une opinion sur la question, il faudrait que j'en aie une. Le cœur a des raisons que la raison ne peut comprendre. L'administration militaire est dans le même cas. J'ai raconté jadis l'histoire d'un sous-lieutenant en traitement de convalescence à l'hôpital de Vichy qui, ayant réclamé des cornichons à son repas, s'entendit répondre que les cornichons étaient réservés aux officiers supérieurs, et les lecteurs du *Matin* ont appris à cette occasion que la nature des purgations variait suivant les grades.

Sans doute, ces dispositions sont prises pour maintenir la discipline qui fait la force des armées. Comment veut-on que le grade soit entouré du prestige nécessaire quand le simple soldat voit son colonel, obligé de se purger, avaler comme lui de l'huile de ricin ? Au contraire, la supériorité du colonel s'impose si l'homme de troupe apprend que son chef, en pareil cas, absorbe de la limonade purgative. De même, le soldat, sachant que son commandant reçoit quatre rations quand lui n'en reçoit qu'une, suppose que ce commandant a quatre estomacs, quatre cerveaux et quadruples muscles. Ainsi il sent son infériorité et accepte d'autant plus passivement la direction de son chef.

Ce sont sans doute ces considérations qui explique l'anomalie apparente signalée par le sergent-major. J. N.

L'organisation du service de la vaccination en province.

L'arrêté préfectoral du 1er décembre 1904 pour l'application de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique a organisé le service de la vaccination dans le département de la Mayenne.

Nous avons à diverses reprises été forcés de revenir sur les difficultés que, dans la pratique, les municipalités ont rencontrées pour organiser ce service conformément à ce règlement. La chose n'a pas marché toute seule dans les campagnes. Dans les villes, on s'est heurté à des difficultés de toutes sortes. A Laval, ce n'est qu'au mois de mai 1906 que la municipalité a pu terminer l'élaboration des listes des personnes soumises à l'obligation de la vaccine. Quant à l'organisation du service, elle n'a pu être menée à bien que par le concours des médecins. Nous devons à nos confrères des explications à ce sujet :

Le 16 mai 1906, M. le Maire de Laval avait convoqué à la mairie six médecins et trois sages femmes de la ville que M. le Préfet avait nommés vaccinateurs officiels. En les réunissant, M. le Maire les pria de bien vouloir l'aider à organiser le service.

Les médecins présents, parlant en leur nom et au nom de leurs confrères empêchés, ont de suite demandé à M. le Maire comment étaient composées les listes des personnes devant bénéficier des secours de vaccination gratuite.

Faisant allusion au récent incident soulevé au Conseil général par les médecins vaccinateurs officiels de l'arrondissement de Mayenne, ils demandèrent si à Laval ces séances de vaccination gratuite seraient ouvertes à tous les inscrits sur les listes de vaccination, ou réservées aux seuls indigents. Ils déclarèrent à M. le Maire que les médecins, par l'organe de leurs Syndicats, avaient toujours protesté contre cette extension aux non-indigents de la gratuité de la vaccine qui ne découle pas du tout du principe de l'obligation. — Ils attirèrent l'attention de la municipalité sur les charges abusives pour la ville qui en résulteraient, et dirent que les médecins de Laval se refuseraient d'être ainsi forcés de vacciner les non indigents aux frais de la ville.

Frappé de ces observations, M. le Maire leur communiqua les listes des assujettis à la vaccination obligatoire, qui comprenaient près de 1.700 personnes. Il fut facile de voir tout d'abord que ce chiffre était exagéré par une erreur d'interprétation.

En effet, on relevait dans la première catégorie (enfants de moins de 1 an), environ 310 à 320 inscrits.

Dans la deuxième catégorie (enfants de 10 à 11 ans, près de 1,100 inscrits, Enfin, dans la troisième catégorie (jeunes gens de 20 à 21 ans), 280 inscrits seulement.

Evidemment, le chiffre de la deuxième catégorie était exagéré. La cause de cette exagération fut reconnue de suite dans

l'erreur d'un certain nombre de maîtres des écoles de la ville, qui avaient donné la liste de tous leurs élèves et non pas seulement de ceux de leurs élèves âgés de 10 à 11 ans.

En rectifiant cette première erreur, on pouvait calculer que la liste de la vaccine devait contenir environ 900 personnes, 300 dans chaque catégorie.

Sur ces 900 inscrits, en prenant la proportion de la population indigente avec la population totale de la ville, on ne devait pas compter plus de 250 ou 300 enfants indigents.

A la suite de ces observations, M. le Maire de Laval promit de faire étudier à nouveau cette question, et pria les médecins présents de lui présenter un rapport qui serait soumis au Conseil Municipal.

Ce rapport, rédigé par les membres du bureau du Syndicat, et signé par les médecins et les sages-femmes présents à la réunion du 16 mai, fut remis peu de jours après à la municipalité.

Voici en susbstance les conclusions de ce rapport et les propositions faites à la municipalité au nom du corps médical :

1° Une affiche, portant le règlement préfectoral sur l'obligation de la vaccine, et les dispositions ordonnées par M. le Préfet, fera connaître aux intéressés leurs obligations et les sanctions qui en découlent — cette affiche, rédigée par la préfecture, était déjà prête.

2° Chacun des inscrits sur les listes de la vaccination obligatoire recevrait de la municipalité un bulletin de vaccination qu'il devrait faire remplir et signer par le médecin de son choix.

Ce bulletin contiendrait : 1° la mention du libre choix du médecin par l'intéressé, et 2° la mention de l'institution de séances gratuites de vaccination *pour les indigents* seulement.

3° Les médecins et sages-femmes s'offraient à assurer le service des séances de vaccination gratuite dans les conditions du règlement, mais pour les indigents seulement, suivant un roulement à établir entre les médecins et sages-femmes de la ville.

Ce rapport des médecins ayant été soumis à la première séance du Conseil municipal, donna lieu à une discussion dans laquelle M. le Dr Dupré a soutenu les justes demandes de ses collègues, au nom de l'intérêt de la ville et de la bonne organisation du service.

Notre confrère s'est attaché à démontrer la fausseté du principe de la gratuité de la vaccination pour tous comme découlant de l'obligation, et il n'eut pas de peine à faire adopter ces idées.

En conséquence du vote du Conseil, la municipalité a arrêté un règlement reproduisant les *propositions* des médecins.

Dans une nouvelle réunion provoquée le 30 mai par M. le Maire de Laval, celui-ci donna connaissance aux médecins et sages-femmes de l'acceptation de leurs propositions, et fixa avec eux le lieu, la date et le roulement des séances gratuites de vaccination pour l'année 1906.

Pendant le courant de juin, les affiches concernant la vaccination ont été apposées en ville. En même temps, chacun des inscrits de la liste de vaccination a reçu le bulletin de vaccine.

Dans celui-ci est mentionnée l'obligation de faire remplir ce bulletin avant le 31 décembre 1906 par un médecin au choix des familles.

En outre, les séances de vaccination pour les indigents seront annoncées.

De concert entre la municipalité et les médecins, ces séances auront lieu à la Mairie (salle des accords) tous les deuxièmes dimanches du mois de 9 heures à midi.

Elles ne commenceront cette année que le 12 août et auront lieu par conséquent les 12 août, 9 septembre, 14 octobre, 11 novembre et 9 décembre 1906. Le service de la vaccination sera assuré à chacune de ces séances par un médecin et une sage-femme, suivant un roulement organisé entre leurs confrères. Le vaccin sera fourni aux frais et diligences des médecins, c'est-à-dire comme il a été convenu par le Syndicat des médecins.

Enfin ne seront admis à ces séances de vaccinations que les inscrits sur la liste de l'Assistance médicale gratuite.

Nous espérons que le service, grâce au concours des médecins, pourra fonctionner ainsi sans difficultés.

Dès maintenant nous avons de sérieuses raisons de croire que le fonctionnement du service sera compris de la population. En effet, un bon nombre de parents qui ont reçu le bulletin de vaccination pour leurs enfants sont venus de suite s'adresser à leur médecin ordinaire soit pour faire vacciner les enfants, soit pour faire remplir leurs bulletins en cas de vaccinations antérieures.

Il est très probable qu'à l'époque du commencement des séances officielles de vaccination, la plus grande partie des personnes obligées à la vaccination auront envoyé leurs bulletins en règle.

(*Bulletin du Syndicat de la Mayenne*, juillet 1906.)

LES CONGRÈS

Congrès d'hygiène et d'assistance.

(19-23 septembre 1906.)

Ce congrès sera tenu à Tourcoing du 19 au 23 septembre à l'occasion de l'Exposition Internationale des industries textiles.

HYGIÈNE URBAINE. — Ce sera rendre un réel service aux municipalités si on parvient à leur démontrer qu'il est possible, sans s'engager dans des dépenses dépassant les limites d'un budget moyen et normal, de remédier aux causes d'infection qui rendent l'atmosphère pénible ou dangereuse à respirer, d'atténuer les dangers que font courir aux agglomérations les fléaux épidémiques auxquels périodiquement elles paient leur tribut.

A cet effet, le Congrès limitera son effort à l'étude d'un certain nombre de mesures d'une application courante, sans viser à une sorte de revue encyclopédique du vaste domaine de l'hygiène, en évitant aussi les discussions purement théoriques pour nous maintenir sur le terrain des faits.

C'est une leçon de choses essentiellement pratique, basée sur des essais remontant à plusieurs années et susceptibles d'aboutir à une réglementation municipale nette et claire, c'est cette leçon de choses qui constituera le Congrès d'hygiène.

A côté de simples communications uniquement destinées à commenter les constatations que chacun pourra faire dans les visites prévues, quelques questions importantes seront mises en discussion : L'une concernant le « *tout à l'égout* », l'étude des conditions permettant de déverser sans inconvénient à l'aqueduc toutes les matières usées. (Les différents systèmes essayés seront soumis au contrôle des congressistes). L'autre sera relative aux procédés *d'épuration des eaux résiduaires déversées à la rivière.* (Une visite fera voir côte à côte trois expériences instituées dans ce but.)

On y joindra probablement une communication sur le traitement des *ordures ménagères.*

ASSISTANCE. — L'*Assistance* ne saurait être séparée de l'hygiène. Qu'il s'agisse, par exemple, de lutte contre la tuberculose ou de sauvegarde des nouveau-nés, il est évident que la solution de ces problèmes exige le double effort de l'hygiène qui prévient et de l'assistance qui permet de soulager ou de guérir le mal trop souvent engendré par la misère. On se rend compte comment a été compris à Tourcoing et comment peut être pratiqué le devoir de solidarité. A une visite détaillée de toutes les institutions qui concourent à ce but nous joindrons la discussion des deux questions qui offrent le plus d'actualité : 1° celle de l'*Assistance aux mères et de la sauvegarde des enfants* ; secours d'allaitement maternel — consultation de nourrissons — ferme des Hospices produisant le lait destiné aux enfants — organisation de la Sauvegarde. 2° celle de *l'Assistance par le travail* (grand atelier mécanique affecté à cet œuvre.)

La séance de clôture sera présidée par M. Casimir-Périer dont chacun se plaît à reconnaître le zèle louable pour la propagation des idées généreuses qui sont l'honneur de notre époque. Elle sera suivie d'une visite à l'Exposition internationale des Industries textiles qui offrira un réel intérêt.

A côté d'eux se trouveront en grand nombre les membres des Commissions Sanitaires du Nord, les Administrateurs

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

Excursions à Fontainebleau et à Moret.

Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 2, 9, 16, 23 et 30 septembre, entre Paris-Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour, Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50 ; 3e classe 3 fr. Moret, 2e classe 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. 50.

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. Arrivée à Fontainebleau 8 h. 43 matin, à Moret 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité.

Franchise de 30 kilog. de bagages.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST.

EXCURSIONS EN BRETAGNE

Facilités accordées par Cartes d'abonnement individuelles et de famille valables pendant ...

La Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest délivre de la veille de la Fête des R... au 31 Octobre, des cartes d'abonnement spéciales permettant de partir d'une gare ...conque de son réseau pour une gare au choix des lignes désignées aux alinéas ci-d... en s'arrêtant sur le parcours ; de circuler ensuite, à son gré, pendant un mois, non ...ment sur ces lignes, mais aussi sur tous les embranchements qui conduisent à la m... enfin, une fois l'excursion terminée, de revenir au point de départ avec les mêmes fa... d'arrêt qu'à l'aller.

Carte valable sur la côte nord de Bretagne.

1re Classe, 100 francs ; 2e Classe, 75 francs.

PARCOURS : Ligne de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et les emb...ments de cette ligne vers la mer.

Carte valable sur la côte sud de Bretagne.

1re Classe, 100 francs ; 2e Classe, 75 francs.

PARCOURS : Ligne du Croisic et de Guérande à Châteaulin et les embranchements ... cette ligne vers la mer.

Carte valable sur les côtes nord et sud de Bretagne.

1re Classe, 130 francs ; 2e Classe, 95 francs.

PARCOURS : Lignes de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et de Brest ... Croisic et à Guérande et les embranchements de ces lignes vers la mer.

Carte valable sur les côtes nord et sud de Bretagne et lignes intérieures situées à l'ouest de ... de Saint-Malo à Redon.

1re Classe, 150 francs ; 2e Classe, 110 francs.

PARCOURS : Ligne de Granville à Brest (par Folligny, Dol et Lamballe) et de ... Croisic et à Guérande et les embranchements de ces lignes vers la mer, ainsi que ... de Dol à Redon, de Messac à Ploërmel, de Lamballe à Rennes, de Dinan à Ques... de Saint-Brieuc à Auray, de Loudéac à Carhaix, de Morlaix et de Guingamp à Ros...

ABONNEMENTS DE FAMILLE.

Toute personne qui souscrit, en même temps que son abonnement, un ou plusieurs ... abonnements en faveur des membres de sa famille, précepteurs, gouvernantes et domes...tiques habitant avec elle, sous le même toit, bénéficie pour ces cartes supplémentaires ... réductions variant entre 10 et 50 %, suivant le nombre de cartes délivrées.

Pour plus de renseignements consulter le livret Guide-illustré du réseau de l'Ouest ... vendu 0 fr. 50, dans les bibliothèques des gares de la Compagnie.

les Hospices et des Bureaux de Bienfaisance : c'est dire qu'il se ferait dans ce Congrès *une besogne essentiellement pratique éminemment utile et profitable à tous.*

Adresser toute la correspondance relative au Congrès, souscriptions, demandes de renseignements, etc., à M. le Dr Julien, 123, rue Nationale. (Le Secrétaire se tient à la disposition des adhérents en ce qui concerne le logement pendant le séjour à Tourcoing). A cause des questions traitées et de l'intérêt des visites qui seront faites par les adhérents, il ne nous a pas été possible de réduire la durée du Congrès. Nous ferons remarquer, toutefois, qu'en réalité ce Congrès se compose de deux parties distinctes et que vraisemblement un certain nombre de congressistes, dont le temps est limité, ne suivront que les travaux de la section qui les intéresse particulièrement.

PROGRAMME. — I. HYGIÈNE URBAINE. — Mercredi 19 septembre, à neuf heures du matin ; Présidence de M. le Docteur CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. A) Communication sur les « *Postes Sanitaires* », par M. FÉVER, chef de division à la Préfecture du Nord. B) Communication sur « *l'organisation générale des moyens de prévention contre les maladies contagieuses ; — Désinfection* » par le docteur René POTELET, inspecteur départemental d'hygiène. C) Discussion du rapport sur le « *Tout à l'égout* » Présenté par le docteur JULIEN, directeur de l'Office sanitaire de Tourcoing.—APRÈS-MIDI à 2 heures et demie, Démonstration à l'hôpital des procédés expérimentés pour le « *Tout à l'égout.* » — A quatre heures et demie, visite de l'Exposition.

Jeudi 20 septembre, à neuf heures du matin, Présidence de M. le docteur A.-J. MARTIN, Inspecteur général de l'Assainissement de la ville de Paris. — A) Communication sur « *la distribution d'eau potable* » par M. NOURTIER, Ingénieur des Arts et Manufactures, directeur du service des eaux de Roubaix-Tourcoing. B) Communication sur « *la fièvre typhoïde* » par M. le docteur JULIEN. C) Discussion du rapport sur « *l'épuration des eaux résiduaires* » présenté par M. Grimpret, ingénieur des Ponts-et-chaussées. — APRÈS-MIDI à deux heures et demie, visite, au Mont des Bonnets, du réservoir des eaux potables; à quatre heures, visite à l'usine à gaz ; démonstration de divers procédés « *sur l'épuration des eaux résiduaires* ; LE SOIR, à huit heures demie, FÊTE DE NUIT A L'EXPOSITION.

II. ASSISTANCE. — Vendredi 21 septembre, à neuf heures du matin ; présidence de M. Paul STRAUSS, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. A) Communication sur « *l'organisation du bureau de bienfaisance* » par M. Maurice CORDIER, vice-président du bureau de bienfaisance de Tourcoing. B) Communication sur « *l'organisation de l'hospice* » par M. Jules LAHOUSSE, directeur de l'hôpital de Tourcoing. C) Communication sur « *l'influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement du choléra infantile* » par M. le Dr DECHERF médecin de la Sauvegarde des nourrissons. D) Communication sur « *les résultats médicaux de la Sauvegarde des Nourrissons* », par M. le Docteur LAGACHE, médecin de la Sauvegarde des Nourrissons. E) Discussion du rapport sur « *l'organisation générale de la Sauvegarde des Nourrissons* » présentée par M. Victor DUBRON, avocat à la Cour d'appel de Douai, président du comité du Nord de l'Alliance d'hygiène sociale. — APRÈS-MIDI, à deux heures et demie, visite de l'hospice, du bureau de bienfaisance, de l'établissement de bains, d'une crèche, et de l'hôpital (siège de la Sauvegarde). Samedi 22 septembre, à 9 heures du matin, présidence de M. MIRMAN, directeur des services de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur. A) Communication sur « *un essai de traitement à domicile des tuberculeux* », par M. le Dr JULIEN. B) Communication sur « *l'organisation hospitalière* ». C) Communication sur « *l'exploitation de la ferme des hospices* », par M. MERCHIER, juge de paix à Lille, rapporteur de la Société des agriculteurs du Nord. D) Discussion du rapport sur « *l'assistance par le travail* », présenté par M. le docteur BRON, député, maire de Tourcoing. — APRÈS-MIDI, à deux heures et demie, visite du sanatorium, de l'atelier mécanique de l'Assistance par le travail et de la ferme des hospices.

Dimanche 23 septembre, à onze heures du matin, sous la présidence de M. CASIMIR-PERIER, ancien président de la République, président de l'Alliance d'hygiène sociale, SÉANCE DE CLÔTURE, BANQUET à une heure, dans la salle des fêtes de l'Exposition.

IIe Congrès international d'assainissement et de salubrité d'habitation. — Ce Congrès se tiendra à Genève du 4 au 10 septembre prochain. Pour tous renseignements, s'adresser : à Genève, à M. Alfred Wuarin, secrétaire-général du Comité d'organisation, 1, rue des Moulins ; à Paris, à M. Marié-Davy, secrétaire-général de la Commission permanente, 7, rue Brézin. Les adhésions doivent être adressées à M. Zambra, trésorier, 12, rue Petitot, à Genève. Le Comité d'organisation local se charge de fournir des logements à prix réduits à toutes les personnes qui en feront la demande. La demi-place sur les chemins de fer sera accordée aux membres du Congrès.

Congrès international d'électrobiologie et de radiologie médicales. — Secrétaire général : Prof. E. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille. Le 3e Congrès international d'électrobiologie et de radiologie médicales se tiendra, à Milan, à l'occasion de l'Exposition universelle, du 5 au 9 septembre 1906. Les demandes de billets, ainsi que les adhésions au Congrès, doivent être adressées, avant le 1er août, à M. le Dr MOUTIER, 11, rue Miromesnil, Paris.

3e Congrès International pour la répression de la traite des blanches. (*Paris, 22-25 octobre 1906.*) — Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.). Les Comités nationaux sont priés de faire connaître avant le 1er septembre le nom de leurs délégués et d'envoyer à l'adresse cidessus les cotisations correspondantes.

THÉRAPEUTIQUE

La *phytine* est indiquée dans tous les cas où il s'agit *d'activer les échanges phosphorés* et de *relever la nutrition générale* de l'organisme : Neurasthénie, Psychasthénie, Grossesse, Allaitement, Maladies consomptives, Chlorose, Anémies, Faiblesse constitutionnelle, Convalescences, Rachitisme, Troubles de la croissance, etc.

Sont particulièrement à signaler les résultats favorables obtenus dans le traitement des *pollutions nocturnes*, de la *neurasthénie sexuelle* et de l'*insomnie* due au surmenage physique et intellectuel.

NÉCROLOGIE

Le Pr A. HERZEN (de Lauzanne).

Nous apprenons que le savant physiologiste, Alexandre HERZEN, vient de mourir à Lausanne, le 21 août, frappé d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 67 ans. Nous reproduisons l'intéressante notice biographique que M. Gabriel MONOD consacre, dans le *Temps*, au savant professeur d'origine russe qui, depuis vingt-cinq ans, illustrait l'Université de Lausanne :

M. A. Herzen, né le 25 juin 1839, était le fils du célèbre publiciste, romancier et homme politique russe Alexandre Henzen (Iscander). Il se voua de bonne heure à la carrière scientifique et se fit recevoir docteur en médecine à l'université de Berne. En 1862, il prend part à une exploration scientifique en Islande et au Spitzberg, dirigée par Karl Vogt. En 1865, il fut choisi comme assistant à l'institut des études supérieures de Florence par l'illustre physiologiste Moritz Schiff, et depuis cette époque il s'est consacré, soit en collaboration avec Schiff, soit pour son compte personnel, aux recherches sur le système nerveux et sur la digestion. C'est lui qui a publié l'édition française du grand ouvrage de Schiff sur la *Digestion* et le recueil des œuvres complètes de Schiff, édité par les élèves du maître à l'occasion de son cinquantenaire. Les principales publications scientifiques personnelles de Herzen sont : *Expériences sur les centres modérateurs de l'action réflexe* (1864); *Leçons sur la Digestion*, en italien (1877) ; la *Digestion stomacale* (1886). Il a, en outre, composé des ouvrages de vulgarisation qui sont de petits chefs-d'œuvre de lucidité et de verve : *Il libero arbitrio umano* (1870), devenu, en français, la *Physiologie de la volonté* (Alcan, 1878) ; le *Cerveau et l'activité cérébrale* (Baillière, 1878) ; *Causeries physiologiques* (Alcan, 1890). A. Herzen avait été assistant de Schiff de 1865 a 1877 ; il le remplaça en 1877 à l'Institut de Florence, quand Schiff fut appelé à Genève. En 1881, il fut lui-même appelé à Lausanne comme professeur extraordinaire de physiologie. Il y devint en 1898 professeur ordinaire, après avoir été un des principaux organisateurs

de l'école de médecine de la nouvelle université créée en 1890. A. Herzen a pris une part très vive dans le canton de Vaud aux polémiques relatives à l'organisation de l'enseignement secondaire.

Le succès de sa brochure sur l'*Enseignement secondaire dans la Suisse romande* (1885), où il préconisait la division de l'enseignement en cycles, lui donna l'idée d'exposer son système à un point de vue théorique dans un article sur l'*Enseignement primaire et secondaire* (1889), qui parut dans la *Revue de l'enseignement supérieur et secondaire* de Paris. Ce système est, à peu de chose près, celui qui a été appliqué en France dans la dernière réforme de nos lycées, opérée sous le ministère Leygues. A. Herzen s'était occupé, en moraliste et en physiologiste à la fois, des questions de moralité sexuelle qui se rattachent à l'éducation des jeunes gens. Une admirable petite brochure : *Hygiène et moralité*, qui a eu déjà neuf éditions à plusieurs milliers d'exemplaires et qui a été traduite dans toutes les langues, mériterait d'être mise dans les mains de tous nos écoliers. La traduction allemande, faite par le célèbre professeur Harnack, a été officiellement recommandée dans tous les établissements d'instruction de Prusse.

A. Herzen, resté fidèle aux idées politiques et sociales de son père (il refusa dédaigneusement la restitution des biens confisqués à sa famille en 1847, que lui offrit le gouvernement d'Alexandre III, à la condition qu'il exprimât un blâme à l'égard des idées paternelles), ne s'occupa jamais de politique active, il a seulement publié en 1890 une brochure sur le *Peuple russe et son gouvernement*, écrite au point de vue libéral constitutionnel.

A. Herzen a été un professeur brillant et influent. Il parlait et écrivait avec une égale aisance le français, le russe, l'italien, l'anglais et l'allemand, et son talent de vulgarisateur égalait son esprit d'invention scientifique. Il est l'auteur de plusieurs traductions de travaux de savants étrangers dont la principale est celle de la *Physiologie de l'esprit*, de Maudsley (1879).

M. A. Herzen laisse sept fils et trois filles. L'aîné de ses fils est inspecteur des forêts en Italie, le second médecin à Mazargan (Maroc), le troisième médecin à l'hôpital Catherine (Moscou), le quatrième ingénieur à Thaon (Vosges), le cinquième, professeur de droit romain à l'université de Lausanne, le sixième ingénieur à l'usine d'électricité de Jeumont (Nord), le septième ingénieur à l'usine Solvay (Bruxelles). L'aînée des filles a épousé M. Abauzit, professeur de philosophie à Alais (Gard); la seconde M. Erman, professeur de droit romain à Münster (Westphalie).

FORMULES

LXXV. — Contre l'impetigo chronique.

Lavages avec :

Eau d'Alibour	10 gr.
Eau bouillie	55 gr.

Puis, poudrage avec :

Oxyde de zinc	àâ 10 gr.
Benzoate de bismuth	
Talc stérilisé	

Funérailles des militaires décédés. — La note ministérielle suivante règle le transport des militaires décédés :

Lorsque la famille demande le transport immédiat des restes d'un militaire qui vient de décéder et qu'elle n'est pas en mesure d'acquitter les frais, et si, d'autre part, en cas d'inhumation provisoire, les règlements de police sanitaire locaux ne permettent pas pour des motifs particuliers (par exemple, l'emploi d'un simple cercueil en bois pour enfermer le corps) l'exhumation avant un délai déterminé, le transfert est effectué par les soins de l'administration militaire, qui en avance les frais, sans qu'il soit nécessaire d'en référer au ministre.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 12 au samedi 18 août 1906, les naissances ont été au nombre de 855, se décomposant ainsi : légitimes 675, illégitimes 180.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 842, savoir : 422 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 1. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 171. — Tuberculose des méninges : 8. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 60. — Méningite simple : 24. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 39. — Maladies organiques du cœur : 46. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 45. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 15 ; autre alimentation : 107. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 20. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 21. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 19 — Débilité sénile : 23. — Morts violentes : 30. — Suicides : 12. — Autres maladies : 98. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 58, qui se décomposent ainsi : légitimes 40, illégitimes 18

Médailles d'honneur des épidémies. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, pris en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur ou la mention honorable des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques : Alpes (Hautes-). — *Argent*. — M. le docteur Dozoul (Honoré), médecin à Barrême : en témoignage du dévouement exceptionnel dont il a fait preuve à l'occasion notamment d'une épidémie de fièvre typhoïde observée en 1904 et au cours de laquelle il a été atteint lui-même de la maladie. Isère. — *Bronze*. — M. Josserand (Louis), infirmier des hospices civils de Grenoble ; consciencieux dévouement auprès des malades. A contracté la fièvre thyphoïde dans l'exercice de ses fonctions. Marne. — *Bronze*. — M. Gromer (Jean-Eugène), attaché au service de désinfection de la ville de Châlons-sur-Marne : s'acquitte depuis dix ans de son service avec un zèle et un dévouement constants. Nord. — *Bronze*. — Mme Caron, née Flament (Philomène), sage-femme à Houplines : a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement de tous les instants au cours d'une grave épidémie de fièvre typhoïde observée dans cette commune. — Pas-de-Calais. — *Bronze*. — M. le docteur Desuet (Lucien-Henri-Joseph), médecin à Hersin-Coupigny : s'est distingué par son activité et son dévouement tant auprès des malades qu'au point de vue prophylactique pour combattre diverses épidémies, notamment de fièvre typhoïde, observées dans cette commune. Seine. — *Argent*. — M. le docteur Tollemer (Louis-Alexandre), chef du laboratoire de diphtérie à l'hôpital Bretonneau (titulaire de la médaille de bronze, 1902). — *Bronze*. — M. Boinot (Georges), interne à l'hôpital Hérold ; M. Roussel (Lucien-René-Charles), externe à l'hôpital de la Pitié ; M. Avenier (René-Jean-Pierre), externe à l'hôpital Saint-Antoine ; M. Cottard (Henri-Victor-Félix), externe à l'hôpital Saint-Antoine ; M. Denéchau (Désiré-Marie-Joseph), interne à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Duru (Léon-Théodore), externe à l'hôpital Lariboisière ; M. Jais (Joseph-Gaston-Jules), élève bénévole à l'hôpital Lariboisière ; M. Kuts (Georges-Edouard), interne à l'hôpital Lariboisière ; M. Chartier (Marius-Paul-René), interne à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Halbron (Paul-Maurice), interne à l'hôpital Trousseau ; M. Chastagnol (Gaston-Marc), interne provisoire à l'hôpital Boucicaut ; M. Boivin (Louis-Joseph), interne provisoire à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Collin (Jean-Baptiste-André), interne provisoire à l'hôpital Hérold ; M. Faugeron (François-Louis), externe à l'hôpital Broussais ; Mlle Bourdereau (Elise), fille de service à l'hôpital Bichat ; M. Pinot (Gaston-Félicien-Abel), serveillant à l'hôpital Hérold ; M. Méraudet (Jules-Eugène), garçon d'ampithéâtre à l'hôpital Saint-Louis ; Mme Merlier, née Baroli (Marie), concierge du dispensairé, rue Gauthey, 43 ; Mlle Kervoal (Sarah-Marie-Félicité), infirmière à l'hôpital Saint-Antoine ; Mme Degaufrant, née Mauchel (Louise-Joséphine), iufirmière à l'hôpital Hérold : Victimes de leur dévouement, ont contracté des maladies contagieuses ou septicémiques dans l'exercice de leur fonctions. M. le docteur Robin

(Emile), médecin aide-major de la compagnie des sapeurs-pompiers de Pantin : soins donnés à des malades atteints d'affections contagieuses.

Service sanitaire maritime.— *Médailles d'Argent.*— M. le docteur Clair (Victor-Frank), médecin sanitaire maritime au service des Messageries maritimes : en témoignage du devouement dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions, notamment en procédant à de nombreuses et utiles observations tant au point de vue clinique qu'au point de vue prophylactique. M. le docteur Raybaud (Antoine-Marie), médecin à Marseille : a prêté depuis plusieurs années à l'administration sanitaire un concours dévoué et efficace pour la recherche et l'examen bactériologique des rats susceptibles d'importer ou de transmettre la peste. M. le docteur Vigné (Charles), médecin sanitaire maritime : s'est signalé par son dévouement en cette qualité, notamment à bord d'un paquebot contaminé de fièvre jaune. Inde française. — *Argent.* — M. Delamourd, officier de santé indigène, chargé du service sanitaire de Chandernagor ; M. Kirode Chondor Palit, médecin indigène à Chandernagor ; M. Chondor, infirmier chef de l'hôpital Margain. *Bronze.*— M. Oury, infirmier-major de l'hôpital Margain ; M. Achour, infirmier, chargé de la pharmacie de l'hôpital Margain. Se sont distingués au cours de l'épidémie de peste observée à Chandernagor en 1905 avec un zèle et un dévouement d'autant plus méritoires pour des indigènes que leur race offrait une prédisposition marqué à la maladie.

Trousseau pour l'école du service de santé de Lyon.— Le prix du trousseau des élèves qui entreront à l'école du service de santé militaire en 1906 est fixé à 996 fr. 99.

Ecole d'application du service de santé militaire. — Le médecin-major de 2e classe Picqué, surveillant à l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, est nommé professeur agrégé de la chaire d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) à cet établissement.

Le médecin-major de 2e classe Tanton, de l'hôpital militaire du Dey à Alger, est nommé professeur agrégé de la chaire de chirurgie d'armée (blessures de guerre) à l'école du Val-de-Grâce.

Commission supérieure d'hygiène. — La Commission supérieure des médecins civils et militaires, instituée par le décret du 31 mai 1904, ayant démontré sa haute utilité en se livrant à des études très approfondies sur des questions d'hygiène et d'épidémiologie, le ministre de la guerre a fait signer un décret aux termes duquel le nombre des membres est porté de 13 à 17, dont 9 médecins civils et 8 médecins militaires. La Commission comprendra ainsi les compétences les plus variées et l'examen des questions soumises à ses délibérations n'en sera que plus complet et plus rapide.

Méningite cérébro-spinale a Toulon. — Deux soldats du 3e régiment d'artillerie coloniale ont été atteints de méningite cérébro-spinale et ont été transportés à l'hôpital dans un état très grave.

Le choléra a Berlin. — Une dépêche adressée au *Matin* de Berlin à la date du 22 août annonce qu'une fillette de huit ans, Elisabeth Weimann, est morte du choléra, à Berlin. Le corps a été saisi pour en permettre l'autopsie. L'appartement a été désinfecté par la police municipale et l'école a été interdite aux frères de la défunte. De sévères mesures ont été prises, qui excluent tout danger de propagation du fléau. Néanmoins, l'émotion est grande en ville.

Médecin inspecteur de la Morgue. — Le Pr Thoinot qui, avait déjà succédé au docteur Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine, vient d'être nommé par le préfet de police médecin inspecteur de la Morgue, en remplacement de l'éminent médecin légiste.

La peste en Asie-Mineure. — En raison de la peste qui s'est déclarée à Trébizonde, la Compagnie du Lloyd autrichien a suspendu jusqu'à nouvel ordre son service pour cette ville.

Société d'otologie, rhinologie et laryngologie. — La Société française d'otologie, laryngologie et rhinologie ayant demandé à être reconnue d'utilité publique, le Conseil municipal a émis un avis favorable à cette demande.

Sous-préfectures hopitaux. — Dans la séance d'aujourd'hui le conseil général des Côtes-du-Nord a émis un vœu tendant à la suppression des sous-préfectures dans le délai d'un an et l'affectation des immeubles à *l'hospitalisation des vieillards et infirmes*.

Monument E. Duclaux. — Le conseil général de la Charente-Inférieure sous la présidence de M. Combes, a rejeté une demande de souscription pour le monument à ériger à M. Emile Duclaux.

Hygiène des églises. — On doit recommander aux amateurs de pittoresque la lecture d'une thèse soutenue devant l'université de Bahia (Brésil) par M. Othon Château, et traitant de l'hygiène des églises. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Construire des églises simples, sans nefs latérales, ni abondance de chapelles et d'autels. 2° Bannir tapis, rideaux, tentures funèbres, ornements de gaze et de papier coloré. — 3° Employer des chaises en fer ou en bois, faciles à laver. — 4° Installer l'électricité partout ou c'est possible. — 5° Ouvrir les fenêtres, les portes, les vitraux au moins pendant les cérémonies.

6° Supprimer les « tambours » des portes. — 7° Placer aux entrées des racloirs métalliques pour débarrasser les chaussures des impuretés les plus grosses.— 8° Tous les jours ou après les grandes fêtes, arroser avec des solutions antiseptiques puis balayer. On peut employer la méthode conseillée par les évêques Jano et Emilio, sciure de bois imbibée de sublimé à 1 ou 3 p. 100. — 9° Placer près des autels, des piliers, partout enfin, des crachoirs élevés qu'on lavera tous les jours.

10° Placer des écriteaux bien en vue, avec cette mention : « Respectez la loi du Seigneur, ne crachez pas par terre ». — 11° Laver les boiseries au sublimé. — 12° Supprimer les confessionnaux ou bien les laver au sublimé, au savon et à la lessive de potasse.— 13° Employer les bénitiers de Bruns ou de Dalpiavaz qui sont les plus hygiéniques ; les vieux bénitiers seront vidés une fois par semaine, lavés au sublimé ou à la potasse, suivant la matière dont ils sont faits. On les munira d'un couvercle en métal. — 14° Défendre de baiser les reliques, les statues, etc.— 15° Sectionner ces prescriptions par l'établissement d'amendes. (*Tribune méd.* 4 août).

Médecin conseiller général. — Dans le canton de Chantannay (Vendée), le Dr Ouvard, conservateur, a été élu conseiller général.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. *Cours pratique et complet de dermatologie et vénéréologie.* —Ce cours aura lieu du 15 octobre au 20 décembre 1906, sous la Direction de M. le Professeur Gaucher, avec le concours et la, collaboration de MM. Balzer, Médecin de l'hôpital Saint-Louis ancien Chef de Laboratoire de la Faculté; De Beurmann, Médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien Chef de clinique de la Faculté; Castex, Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté; Queyrat, Médecin de l'hôpital Ricord, ancien Chef de Clinique de la Faculté; Hudelo, Médecin des hôpitaux, ancien Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Morestin, Agrégé de la Faculté, Chirurgien des hôpitaux: Gastou, Chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, ancien Chef de clinique de la Faculté ; Emery ancien Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Edmond Fournier, Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté ; Milian, Médecin des hôpitaux, ancien Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Terrien, Ophtalmologiste des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté; Lacapère, ancien Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis ; Cathelin, Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Necker; Paris, ancien Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis; Sabatié, Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-huit leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre de la Clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 15 octobre 1906 et finira le jeudi 20 décembre 1906. Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du Cours.

Programme et répartition des cours. — MM. Gaucher : Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — Balzer : Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — De Beurmann : Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — Castex : Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.— Queyrat: Blennorrhagie aiguë. Blennorhagie chronique, Complications et traitement de la blennorrhagie. Les Balano-posthites Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique.—Hudelo : Gale, Erythèmes. Urticaire. Prurits et Prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus.— Morestin: Chirurgie du lupus. des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Cancer de la verge.— Gastou : Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et Favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : Examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale

des maladies de la peau. Electrothérapie et Radiothérapie. Petite chirurgie dermatologique: — EMERY : Traitement de la syphilis.— Edmond FOURNIER : Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — MILIAN : Syphilis tertiaire : Syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambes. Syphilis de la langue, du voile du palais. des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabès. — TERRIEN : Syphilis oculaire. — LACAPÈRE : Pelade et Alopécies. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Séborrhées et acnés. Eczéma acnique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Lèpre. Leucoplasie. CATHELIN : Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorrhagie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — PARIS : Phthiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et Farcin. Actinomycose. Eléphantiasis. — SABATIÉ : Dermites artificielles. Tumeurs de la peau.

Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en Mai, Juin et Juillet, le second en Octobre, Novembre et Décembre.— Le droit à verser est de 150 francs. — Seront admis les Docteurs et Etudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les Bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet nº 3), les Mardis, Jeudis, Samedis, de midi à 3 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (Hôpital Saint-Louis).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr GUYOT, sénateur républicain du Rhône. Né à Saint-Dizier (Haute-Marne), en 1830, docteur en médecine, il fit la campagne de 1870 en qualité de chirurgien-major. Elu à l'Assemblée nationale en 1873, réélu en 1876, il fit partie des 363. Il fut encore réélu en 1877 et en 1881. M. Guyot quitta la Chambre pour le Sénat. Il fut élu sénateur du Rhône en 1882 et réélu aux renouvellements partiels de 1891 et de 1900. Il appartenait au groupe de la gauche démocratique. Les obsèques civiles ont eu lieu à Saint-Georges-de-Reneins (Rhône), le dimanche 19 août. (D'après le *Temps*). — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Pr MORACHE, de Bordeaux, ancien médecin inspecteur du service de santé militaire, membre associé de l'Académie de médecine. Professeur de médecine légale, M. Morache était un de ces rares professeurs qui, à l'exemple de MM. Brouardel et Lacassagne, se préoccupait des questions professionnelles et de l'avenir des praticiens. Il avait écrit il y a quelques années un intéressant petit livre sur la *Profession médicale* qui montrait l'intérêt qu'il portait à ses confrères. — Nous apprenons encore la mort de M. le Dr GOURAUD, ancien médecin des hôpitaux de Paris. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs GUILLARMOU, médecin de la marine en retraite ; AURET, de Saint-Laurent-d'Aigouze ; PALLIER, de Saint-Quay-Portrieux ; ROGER MAILLARD, d'Andernos, mort de *diphtérie*, victime du devoir professionnel ; FREDET, de Saint-Chamond.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14 rue des Carmes.

BOURNEVILLE. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.** In-8º de 136 pages avec 55 fig. Prix.......... 4 fr.
Pour nos abonnés.......... 3 fr.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l idiotie.** Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'année 1904, avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin. Vol. de 314 pages avec 17 fig. Tome XXV. Prix.......... 7 fr.
Pour nos abonnés.......... 5 fr.

BOURNEVILLE. — **Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.** In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés (franco).......... 0 fr. 50

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

GINESTOUS ET COULLAUD. — La vision des tireurs. 1 brochure de 35 pages.

MALLAT ET CORNILLON. — Histoire des eaux minérales de Vichy. 1 vol. in-8º de 120 pages.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

MEILLÈRE (G.). — Le saturnisme. 1 vol. in-8º de 260 pages.

Librairie A. MALOINE
25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

GIRAUD (F.). — L'œil diathésique. 1 vol. in-18, de 266 pages Prix.......... 4 fr.

RŒSER (P.). — La chimie alimentaire. 1 vol. in-18, de 362 pages. Prix.......... 4 fr.

BATUAUD (I.). — La neurasthénie génitale féminine. 1 vol. in-18 de 260 pages. Prix.......... 4 fr.

GAUTRELET (E.). — Physiologie urosémiologique. 1 vol. in-18 de 290 pages. Prix.......... 4 fr.

PILLIET (E.). — Maladies des voies urinaires, interrogatoire, exploration, traitement. 1 vol. in-18 de 270 pages. Prix... 4 fr.

LAGARDE. — La prothèse par les injections de paraffine. 1 vol. in-18 de 260 pages. Prix.......... 4 fr.

ICARD. — Le signe de la mort réelle. 1 vol. in-18 de 290 pages. Prix.......... 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 36 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 8 SEPTEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de certains cas de neurasthénie par le fer ;

Par le Prof. LEMOINE.

Le fer joue un rôle considérable dans la transformation de l'hémoglobine en oxyhémoglobine, alors capable d'amener l'oxygénation des cellules dans l'intimité des tissus. Le système nerveux est l'élément noble de l'organisme, car c'est lui le régulateur de toutes les fonctions importantes : sécrétoire, glandulaire, trophique, etc. Il est actuellement démontré que les organes qui fonctionnent le plus sont ceux qui ont besoin d'une vie plus active et partant d'une oxygénation plus intense.

Lorsqu'il se produit une altération de l'hémoglobine et particulièrement un appauvrissement de sa teneur en fer, les éléments intimes des tissus sont en souffrance et les premiers à en subir les conséquences sont les éléments les plus sensibles, c'est-à-dire les cellules nerveuses.

Que le système nerveux vienne à souffrir, la machine humaine sera « détraquée » ; il s'établira aussitôt dans l'organisme un état pathologique qui ne cessera que lorsque l'organe noble aura repris normalement ses fonctions.

Que ce défaut d'oxydation dû à une insuffisante quantité de fer dans le sang et les viscères vienne à se prolonger, les troubles légers et intermittents qui se manifestent dès le principe ne feront qu'augmenter de plus en plus.

L'action du fer sur le système nerveux est rendue plus manifeste par l'étude de l'histoire clinique de certains cas pathologiques. Elle est éminemment congestive, et ce qui explique que les préparations martiales amènent une aggravation des symptômes d'excitation chez certains nerveux déjà surexcités, par exemple, les hystériques, les paralytiques généraux.

Les travaux de Féré sont assez probants pour qu'on ne puisse mettre en doute l'action bienfaisante du fer dans le traitement des épileptiques à constitution générale affaiblie.

Bien des cas de goutte ou de rhumatisme chronique asthénique ont été guéris par les ferrugineux, ce qui pourrait paraître paradoxal puisque les manifestations viscérales ou articulaires de ces mêmes maladies ont été peu influencées par ce mode de traitement. On peut dire que la médication martiale semble efficace toutes les fois que, le système nerveux étant atteint, le sujet est devenu asthénique.

G. Sée n'est guère partisan de la médication martiale dans les différents genres d'épuisement nerveux : « Il n'y a, dit-il, de règle absolue que pour les indications thérapeutiques qui excluent formellement de la médication ferrugineuse toutes les pseudo-anémies, à savoir :

1° Les inanitions atmosphériques ou alimentaires ;

2° Tous les genres d'*épuisement* musculaire, *nerveux*, sécrétoire ».

Axenfeld et Huchard recommandent au contraire les ferrugineux chez les neurasthéniques anémiques :

« Mais il importe, disent-ils, de ne pas oublier que dans les cas où l'irritation spinale est sous la dépendance d'un état anémique, le traitement hydrothérapique devra être dirigé principalement contre l'anémie, cause principale de la maladie ; *on trouve en outre souvent l'indication d'associer, à ces différents moyens, les ferrugineux et les toniques.* »

Dans le Traité des maladies nerveuses de Kraft-Ebing, je lis : « Vu que nous ne connaissons que très peu les *changements chimiques* les plus subtils qui se passent dans notre système nerveux et qui sont *peut-être la cause de la neurasthénie*, ou que nous ne savons seulement que d'une façon imparfaite quel est l'effet de nos médicaments journellement prescrits, nous devons nous contenter de l'empirisme. Les toniques les plus usuels sont : *le fer*, l'arsenic, le quinquina, le phosphore, le zinc. Il serait très difficile de donner leurs indications spéciales ».

Les premiers cas que j'ai observés l'ont été également au point de vue empirique, mais j'ai eu ensuite l'occasion de rencontrer en ville et à l'hôpital toute une série de neurasthéniques où le fer a donné d'excellents résultats ce qui m'a permis de me faire une opinion rationnelle sur ce sujet.

Parmi les observations que j'ai eu l'honneur de publier, il en est qui ont trait à des neurasthéniques anémiques : il en est d'autres où l'anémie ne pouvait être

en cause ; du reste dans les observations de neurasthénie s'accompagnant d'anémie, traitées et guéries par les ferrugineux, l'état anémique n'a jamais été bien accentué, incapable par lui-même d'amener un état sérieux de dépression physique ou psychique.

Les préparations ferrugineuses que j'ai employées sont le protoxalate de fer et le ferroplasma, je n'ai eu qu'à m'en louer. Mais en même temps que je prescrivais les ferrugineux, j'avais bien soin d'ordonner l'acide chlorhydrique pour favoriser l'assimilation du fer et activer la digestion de ces malades, presque toujours hypochlorhydriques.

Ce traitement était complété par l'usage d'eaux minérales ferrugineuses comme celles d'Orezza, de Bussang, de Spa. Les eaux minérales qui conviennent le mieux à ces états neurasthéniques sont sans conteste celles de *Saint-Parize* (source des Vertus), car elles contiennent en même temps que le fer, des sels de chaux et de manganèse qui les rendent laxatives, ce qui fait qu'elles ne constipent pas, mais au contraire facilitent la régularité des selles (1).

HYGIÈNE PUBLIQUE

De la législation française en matière de logements insalubres. Etat actuel. Réformes nécessaires (2) ;

Par **M. Alfred FILLASSIER,**
Docteur en droit et Dr en médecine.

Il ne nous appartient pas de démontrer aux membres du IIe Congrès international de l'Assainissement et de la Salubrité de l'habitation l'influence que peuvent exercer sur la santé des habitants des villes les habitations insalubres. Cette influence a été invoquée bien des fois ; elle a été démontrée par de nombreux travaux parmi lesquels il suffira de rappeler les rapports de M. Paul Juillerat, au 1er Congrès International de l'Assainissement et de la Salubrité de l'habitation, et au Congrès de la Tuberculose, tenus à Paris en 1904 et en 1905.

Nous nous proposons de rechercher simplement de quelles armes la législation française a muni les autorités pour assurer l'assainissement des logements et comment ces armes doivent être fortifiées dans l'avenir. Cela dit, si nous négligeons les textes antérieurs à l'époque révolutionnaire, qui eurent cependant leur utilité, mais qui s'inspirèrent plus des nécessités du moment que d'une pensée directrice, nous en arrivons immédiatement aux textes de 1789 et 1790, qui confiaient au pouvoir municipal le soin de veiller à la salubrité publique dans la commune. La loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, de laquelle il faudra rapprocher celle du 21-23 juin 1898 sur la police rurale, reprit, sauf de légères modifications, dans son article 97, les dispositions de la loi des 16-24 août 1790.

De l'examen de ces différents textes, il résulte que le Maire est, en France, le principal fonctionnaire sanitaire, et M. Léon Say écrira que « le Maire en matière municipale — et l'hygiène fait partie de la police municipale — est administrateur, juge et exécuteur de ses décisions ». Quel usage pouvait-il faire de ces pouvoirs en ce qui concerne l'assainissement des maisons ?

(1) Ce travail a été communiqué au *Congrès des aliénistes et neurologistes*.

(2) Rapport au IIe Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation. Genève, septembre 1906.

D'après cette législation, le Maire peut prendre, dans l'intérêt général, toutes les mesures propres à faire disparaître les causes d'insalubrité relevées dans les maisons. C'est ainsi notamment qu'il peut intervenir chaque fois que la cause d'insalubrité qui existe à l'intérieur d'une propriété prolonge en quelque sorte ses effets sur le domaine public ; tel l'arrêté municipal qui interdit toute communication entre les fosses d'aisances et les égouts, ou défend de placer des écuries le long de la voie publique. Il interviendra également chaque fois que la salubrité publique est en cause, et en vertu du même principe, le Conseil d'Etat a déclaré légal un arrêté qui prescrivait à un propriétaire d'assurer l'entier assainissement de sa propriété dans un délai déterminé.

Ces pouvoirs semblent vastes; ils ne tardent pas à recevoir de nombreuses limitations : c'est ainsi que le Maire n'a pas le droit de prescrire le « moyen à employer » pour remédier à l'insalubrité signalée ; c'est ainsi qu'il ne peut intervenir si seule la santé des locataires est en cause, il faut que tous les habitants de la commune y soient intéressés, et dès lors, la salubrité publique.

Enfin, et cette critique sera encore vraie sous l'empire de la loi du 15 février 1902, il ne faut pas oublier que le maire est un magistrat élu par ceux-là précisément contre lesquels il lui faudra peut-être sévir, et bien souvent cette dépendance gênera son initiative.

Dès 1850, ces critiques frappèrent le législateur et il tenta d'y remédier en promulguant la loi du 13 avril 1850 sur les Logements Insalubres qui ne porta nullement atteinte au pouvoir des Maires de prendre, dans l'intérêt général, toutes mesures utiles, mais créa de nouvelles garanties pour la salubrité des logements occupés par d'autres que le propriétaire, l'usufruitier ou l'usager. Ce que fut cette loi de 1850, nul ne l'ignore et nous ne le redirons pas ; elle marqua une phase de cette évolution qui, se dégageant du respect exagéré et faussé des droits de la propriété privée, tente d'aboutir à une formule de conciliation très large entre les droits de la propriété et les lois de la solidarité humaine.

La loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique répondit à quelques-unes des critiques adressées à la loi de 1850 ; elle est obligatoire, elle s'applique à toutes les agglomérations quelle qu'en soit la nature, à toute cause d'insalubrité inhérente à la propriété privée ; sa procédure, bien que contradictoire, est sensiblement plus rapide.

En vertu de l'article 1er de la loi de 1902, le maire est tenu de déterminer sous forme d'arrêté réglementaire les mesures destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, des logements loués en garni, des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à l'évacuation des matières usées.

Des arrêtés réglementaires types ont été élaborés par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, et ils ont fixé les règles générales de la salubrité des habitations. Ils ne sont toutefois applicables qu'aux maisons à construire et non aux maisons existantes dont le régime est fixé par le chapitre 2 de la loi nouvelle.

Par application des dispositions du chapitre II, art. 12, 13, 14, lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique est dangereux pour la santé des habitants ou des voisins, le maire visite l'immeuble, dresse un rapport dans lequel il énumère les causes d'insalubrité et indique les moyens d'y remédier, et son rapport est mis à la disposition des intéressés. Si l'intéressé se soumet, la procédure est terminée ; s'il résiste, il est convoqué devant la Commission sanitaire qui l'entend, procède contradictoirement à une visite sur place, et s'il ne s'exécute pas encore, un arrêté d'injonction le met en demeure, arrêté qu'il peut cependant déférer au Conseil de Préfecture et au Conseil d'Etat. S'il renonce à l'exercice de ce droit et s'il ne se soumet pas aux injonctions

la Maire, il est poursuivi devant le tribunal de simple police qui autorise le maire à exécuter les travaux d'office et aux frais du contrevenant.

Cette procédure paraît inattaquable. Il convient cependant de signaler quelques imperfections :

C'est ainsi que la loi prévoit l'exécution des travaux par le propriétaire, et l'y contraint par la menace d'une exécution d'office avec privilège sur les revenus de l'immeuble.

Mais n'arrivera-t-il pas que le propriétaire sera, bien des fois, hors d'état de faire face à la dépense, alors que la propriété sera de si peu de valeur que le gage disparaîtra ? Bien mieux, s'il s'agit de l'assainissement d'un terrain non bâti, d'une mare, il ne saurait y avoir de revenu à saisir ! Ne serait-il pas préférable de venir en aide au propriétaire ? Les propriétaires mis en cause recevront à leur domicile propre toutes significations utiles. Mais sera-t-il toujours possible de les découvrir ? Qu'arrivera-t-il si la propriété est l'objet de quelque mutation ? Cette critique est plus vive encore lorsqu'il s'agit des voies privées. Ici, les propriétaires sont souvent très nombreux, 10, 20, 100 même ; il sera, en fait, très difficile de les atteindre ; de plus, si les travaux prescrits ne peuvent être exécutés que d'ensemble, il suffira de la mauvaise volonté d'un seul pour tenir la procédure en suspens.

L'article 18 de la loi de 1902 décide que la commune pourra, dans certaines conditions, recourir à la procédure d'expropriation de la loi de 1841. Sera-ce suffisant? La loi de 1902 prévoit bien l'autorisation préalable de bâtir, mais outre que cette mesure n'est obligatoirement applicable que dans les villes de plus de 20,000 habitants, le maire est désarmé lorsque cette autorisation est délivrée, et si, les travaux terminés, il note des dérogations, il n'a d'autre recours que d'appliquer les dispositions du chapitre II de la loi dont la procédure est assez longue.

La loi du 15 février 1902 ne s'est préoccupée que des causes d'insalubrité inhérentes à l'immeuble ; elle n'a pas eu souci des causes d'insalubrité qui dépendent de l'usage qui en est fait. Soit un propriétaire qui livre à l'habitation des locaux salubres ; au bout de peu de mois, le locataire, par sa malpropreté, son incurie, nécessite de nouveaux travaux ; le propriétaire seul pourra être mis en cause ; il y a là une injustice réelle et un véritable non sens. Que le propriétaire se soumette et exécute ces travaux, faudra-t-il que demain il recommence parce que son locataire persiste dans ses procédés blâmables ? Il y a mieux, le maire prescrit l'interdiction d'habiter une chambre, le propriétaire en informe le locataire qui se dérobe ; va-t-on poursuivre le propriétaire ? Une des principales causes d'insalubrité provient de l'encombrement des locaux ; est-ce le fait du propriétaire ? Il semble donc nécessaire de permettre la mise en cause du locataire lorsque la cause d'insalubrité est dépendante de l'usage qui est fait des locaux.

Mais à côté de ces textes, il en est d'autres que les administrations peuvent invoquer pour assurer l'assainissement des maisons.

Parmi eux, nous citerons la loi du 16 septembre 1807 sur le dessèchement des marais, dont l'article 35 est ainsi conçu : « Tous les travaux de salubrité qui intéressent les villes et les communes seront ordonnés par le gouvernement et les dépenses supportées par les Communes intéressées. »

Ces textes furent employés en 1887 pour assurer l'écoulation de l'Espierre et en 1863 de la Dives.

Les articles 30, 31 et 32 de cette loi décident que les propriétés privées qui tireront des avantages de l'exécution des travaux prévus contribueront à leur exécution dans la mesure des avantages qu'ils en retirent. Ces différentes dispositions sont tombées en désuétude et cependant on comprendra de quel secours les articles 30, 31 et 32 seraient dans l'assainissement des villes, si l'on retient qu'à Paris seulement il a été fait de 1852 à 1870 pour 1200 millions de travaux de voirie.

Citons également la loi du 21 juin 1865 sur les associations syndicales, complétée par celle du 24 décembre 1888 et le décret du 29 novembre 1904 sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Il nous reste maintenant à examiner quelles sont les réformes qui doivent être apportées aux textes que nous venons d'étudier sommairement, pour assurer le parfait assainissement des maisons.

Tout d'abord, il convient de distinguer les immeubles situés à la campagne, éloignés souvent les uns des autres, possédant tous des jardins ou ouvrant directement sur les champs, peu élevés, peu emcombrés, et les immeubles édifiés dans les villes où le prix du terrain et l'exploitation en quelque sorte industrielle des immeubles a singulièrement aggravé la situation.

A la campagne, il suffira le plus souvent de quelques prescriptions simplifiées ; de veiller à l'installation sanitaire des cabinets d'aisances, à l'éloignement des puits des fosses et des dépôts de fumiers, etc., etc. Il faudra surtout faire l'instruction de la masse et démontrer au cultivateur, ainsi que le réclamait M. le Dr HENRI THIERRY (1), que son intérêt pécuniaire est lié à l'observation de ces prescriptions sanitaires. Le jour où cette vérité aura pénétré dans l'esprit de nos cultivateurs, l'assainissement des campagnes sera bien vite réalisé aucune cause contraire n'exerçant une détestable influence.

La situation sera différente lorsque nous nous trouverons dans les grandes villes où, nous l'avons dit, le prix du terrain constitue le plus gros obstacle. Ici, à la faveur des données du casier sanitaire de Paris que créa M. PAUL JUILLERAT, nous distinguerons les immeubles ou des améliorations peuvent être exécutées, et ceux pour lesquels il faudra recourir à la démolition.

A. IMMEUBLES QUI PEUVENT ÊTRE AMÉLIORÉS. — Pour les premiers, la loi de 1902 sera, sauf quelques perfectionnements, suffisante ; l'exemple de Paris témoigne d'ailleurs que le plus souvent les propriétaires consentent à faire les travaux prescrits, lorsque la nécessité leur apparaît. C'est ainsi que sur 9000 affaires suivies depuis l'application de la loi nouvelle, 35 seulement ont donné lieu à des recours. L'essentiel est de découvrir les immeubles malsains, et ici l'institution des casiers sanitaires doit être généralisée. Déjà, le Congrès d'hygiène sociale de Nancy a émis un vœu de ce genre, sur la proposition de M. EMILE CHEYSSON, et la circulaire du Ministre de l'Intérieur du 23 mars 1906 donne le Casier Sanitaire de Paris en exemple aux municipalités. C'est ainsi qu'à Paris, le Casier Sanitaire a révélé 5263 maisons dangereuses, parmi lesquelles 800 ont paru tout à fait meurtrières ; c'est ainsi qu'une enquête détaillée ayant été faite en 1906 sur 265 maisons choisies parmi les plus mauvaises ; ces 265 maisons habitées par 25,938 personnes, ont présenté du 1er janvier 1894 au 1er janvier 1906, une mortalité tuberculeuse moyenne annuelle de 7.98 pour 1000.

Dans ces 265 maisons, 1398 chambres insalubres ne pouvaient être modifiées ; on ne pouvait y faire pénétrer l'air et la lumière ; 1229 autres étaient inhabitables, mais pouvaient être améliorées, dans 6 maisons, aucune chambre n'était inhabitable.

Nous-même, nous avons été assez heureux pour faire adopter par le Congrès de la Tuberculose tenu à Paris en 1905, un vœu tendant à une union nécessaire entre les casiers sanitaires et les œuvres d'assistance dans cette lutte commune et déjà M. le Professeur ALBERT ROBIN, au Dispensaire JACQUES SIEGFRIED et ALBERT ROBIN, MM. les docteurs RÉNON et CARNOT, aux hôpitaux de la Pitié et de Broussais. M. le Dr BOUREILLE, à son dispensaire du Boulevard Garibaldi, M. le sénateur Paul Strauss

(1) Dr HENRY THIERRY. — *Fumiers et fosses* (Hygiène générale et appliquée, mars, 1906.) *L'assainissement des villages* (Hygiène generale et appliquee, mai 1906).

en une série d'études ont entrepris le bon combat. Dès qu'un malade atteint de tuberculose ouverte se présente dans un de ces services hospitaliers, note est prise de son domicile et avis en est donné au Casier qui procède à une visite et prescrit s'il y a lieu les améliorations nécessaires.

Vous venez de voir quels résultats ont été obtenus déjà.

Il y a d'autres moyens ; c'est ainsi que M. André Lefèvre propose l'apposition facultative d'une plaque de salubrité sur les maisons reconnues en bon état ; il serait dressé une sorte de barème indiquant la cote des dispositions reconnues indispensables pour assurer la salubrité des logements. Chaque partie d'un immeuble serait cotée d'après ce barème. La somme de toutes ces cotes donnerait un chiffre qui permettrait de classer la maison d'après un tableau comprenant plusieurs catégories. La plaque indiquerait le numéro de la catégorie dans laquelle serait classée la maison. Déjà sur la proposition de l'honorable Conseiller, la Ville de Paris communique le Casier Sanitaire de leur maison aux propriétaires qui en font la demande. M. le Dr Lucien Graux souhaite qu'une copie soit délivrée à tous les propriétaires qui la réclameront. Par toutes ces mesures le propriétaire deviendrait le premier associé de l'administration dans son œuvre d'assainissement ; cette union produirait de féconds résultats.

Toutefois, il importe de prévoir que des propriétaires bien disposés peuvent se trouver dans l'impossibilité matérielle d'exécuter les travaux prescrits par suite de défaut de ressources. Aussi semble-t-il bon de compléter ici encore la loi de 1902 en créant, dans une forme à déterminer, une caisse qui ferait des avances aux propriétaires et leur permettrait de se libérer par annuités. La Municipalité y trouverait d'ailleurs son compte car, nous l'avons dit, si elle fait exécuter les travaux d'office, son recours sur les revenus de l'immeuble est bien souvent illusoire. M. Ambroise Rendu a récemment déposé une proposition dans ce sens au Conseil municipal de Paris.

Deux autres modifications nous paraissent nécessaires :

En ce qui concerne les voies privées, qui constituent fréquemment dans les grandes villes de très réels foyers de contagion, la procédure actuelle est infiniment trop longue, il faut la simplifier, et ici nous proposerions de recourir à la procédure d'urgence de la loi de 1902 (art. 3) ou mieux de décider qu'en matière d'assainissement des maisons, qu'il s'agisse de maisons ou de voies privées, les significations soient faites à l'immeuble même considéré comme domicile *ad hoc* du propriétaire. D'autre part, il semble qu'il y aurait tout intérêt à rendre obligatoire, dans les voies privées qui ont nécessité l'intervention des services sanitaires, la constitution d'associations syndicales telles qu'elles ont été définies par les lois du 21 juin 1865 et 22 septembre 1888.

Mais avant que de quitter les mesures destinées à assainir les locaux insalubres, il importe de signaler une anomalie singulière.

La loi de 1902 n'est pas applicable aux ateliers et manufactures. Ces locaux sont régis par des textes distincts. Or nous trouvons dans le décret du 29 novembre 1904 sur l'hygiène et la salubrité dans les locaux du travail des dispositions fâcheuses : L'art. 3 décide que « les locaux affectés au travail ne seront jamais encombrés. Le cube d'air par personne employée ne pourra être inférieur à 7 mètres cubes... Le cube d'air sera de 10 m. au moins par personne employée dans les laboratoires, cuisines, caves ; il en sera de même dans les magasins, boutiques et bureaux ouverts au public ».

Ainsi, tandis que le règlement sanitaire de la Préfecture de la Seine décide que les pièces destinées à l'habitation ne pourront présenter un cube inférieur à 20 m. (art. 34) ; tandis que le règlement sanitaire de la Préfecture de Police (art. 7) décide que le volume des chambres garnies ne sera jamais inférieur à 14 m. par personne 7 et 10 mètres seront suffisants s'il s'agit d'ateliers où des personnes travaillent toute la journée. Les causes de nuisance sont plus considérables parce que plusieurs personnes occupent le même local et y manient parfois des matières malsaines et les garanties seraient moindres !

Il y a plus : l'art 5 dispose *in fine* : « Ces locaux, leurs dépendances et escaliers seront convenablement éclairés » — Que faut-il entendre par convenablement éclairés ? — S'il faut entendre par là que le mode d'éclairage est indifférent pourvu qu'il soit suffisant, il faut entendre que les locaux, c'est en fait l'interprétation qui est donnée dans la pratique par l'Inspection du Travail, pourront être éclairés à la lumière artificielle ; c'est dire que les ouvriers travailleront dans une nuit perpétuelle, loin de la lumière solaire qui seule exerce une action efficace sur les germes nocifs qui peuvent se trouver dans les ateliers. Sur ce point encore, le décret de 1904 doit être modifié et seuls les ateliers éclairés par la lumière solaire doivent être autorisés.

B. Immeubles qui ne peuvent être améliorés. — Cela dit, examinons une deuxième hypothèse ; la maison constitue un tel danger qu'il importe de la faire disparaître, il s'agit, par exemple, d'une de ces « maisons maudites » où la tuberculose a fait son lit et qui sont, pour cette maladie, de véritables foyers. Aucune mesure d'assainissement ne serait capable de l'améliorer.

L'article 18 de la loi de 1902 permet aux municipalités, lorsque l'insalubrite est le résultat de causes extérieures ou permanentes, ou lorsque les autres causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, d'exproprier les propriétés comprises dans le périmètre des travaux ; la procédure suivie est alors celle de la loi du 3 mai 1841, sauf certaines dérogations destinées à éviter la reconstitution sur place d'immeubles insalubres.

Cette disposition réalise un véritable progrès, mais comme l'écrit M. le Député Delory : « cette loi est impuissante si l'on veut faire une guerre sérieuse à ces maladies qui déciment l'humanité, à la terrible tuberculose en particulier... ». « Le vrai remède consiste à prodiguer l'air et le soleil ; il faut permettre aux municipalités de nos grands centres industriels, de faire, avec le moins de frais possible, de larges trouées dans ces quartiers malsains où pullule obligatoirement la classe ouvrière, et qui sont les véritables foyers de ces maladies. »

Pour remédier à cette situation, l'honorable député proposait de permettre au Conseil municipal de réclamer du gouvernement l'autorisation d'exproprier tous les terrains destinés aux voies de communication et à d'autres usages ou services publics, ainsi que les propriétés comprises dans le plan général des travaux projetés, lorsqu'il s'agit de travaux ayant pour but d'assainir un quartier ou d'en construire un nouveau.

M. Jules Siegfried s'inspira de considérations analogues dans la proposition de loi qu'il déposa en 1904. Aux termes de cette proposition, si le Conseil municipal veut poursuivre l'expropriation d'un immeuble ou d'un quartier jugé insalubre, le Maire provoquera une délibération tendant à réclamer l'expropriation pour cause d'insalubrité publique et fixant le périmètre d'assainissement. Le préfet consultera la Commission sanitaire et prendra dans les trois mois un arrêté portant déclaration d'insalubrité et autorisant le Maire à poursuivre l'expropriation.

De plus, le jury ne devra jamais allouer au propriétaire une indemnité supérieure à la valeur vénale de l'immeuble ; il devra décider, par délibérations distinctes et motivées, avant toute fixation d'indemnité, si le revenu de l'immeuble ou des locaux loués est majoré par suite de l'entassement des habitants ; si l'immeuble présente quelque cause d'insalubrité ; s'il est impropre à l'habitation : ce seront là autant de causes de diminu-

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

Excursions à Fontainebleau et à Moret.

Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 9, 16, 23 et 30 septembre, entre Paris-Fontainebleau et Moret.

Prix des places, aller et retour. Fontainebleau, 2e classe 4 fr. 50 ; 3e classe 3 fr. ; Moret, 2e classe 5 fr. 50, 3e classe 3 fr. ...

Départ de Paris à 7 h. 31 matin. Arrivée à Fontainebleau 8 h. 43 matin, à Moret 8 h. 57.

Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Nombre de places limité.

Franchise de 30 kilog. de bagages.

tion de l'indemnité qui, dans le dernier cas, ne représentera plus que la valeur du sol et des matériaux démolis. Il est désirable qu'une telle loi soit promptement votée.

Mais il ne suffit pas de supprimer les maisons insalubres, d'interdire à l'habitation les locaux qui ne peuvent être assainis. Il faut encore se préoccuper de loger les habitants ainsi expulsés.

On avait cru longtemps que les travaux d'expropriation dans les grandes villes avaient pour effet de repousser vers la périphérie les locataires peu fortunés qui ne trouveraient plus à se loger dans les immeubles démolis et à faibles loyers. Il n'en est rien et les travaux de M. le Dr Noir, notamment, ont démontré que l'ouvrier n'était pas maître de choisir son domicile. En réalité, il se loge au voisinage de son travail et si l'immeuble qu'il occupe est démoli, il se réfugie dans les maisons les plus voisines dont il augmente ainsi l'encombrement et accroît l'insalubrité. Les travaux de Casier Sanitaire de Paris ont amené aux mêmes constatations.

Si donc, dans une espèce déterminée, il faut démolir, on doit se préoccuper de reconstruire dans des conditions telles que les habitants peu fortunés puissent trouver asile dans les nouvelles constructions.

En Angleterre, le médecin du Service de Santé estime qu'il y a lieu de réclamer la disparition d'un îlot de maisons, qu'il s'agisse de maisons, cours ou ruelles impropres à l'habitation, ou de locaux exigus, mal disposés, mal aérés, présentant des causes graves d'insalubrité, il en est référé à l'autorité locale qui délibère sur ses propositions.

Si elle les adopte, elle présente à l'autorité compétente un projet d'amélioration qui doit renfermer notamment les mesures à prescrire, et le moyen d'assurer le logement des ménages ouvriers qui se trouveront expulsés par suite de son exécution.

Cette autorité prend un arrêté provisoire fixant les limites des propriétés à exproprier et déléguant à l'autorité locale les pouvoirs nécessaires ; cet arrêté n'aura force obligatoire que lorsqu'il aura été approuvé par le Parlement.

Le § 1 de l'art. 11 de l'act de 1890 (Housing of the working classes) est à reproduire ; il comporte cependant certains tempéraments dictés par la pratique :

« Tout projet concernant un îlot de maisons situées dans le comté ou dans la Cité de Londres devra pourvoir au logement d'un aussi grand nombre de personnes de la classe ouvrière qu'il en sera déplacé par les travaux, dans des locaux convenables. Sauf exception, ceux-ci devront être situés dans le périmètre de l'îlot exproprié ou dans le voisinage. »

Il est à remarquer que l'autorité ne sera pas tenue de procéder elle-même à l'assainissement de l'îlot ; elle pourra le vendre ou le louer à des tiers, particuliers ou sociétés, mais à charge pour eux de respecter les clauses qui ont déterminé l'expropriation, qu'il s'agisse de démolir l'îlot, de le reconstruire ou d'en aménager les maisons.

En France, M. Siegfried a envisagé dans sa proposition de loi ce côté du problème lorsqu'il indique que la commune pourra affecter les immeubles à des constructions d'utilité publique, ou les attribuer à des sociétés de construction d'habitations à bon marché.

Ces deux questions de la démolition des immeubles insalubres et du logement sur place des habitants expulsés sont étroitement liées et appellent une même solution. Le législateur de 1906 l'a bien compris lorsqu'il a autorisé les communes et les départements à céder de gré à gré aux sociétés de constructions à bon marché des terrains ou des constructions jusqu'à concurrence de la moitié de leur valeur réelle.

En France, sauf la loi de 1906, tous ces textes appellent une critique d'ordre général. C'est le Maire, magistrat élu, qui est chargé d'assurer leur application. Or tous ses intérêts électoraux seront souvent en contradiction avec ses devoirs, et il aura tendance à céder le pas aux premiers sur les seconds. M. le Professeur Chantemesse, dans son travail sur les dangers que font courir au pays tout entier les émigrants logés à Marseille, a montré que la Municipalité de cette ville, pour ne pas s'aliéner la puissante corporation des hôteliers-logeurs, se désintéressait à peu près complètement des questions relatives au logement des émigrants. L'Académie de Médecine, en présence des dangers formidables que cette incurie fait courir au pays, s'est émue à juste titre ; mais en l'état de la législation sanitaire, l'Administration supérieure est à peu près désarmée.

De tout ce qui précède, il résulte donc que la loi du 15 février 1902 a réalisé un réel progrès en ce qui concerne les moyens d'assurer l'assainissement des maisons, mais qu'elle appelle certaines dispositions complémentaires. Nous les formulerons sous forme de vœux pour lesquels nous nous réjouirons d'obtenir la haute approbation du IIe Congrès International de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation : nous aurions alors conscience d'avoir fait œuvre vraiment utile.

Le Congrès émet le vœu :

1° Que l'exécution des travaux d'assainissement soit facilitée par l'intervention d'une loi d'expropriation publique pour cause d'insalubrité, qui se préoccuperait également de la reconstitution des habitations salubres et à bon marché sur l'emplacement des immeubles expropriés.

2° Que des casiers sanitaires soient créés dans toutes les villes et qu'une entente s'établisse, chaque fois que faire se pourra, entre les Casiers sanitaires et les œuvres d'assistance.

3° Que la procédure de la loi de 1902 soit simplifiée, notamment en ce qui concerne les voies privées.

4° Que l'administration soit autorisée à mettre en cause non plus seulement les propriétaires d'habitations insalubres, mais encore tous ceux qui auront nui à la salubrité de l'immeuble.

5° Que l'autorisation de construire soit complétée par l'autorisation d'habiter.

6° Que l'administration vienne en aide aux propriétaires dans l'exécution des travaux d'assainissement par la création d'une caisse d'assainissement ou par tout autre moyen.

7° Que l'exécution des lois d'hygiène soit confiée à des fonctionnaires sanitaires relevant d'une administration autonome.

Le microbe de la coqueluche.

MM. les Drs Bordet et Gengou, de l'Institut Pasteur du Brabant, auraient découvert l'agent spécifique de la coqueluche. Ce serait un fort petit bacille qui serait à l'état presque pur dans les premières expectorations formées d'un exsudat blanc, extrêmement riches en leucocytes ou globules blancs. Les travaux des deux savants bactériologistes permettraient d'espérer la découverte d'un sérum curatif.

Le sérum de la fatigue.

M. Weichardt, de Berlin, a trouvé le « sérum de la fatigue », invention évidemment précieuse. Voici en quoi cela consiste : On produit chez des animaux une grande fatigue musculaire ; puis, lorsque les pauvres bêtes sont éreintées, on les saigne. Le tissu musculaire est alors porté à une température de 37 degrés centigrades pendant plusieurs heures on le hache, on en exprime le jus, et on filtre le jus. On en fait ensuite des injections à d'autres animaux qui sont tout aussitôt exténués, mais qui réagissent ; on les saigne, et, de ce sang, on extrait un sérum, une *antitoxine*, qui a la propriété, paraît-il, de neutraliser ou de détruire les toxines résultant de la fatigue. Voilà qui va bien faire plaisir aux employés de ministère ! (*Gil Blas.*)

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Valeur nutritive et valeur marchande des aliments (1);

Après avoir exposé les raisons scientifiques et pratiques pour lesquelles le *choix des aliments* doit porter sur le *lieu d'origine*, sur l'*âge*, l'*état de fraicheur*, etc., il est peut-être utile de songer au prix des substances alimentaires. Certes, il importe d'être économe, mais il faut l'être en connaissance de cause. Avec des renseignements exacts, on peut avoir à bon compte une nourriture saine et suffisante. On a calculé qu'une famille de six personnes, consommant par jour 1,500 gr. de viande et de lait, peut vivre à 4 francs par jour, c'est-à-dire à moins d'un franc par tête et en ingérant plus de viande qu'il n'en faut en moyenne. Avec cent grammes de viande par jour, le prix de la nourriture quotidienne pour chacune des six personnes reviendrait à 0 fr. 46 centimes. On a encore calculé (la bonne déesse Nature sourit peut-être de ces calculs!) qu'un restaurant populaire peut fournir 300 repas (composés de potage, pain, viande, légumes) au prix de 21 centimes le repas, y compris le loyer, le service, le chauffage et l'éclairage.

Mais il faut bien se garder de prendre au pied du chiffre ces dépenses minimum, pour les ériger en règle absolue d'économie domestique. Dans leur *enquête sur l'alimentation d'une centaine d'ouvriers et employés parisiens* (2), MM. Henri et Marcel Labbé, dont les recherches sont d'ailleurs pleines d'intérêt, proposent à la population parisienne des menus-type aux prix respectifs de 1 fr. 78, 1 fr. 96, 1 fr. 013, 0 fr. 96. Une telle précision n'est sans doute que schématique dans l'esprit des distingués chefs de laboratoire ; en fait, ce n'est qu'une imprécision susceptible d'induire en erreur, si on n'a soin d'établir pour chaque menu-type, un prix maximum, et un prix minimum entre lesquels l'écart peut être assez grand. Il suffit de consulter le cours des halles et marchés de Paris pour constater, abstraction faite du mode d'achat (en gros ou en détail), de *grandes différences de prix suivant la qualité* (3) :

Le *bœuf* (viande nette), coûte de 0 fr. 86 à 1 fr. 46 le kilog.
Le *veau*, varie, comme prix, de 1 fr. 36 à 2 fr. 30 le kilog.
Le *mouton* coûte de 1 fr. 06 à 2 fr. 16.
Le *beurre* (Isigny), de 2 fr. à 5 fr. 75 le kilog.
Le *camembert*, de 20 fr. à 60 fr. le cent, etc., etc.

Or, sans méconnaître les graves erreurs acceptées par l'ignorance, qui peut nier, en ce qui est de la *viande* et des *fromages*, par exemple, que le prix soit en rapport, au moins dans la plupart des cas, avec la valeur nutritive? Le *fromage de Brie* « double ou triple crème », au prix relativement très élevé, n'est-il pas nutritivement supérieur au même fromage « maigre », dont le bas prix est relativement surprenant?

Ces réserves étant faites, il faudrait faire pénétrer dans les masses la vérité suivante :

LE PRIX DES ALIMENTS N'EST PAS NÉCESSAIREMENT EN RAPPORT AVEC LEUR VALEUR NUTRITIVE. C'est-à-dire qu'il est des aliments qui nourrissent mieux que d'autres, tout en coûtant moins cher. D'où la nécessité d'avoir sur la valeur nutritive des denrées alimentaires des notions plus ou moins succinctes, pour permettre des comparaisons utiles. Aussi faut-il applaudir aux études méthodiques et patientes de l'Américain Atwater (1), dont les travaux ne sont que contributifs, et n'ont pas la prétention de conduire immédiatement à des solutions définitives quant à leur application au problème encore si complexe de l'alimentation individuelle. C'est dans ce même sens qu'il faudrait multiplier les recherches de laboratoire, pour élargir et consolider la base sur laquelle on pourra construire avec plus d'assurance un système d'alimentation rationnelle de l'homme. Il faut reprendre, pour les contrôler et les étendre, les réels travaux de chimie pure, émanés de savants comme Lavoisier, Liebig, Moleschott, Rubner, Konig, Uffelmann, Münk, Pettenkofer, Voït, Berthelot, Armand Gautier, Attwater, etc., et ne produire qu'à petites doses les résultats obtenus lentement, péniblement, mais profondément.

Voici des exemples d'aliments d'un prix plus élevé que d'autres, et d'une valeur nutritive moindre. La *viande de veau* coûte plus cher et nourrit ou stimule moins (sous le même poids) que la *viande de bœuf* (2), laquelle coûte plus et nourrit moins que la viande de *porc* (3). Passons aux aliments d'origine végétale : les *primeurs* flattent les sens, mais n'ont pas la valeur intrinsèque des légumes et des fruits cueillis à l'époque de croissance normale, sans avoir été « forcés ». Les *salades* coûtent bien plus cher, sous le même poids, et nourrissent incomparablement moins que des légumes secs (haricots, pois, lentilles). Certains *pains de fantaisie* sont nutritivement inférieurs à d'autres pains d'apparence plus rustique, etc., etc.

C'est d'après de telles observations, faites en grand, et après une série d'expériences faites dans les grands hospices d'aliénés de New-York (4), qu'est résultée la possibilité, dans ces établissements, de réaliser une économie de 20 à 25 0/0 sur l'ordinaire des malades (5), tout en améliorant d'une façon notable, leur régime alimentaire.

De ce qui précède découle ce qui suit :

L'ÉCONOMIE MAL APPLIQUÉE OU MAL COMPRISE PEUT NUIRE A LA NUTRITION ET CONSÉQUEMMENT AU TRAVAIL. Il est des gens qui, sans y être forcés par la misère, se montrent dans leur alimentation, d'une sordi-

(1) Extrait d'un ouvrage de vulgarisation, à paraître. Il s'agit ici d'aperçus préliminaires.
(2) Communication à la IVe section du *Congrès international de la tuberculose* (Paris, 2-7 octobre 1905).
(3) Nous prenons au hasard et comme exemple les cours officiels de mars 1906.

(1) Rapports annuels de la Station de Storrs (de 1891 à [illegible] 4e rapport sur le régime diététique for Hospitals for the Insane [illegible] the State of New-York (1902).
(2) Veau, 1re qualité, 2 fr. 30 le kilog. ; bœuf, 1re qualité, 1 fr. 46 le kilog. (*Marché de la Villette, à Paris, février et mars 190*[illegible]).
(3) Nous apprécierons en lieu voulu, l'évaluation calorique. N[illegible] admettons ici l'inégalité normale en contenu gras, du bœuf et [illegible] porc, élevés l'un et l'autre dans les conditions normales.
(4) Expériences faites de 1899 à 1902, sur une population de 1,726 hommes et 2,110 femmes.
(5) Il est bon de noter que grand nombre d'aliénés doivent être considérés, au point de vue nutritif, comme bien portants.

dité dont ils sont les victimes. Ils ne songent pas, les malheureux, que le corps, insuffisamment ou mal nourri, ne peut fournir ni en qualité ni en quantité, un travail suffisant. L'organisme mal réparé s'use plus facilement et plus vite ; on veut conserver sa bourse, on perd sa santé ; on veut jouir plus longtemps, on se suicide.

P. CORNET.

REVUE D'UROLOGIE CLINIQUE

Urologie et Séméiologie ; par M. le Dr R. HUGUET, professeur de Chimie à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, directeur du Laboratoire de Chimie de La Bourboule-les-Bains. (Clermont-Ferrand, Raclot, impr., 1906.)

M. le Dr R. Huguet, professeur de chimie, dont nous avons pu apprécier, au début de nos études médicales, la haute valeur scientifique et l'esprit essentiellement pratique, avait publié, l'an dernier, une critique des plus judicieuses et des plus flatteusement appréciées par les urologistes compétents, sur la manière dont on pratiquait les analyses d'urine. Ces analyses, faites sans méthode sur des urines prises au hasard, ne peuvent donner aucun renseignement précis et sérieux au clinicien ; au contraire, dans bien des cas, avec les variations d'alimentation et de manière de vivre, elles peuvent induire en erreur si on les compare entre elles et si l'on veut, superficiellement, tirer des conclusions définitives des oscillations qu'elles présentent dans leur composition.

M. Huguet n'est pas homme à signaler un mal sans rechercher le remède, et aujourd'hui il publie une courte et très intéressante brochure intitulée : *Urologie, Séméiologie*, premier chapitre de recherches pratiques importantes que nous prenons la liberté de soumettre *in extenso* à nos lecteurs :

Pour que le clinicien puisse tirer des analyses d'urines toutes les indications qu'elles comportent, il faut qu'il procède avec méthode et qu'il connaisse bien la composition normale de l'urine.

Qu'est-ce que l'urine ? C'est un liquide aqueux, *coloré, à réaction acide*, contenant en dissolution un certain nombre de principes dont l'ensemble est désigné sous le nom d'*extrait*. Cet extrait communique à l'eau jouant le rôle de dissolvant un certain nombre de propriétés. Il augmente sa *densité*. Il change sa tension superficielle. (BILLARD et PERRIN ont démontré que la toxicité urinaire était en raison inverse de la tension superficielle de ce liquide). Il abaisse son point de congélation (Cryoscopie).

L'extrait lui-même n'est pas composé de substances de même nature : les principes qui le constituent peuvent se rapporter à trois types : substances azotées, minérales et ternaires.

En outre, l'urine, en traversant les organes urinaires, a entraîné des éléments histologiques dont l'examen microscopique est susceptible de donner des renseignements précieux. En somme, c'est sur ces divers éléments que doit porter une première analyse. Ce sera l'analyse primitive ou analyse type PR ; elle comprendra :

Extrait.
Substances azotées.
— minérales.
— ternaires.
Densité.
Tension superficielle.
Cryoscopie.
Couleur.
Acidité.
Examen microscopique.
Sucre.
Albumine.

J'ai dit plus haut : « Cet extrait communique à l'eau *jouant le rôle de dissolvant* un certain nombre de propriétés. On considère en effet le plus souvent les urines comme *une solution dans l'eau* ». Eh bien ! ce point de vue est faux : la vérité est que chaque substance contenue dans l'urine est dissoute non dans l'eau, mais bien dans la solution de l'ensemble des autres substances. Il semblera peut-être que c'est là une distinction bien subtile et que c'est ergoter sur les mots : nous espérons démontrer par les faits que nous allons citer qu'il n'en est pas ainsi et que la distinction que nous faisons est très importante.

1° Le coefficient densimétrique de l'urée dans l'eau est sensiblement de 4 : dans l'urine il n'est guère que de 1.

« 2° L'abaissement de la tension superficielle produit par la « dissolution de certaines substances dans l'eau pure et dans « l'urine n'est pas identique. Ainsi les phénols dissous dans « l'eau donnent toujours un abaissement de tension superfi- « cielle beaucoup moins marqué que lorsqu'ils sont dissous « dans l'urine.

« 3° La diffusion, à travers une membrane poreuse, des sels ou « de l'urée contenus dans l'urine ne se fait jamais avec la même « vitesse que lorsque ceux-ci sont dissous dans l'eau pure.

« 4° L'abaissement du point de congélation, obtenu par « addition de chlorure de sodium à l'urine en général (et « d'une manière remarquable pour certaines urines) n'est « pas égal à celui obtenu par dissolution de la même quantité « de chlorure de sodium dans l'eau pure. » — (BILLARD).

Nous avons signalé plus haut les recherches qui doivent constituer l'analyse type PR. Comment présenterons-nous cette analyse au médecin ? Nous ne nous occupons pas ici des renseignements d'ordre physique, microscopique, faciles à indiquer très simplement : nous allons parler seulement des résultats susceptibles d'être traduits par des chiffres. Nous croyons qu'il est bon de les donner d'abord dans un tableau indiquant les chiffres par litre et par 24 heures ; puis étant donné l'habitude adoptée aujourd'hui de tout traduire par des graphiques, nous résumerons le tableau dans un graphique analogue à celui que nous avons proposé dans nos notes d'urologie (1894) et qui a été reproduit par C. VIEILLARD dans son livre « l'Urine humaine. » Ce graphique, basé sur l'emploi de la règle à calcul, a l'avantage de donner simultanément les chiffres vrais trouvés par l'analyse, soit au litre, soit aux 24 heures, et les proportions qui existent entre les éléments dosés.

Nous avons toujours été satisfait de ce graphique ; nous proposons cependant de lui faire subir une légère modification : dans le graphique actuel, la normale est représentée par une verticale ; à sa droite se trouvent les points péchant par excès, à sa gauche ceux qui pèchent par défaut ; nous proposons de nous ranger au type beaucoup plus répandu, dans lequel la normale est représentée par une ligne horizontale au-dessus de laquelle se trouvent les chiffres par excès, et au-dessous les chiffres par défaut. Une expérience de plus de dix années ne nous a conduit, en somme, qu'à cette légère modification.

Voici donc le clinicien en présence d'un tableau indiquant les résultats fournis par une analyse type PR. Comment va-t-il discuter en lui-même ces résultats ? Nous allons indiquer ici quelles devraient être les idées directrices devant présider à la discussion d'une analyse urologique.

Ce que le tableau nous indiquera en premier lieu, ce sera l'intensité des échanges nutritifs. Si les rapports entre l'acidité, la couleur, l'extrait, les substances azotées, les sels, les

substances ternaires, la toxicité, sont normaux, l'analyse sera représentée par une ligne droite; mais cette ligne droite pourra se trouver au-dessus ou au-dessous de la normale, indiquant de la sorte si les échanges nutritifs pèchent par excès ou par défaut; mais s'il n'en est pas ainsi, si le tracé de notre analyse présente une ligne brisée décelant des excès ou des défauts dans les éléments dosés, nous examinerons les résultats méthodiquement, les uns par rapport aux autres, et nous arriverons à conclure ou que ce sont les matières azotées ou que ce sont les sels dont les rapports sont mauvais.

Une nouvelle analyse poussée dans cette direction nous indiquera dans quel sens se trouve la défectuosité signalée, et nous arriverons ainsi à donner la formule urologique des différentes « diathèses » (pour parler le langage usité il y a encore peu d'années) sur lesquelles peuvent se greffer diverses affections.

Aujourd'hui, les diathèses n'étant plus admises, nous dirons qu'il nous sera possible d'arriver par examen méthodique à donner la caractéristique des « *terrains* » et de même que le jonc ne pousse qu'en terrain acide, que la digitale ne se trouve jamais en terrain calcaire, nous arriverons un jour à dire : un grand nombre de dermatoses prurigineuses poussent en terrains manquant de chaux, d'autres en terrains intoxiqués, la tuberculose en terrains déminéralisés, les troubles trophiques sont sous la dépendance de l'hypo ou de l'hypertension qu'indiquera un trouble urinaire, etc., etc.

Mais ces travaux ne sont pas encore faits et l'on voit d'après ce que nous avons dit jusqu'ici que même en adoptant : 1° la méthode rationnelle d'interprétation dont nous venons de parler ; 2° une technique uniforme pour tous les chimistes : 3° une représentation également uniforme des résultats, il faudra qu'un grand nombre de travailleurs se consacrent à de patientes et minutieuses études pour arriver à la détermination de la formule urologique dichotomique des affections ; encore est il probable que, dans un certain nombre de cas, on n'y arrivera jamais, car, pour continuer la comparaison que nous avons déjà empruntée au règne végétal, il est des affections comme des plantes qui s'adaptent presque indifféremment à tous les terrains.

Dans un prochain article, M. Huguet promet d'étudier la technique de l'analyse type PR : il s'excuse à l'avance si l'article est un peu long à paraître, car il représente une somme considérable d'expériences à exécuter. Nous ne doutons pas des progrès considérables que retirera de ce consciencieux travail la science urologique et de tous les bénéfices qui en résulteront pour la clinique et la thérapeutique : en un mot, pour la médecine pratique. J. Noir.

Assistance publique : Fournitures de pansements.

Le samedi 22 septembre 1906, à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosch, protective, etc. ; nécessaire au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1906. Ces fournitures sont évaluées approximativement à :

1er lot.	Gaze iodoforme et au salol (avant rabais).	18.000 fr.
2e lot.	Coton au salol et boriqué (avant rabais).	16.000 —
—	Mackintosch. protective	
3e lot.	Coton hydrophile	45.000 kil.
4e lot.	— —	45.000 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours, non fériés, de 10 heures à 4 heures (Bureau des adjudications).

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'Hygiène de P. Brouardel et E. Mosny: *Anthropologie, Hygiène individuelle et Education physique, IIIe fascicule*; par R. Anthony, E. Dupré, P. Ribierre, G. Brouardel, M. Boulay, V. Morax et P. Lafeuille. (J.-B. Baillière, éditeur, 1906.)

Le IIIe volume du grand Traité d'Hygiène est un des plus intéressants, c'est en somme un véritable traité d'Anthropologie divisé en : Anthropologie proprement dite, Hygiène individuelle et Education physique.

L'*Anthropologie* comprend elle-même deux parties :

1° L'*Anthropologie physique* dont l'exposé est fait avec toute la clarté et la netteté désirables par M. R. Anthony, le savant secrétaire de la Société d'Anthropologie. Cette étude a d'abord trait à l'anthropométrie et à la technique de l'anthropologie; puis M. Anthony aborde l'étude du développement de la forme humaine, c'est-à-dire la croissance.

2° L'*anthropologie psychique* est l'objet d'un chapitre dû à la collaboration de M. E. Dupré, agrégé de la Faculté de Paris, médecin de l'Infirmerie du Dépôt et médecin des hôpitaux et de M. P. Ribierre, c'est l'étude de la croissance psychique si l'on peut s'exprimer ainsi. Après avoir exposé en quelques pages les généralités sur la phylogenèse et l'ontogenèse psychiques; les auteurs ont étudié les diverses étapes de l'évolution psychique : les premières années, l'âge antescolaire, l'âge scolaire, l'époque de la puberté, l'âge adulte et l'involution mentale sénile. L'étude de l'éducation intellectuelle permet aux auteurs d'aborder le problème important du surmenage scolaire et de sa prophylaxie, d'indiquer les méthodes d'évaluation du surmenage scolaire chez les écoliers.

L'*Hygiène individuelle* comprend d'abord *l'hygiène du vêtement*, traitée avec détails par M. Georges Brouardel, médecin des hôpitaux de Paris et auditeur au Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, qui fait aussi l'exposé des soins de propreté corporelle, ce qui l'amène à donner une étude des bains publics.

L'*Hygiène de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge*, nécessitait les connaissances d'un spécialiste. M. Boulay, ancien interne des hôpitaux de Paris, a savamment traité ces différents points en insistant sur leur intérêt prophylactique. Le très distingué ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, M. V. Morax, a rempli le chapitre d'*Hygiène de la vue*, en exposant en détail le développement et l'exécution normale des fonctions de l'œil, puis en abordant la question de la protection de l'œil sain, et l'entretien et le contrôle de la vision normale.

Le chapitre sur *les exercices physiques et l'éducation physique*, qui termine le volume, est dû à la plume autorisée de M. P. Lafeuille, médecin militaire. L'étude de la physiologie du travail musculaire (production d'énergie musculaire, utilisation mécanique de cette énergie et son épuisement fonctionnel) se termine par l'exposé de la théorie de la fatigue et du surmenage. Viennent ensuite, décrits minutieusement, les effets physiologiques des exercices physiques, sur la nutrition générale, sur la respiration, la circulation, le système nerveux, l'appareil locomoteur. Logiquement, cette étude physiologique conduit à l'examen de l'éducation physique (gymnastique et sports) avec ses conséquences, l'entraînement, la fatigue et le surmenage.

Trente-huit figures dans le texte facilitent la lecture de cet excellent ouvrage. J. Noir.

De l'apepsie ; par Français (H.). (206 p. Edité chez Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne ; Paris 1906.)

Ce très important travail aboutit aux conclusions suivantes :

A. L'apepsie n'est *pas une entité pathologique*, mais un syndrome caractérisé par des altérations du chimisme gastrique, telles qu'elles démontrent l'abolition complète de la fonction digestive de l'estomac.

B. Elle est le plus ordinairement en rapport avec des *lé-*

tions graves de la muqueuse stomacale (gastrites dégénératives, interstitielles, mixtes, ou atrophiques). Elle se montre fréquemment à l'état isolé caractérisant cliniquement les formes destructives de la gastrite chronique. Elle apparaît parfois au cours du cancer de l'estomac, et un des points les plus importants du diagnostic est de savoir distinguer les cas de gastrite simple des cas de cancer avec apepsie.

C. Elle peut accompagner encore *différentes maladies*, mais elle ne semble pas toujours, dans ces cas, jouer le rôle d'une cause ou être une conséquence, et souvent elle n'apparaît que comme une maladie concommitante.

D. La lésion gastrique est consécutive à l'action de différents *principes irritants*, toxiques ou toxi-infectieux qu'il s'agisse d'agents venus de l'extérieur ou de produits de l'organisme lui-même. L'expérimentation permet de se rendre compte de l'importance des agents toxiques ou toxi-infectieux. Nous avons pu la déterminer chez le chien par injections intrapéritonéales d'une gastro-cytolysine préparée sur le lapin par inoculation à cet animal de muqueuse gastrique de chien.

Etude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques; par Grandjean. (Editeur. Maulde Doumeng, 44, rue de Rivoli, Paris.)

Conclusions de l'auteur:

Par l'ensemble de ce travail, nous espérons avoir prouvé que le pemphigus congénital à kystes épidermiques (épidermolyse bulleuse de forme dystrophique) et le pemphigus héréditaire traumatique simple (épidermolyse bulleuse traumatique simple) forment bien deux entités morbides distinctes. Si, pour cette démonstration, nous nous sommes basés uniquement sur les faits cliniques, c'est que les travaux d'auteurs très autorisés nous avaient convaincus que ni les recherches anatomo-pathologiques, ni surtout les investigations pathogéniques ne pourraient nous être d'aucun secours.

Nous avons entrevu la multiplicité des facteurs que comportent et l'anatomie pathologique, et la pathogénie, et la complexité infinie des processus morbides auxquels elles peuvent donner lieu.

Mais en pratique, ces processus se traduisent par des symptômes assez constants, et ces symptômes se groupent souvent de telle sorte que l'établissement de types pathologiques distincts devient possible. Ainsi, les mêmes caractères essentiels se retrouvant nombre de fois et effaçant les symptômes secondaires qui les accompagnent, ont permis d'établir les entités morbides reconnues jusqu'ici. Or, il nous semble que les caractères essentiels de l'épidermolyse bulleuse dystrophique et de l'épidermolyse bulleuse traumatique simple sont assez différents de l'une à l'autre, et suffisamment fixés par de nombreuses observations, pour permettre de reproduire [illegible], en toute connaissance de cause, le parallèle que nous en [illegible]cions un peu schématiquement au début de cette étude.

L'épidermolyse dystrophique conserve donc sa valeur d'entité morbide, mais étant données les formes de transition qui [illegible] relient à toutes les dermatoses voisines, il faut veiller à en maintenir les limites par un contrôle rigoureux. Sinon toute classification des dermatoses congénitales deviendrait bientôt impossible et il n'y aurait plus moyen de s'orienter dans ce dédale de faits complexes et enchevêtrés.

Anatomie sur le vivant, guide pratique des repères anatomiques; par Bruandet. (Un volume in 8° de 108 pages avec [illegible] photographies, cartonné 4 fr. Edité chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'idée de ce livre dont il n'a pas encore paru d'analogue en France, est d'origine anglaise. Dans ce pays à l'esprit pratique, les futurs praticiens étudient tout simplement l'anatomie de surface, les repères anatomiques superficiels (surface anatomy).

Cette anatomie, qui s'offre à la vue et au toucher chez le sujet vivant, peut être pratiquée chez les patients eux-mêmes pour lesquels le médecin a besoin de se rappeler des notions [illegible]niques. Cette anatomie de surface est d'un intérêt très [illegible]ant : d'une part, les organes superficiels sont les plus [illegible] lésés par les agents extérieurs et d'autre part, pour examiner et traiter une lésion profonde quelconque, il faut fatalement partir du plan anatomique superficiel.

Cette anatomie doit être pratiquée par l'étudiant à l'hôpital. Il doit répéter très souvent dans les régions saines la recherche des saillies osseuses, des bords musculaires, des tendons, des artères. — Connaissant ces éléments sains, il les reconnaîtra modifiés par la maladie et sera expert à appliquer ce grand principe « comparer le côté sain et le côté malade ».

L'orientation dans toutes les parties du corps doit devenir précise et rapide, chez tous les sujets jeunes ou vieux, obèses ou maigres. Pour les débuts, le sujet de choix sera un adulte musclé mais un peu maigre. L'usage de crayons dermographiques est très recommandable. C'est avec eux que M. Bruandet a réalisé les tracés sur les sujets qui ont été photographiés pour cet ouvrage.

Il ne faut pas se confiner à l'anatomie du cadavre, puisque celle-ci n'a d'intérêt pour le praticien que dans son application aux patients. Or, cette application de l'anatomie à l'homme vivant marque un travail intellectuel propre et qui, pour être bien mené demande une grande pratique : par l'habitude les sens affinés arrivent à reconnaître de nombreuses dispositions anatomiques, qui resteraient cachées à celui qui ne se serait pas formé à cette méthode.

Le livre du Dr Bruandet est un guide pour explorer le corps humain de cette façon. En répétant souvent ce travail, le praticien arrivera à bien connaître tous les repères accessibles du corps humain vivant. Il ne sera jamais désorienté en examinant et en auscultant ses malades. Il en retirera confiance et sécurité. Insistons donc tout particulièrement sur le but essentiellement pratique de ce travail clairement rédigé, bien édité et utile aux médecins. A. X.

Notes et observations de médecine légale: par Leglubic (H). (Editées chez Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 1905.)

Cet important travail, fruit d'une longue expérience est non moins utile à consulter à un autre point de vue. Chaque jour, des difficultés se dressent imprévues en matière d'expertise, difficultés qu'un traité de médecine légale ne saurait envisager. Or, dans la pratique, les faits se présentent sous mille nuances. N'est-il point dès lors évident que le rapprochement d'observations quelque peu similaires est un précieux moyen de fixer le jugement, de préciser le rôle de l'expert, en multiples circonstances délicates. En parcourant la liste des 118 rapports colligés dans ce volume, on voit quel intérêt il présente pour les médecins-légistes et les experts.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les services de Médecine publique et le Syndicat des Médecins du Rhône.

La Chambre syndicale des médecins du Rhône vient de prendre les résolutions suivantes au sujet des services de médecine publique, résolutions qu'en bonne justice tout le monde ne peut qu'approuver. Il est temps que l'Etat et les collectivités se rendent compte que le médecin est un citoyen comme les autres et qu'il est injuste de faire supporter à lui seul les frais des services d'hygiène et d'assistance.

I. — *Sur la question du service médical communal projeté;*

Considérant : 1° que les malades atteints d'affections bénignes à leur début, les prétuberculeux, même les tuberculeux aux premières périodes, appartiennent à la catégorie des malades qui peuvent sans inconvénients se déplacer pour consulter le médecin chez lui ; 2° que la présence d'un médecin à jour fixe dans la commune aurait pour conséquence certaine de faire différer les soins dans maints cas aigus où cette abstention aurait les pires conséquences ; 3° que la désignation d'un médecin officiel serait incompatible avec le respect de la liberté de confiance des indigents et des malades peu aisés, aussi qualifiés pour user de ce droit imprescriptible que les ouvriers blessés au cours de leur travail (article 4 de la loi Accidents) ; 4° que la désignation dans ces conditions d'un médecin communal contribuerait à faciliter

la fonctionnarisation de la médecine, tendance que nos organisations professionnelles doivent combattre systématiquement ; 5° que là où, par exception, l'utilité d'un service médical serait démontrée, il paraît peu probable que les disponibilités budgétaires laissées libres par l'application de la loi d'Assistance aux vieillards puissent être suffisantes à indemniser équitablement un médecin, auquel on imposerait, à jour et à heure fixes, au détriment par conséquent du service de sa clientèle ordinaire, un déplacement, au bout duquel il ne serait pas sûr d'avoir toujours des consultations à donner ou des visites à faire ; 6° qu'au surplus, la majorité des syndicats médicaux admettent que les tournées médicales à jour et à heure fixes sont propres à déconsidérer le corps médical et à porter atteinte à la dignité professionnelle ; La Chambre syndicale des médecins du Rhône, décide : qu'il n'y a pas lieu pour les médecins d'accueillir favorablement un projet dont l'utilité est contestable, qui présente des inconvénients certains pour la sauvegarde de la santé publique dans les campagnes, qui porte atteinte au droit essentiel reconnu à tout malade de choisir librement son médecin, qui irait à l'encontre de nos intérêts les plus respectables, ne nous assurant qu'une rémunération insuffisante et aléatoire, tout en compromettant l'indépendance et la dignité de notre profession.

II. — *Sur la question du service d'hygiène ;*

Considérant : 1° que la vulgarisation des notions d'hygiène est une des préoccupations les plus constantes du corps médical, conscient de son rôle social ; 2° qu'en luttant contre l'éclosion et la propagation des maladies, les médecins travaillent à tarir les ressources qui leur sont nécessaires ; 3° que le département et les municipalités n'ont pas le droit de compter sur pareil dévouement et d'y faire constamment appel, tout en paraissant ne pas en remarquer les conséquences ; 4° que la société ne peut exiger des médecins plus qu'elle ne demande aux autres citoyens, l'humanité étant un devoir social avant d'être une obligation médicale ; 5° que l'administration, chaque fois qu'elle demande aide aux médecins, doit examiner si tout ce qui est dû à la sauvegarde de leurs droits professionnels est équitablement réalisé ; 6° que les médecins, tous égaux devant les charges fiscales, doivent pouvoir tous aussi participer au fonctionnement des services publics rétribués ; La chambre syndicale, émet l'avis : que les médecins doivent coopérer activement à la création de services d'hygiène dans les communes et aider de tout leur pouvoir à l'application des prescriptions de la loi sur la Santé publique, même par des conférences, là où les municipalités trouveront le moyen de leur assurer des auditeurs ;

Mais décide : que le concours des médecins doit être subordonné à l'acceptation par les communes des conditions suivantes : *a*) là où plusieurs médecins se trouveront en présence, pas de monopole au profit d'un seul, mais participation de tous les consentants au fonctionnement du service d'hygiène ; *b*) attribution d'honoraires équitables au lieu de l'indemnité insuffisante allouée d'ordinaire pour les services publics. (Extrait du *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, 1er sept. 1906.)

Les hallucinations du chloroforme.

Au cours d'un procès en séparation de corps entre un médecin et sa femme on a fait les curieuses constatations suivantes :

La femme du confrère alléguait le grief suivant : Un jour, son mari était allé faire, à domicile, chez un de ses amis, une opération à la bonne de la maison. La bonne fut chloroformisée. A son réveil, elle prétendit avoir vu le docteur qui venait de l'opérer, embrasser sa patronne, la femme de son ami. Appuyé de l'avis des professeurs Brouardel et Debove, le mari répondait que le chloroforme engendrait des hallucinations non seulement pendant le sommeil anesthésique, mais même après le réveil. La petite bonne avait vu en imagination et non en réalité ce qu'elle racontait.

Le tribunal après plaidoiries de Mes Dufour et Labori, a adopté l'opinion des docteurs Brouardel et Debove et écarté le témoignage de la bonne.

VARIA

Le service de santé aux grandes manœuvres de 1906.

Les grandes manœuvres de 1906 devaient avoir une importance plus grande que les exercices des années précédentes les services de l'arrière devaient y fonctionner comme ils doivent fonctionner en campagne et le service de santé devait opérer le plus possible comme dans une guerre véritable. Dans le *Temps* du 4 septembre, M. Emile Manceau qui a suivi les manœuvres en détail et a publié sur elles de nombreux articles compétents, fait en ces termes la critique du fonctionnement du service de santé :

« Il ne fonctionnait pas grand'chose, écrit M. Emile Manceau. Cependant j'ai vu (spectacle inaccoutumé et pittoresque !) les musiciens du 72e, sur la grimpette qui mène aux curieuses ruines de Montépilloy, tenir d'une main une civière et de l'autre leur instrument. (Leur instrument de musique, bien entendu. Il ne s'agit pas, bien qu'ils aient à remplir au combat le rôle de brancardiers, de les charger aussi de celui de M. Purgon). Un peu plus loin, sur le plateau de Rozières, les postes de secours de la 8e brigade (45e et 87e). Le train régimentaire de ce dernier corps se trouvait à la sortie est de Ducy, tandis qu'une voiture à quatre roues, relais d'ambulance, stationnait au nord de ce hameau. Quant à l'ambulance, elle était installée dans la spacieuse ferme de Luat, pavoisée aux couleurs nationales, avec le drapeau de la Croix-Rouge. (J'ai su que l'hôpital de campagne était, pendant la bataille, à Augé-Saint-Vincent, puis qu'il s'était transporté à Vaumoise ; mais je ne l'ai pas vu.)

Donc, en effet, tout était bien en place, mais sans vie. Les braves infirmiers sommeillaient les uns couchés sur le gazon les autres étendus mollement sur les civières destinées au transport des blessés qui ne venaient pas. Des étiquettes portaient ces mots : « *Vestiaire* » — mot un peu étrange, dans cette cour de ferme — ou « *Pansements simples* », ou « *Blessés intransportables* », ou « *Blessés à transporter couchés* ». Mais c'était tout. Une file de mulets portant des cacolets avaient bien été chercher les victimes de la guerre. Seulement ils n'étaient pas rentrés quand la manœuvre a pris fin.

Il est vrai que celle-ci a été écourtée (elle devait durer de six à neuf heures, mais elle a commencé en retard et a cessé avant l'heure fixée), et elle a été si mollement conduite que vraiment il n'y a pas à s'étonner s'il n'y a eu ni morts, ni blessés, ni prisonniers. D'ailleurs il est de tradition dans les manœuvres d'automne qu'il n'y en ait point. Et on y perd l'occasion de s'exercer à diverses opérations qui ne sont pas sans importance......

Après une courte disgression sur les précautions à prendre pour se débarrasser des cadavres (incinération et inhumation) et éviter leur profanation comme le prescrit la convention de Genève et avoir cité comme exemple les mesures prises par les Japonais dans la dernière guerre, M. Emile Manceau continue en exprimant le regret qu'on n'ait pas tenté de faire tenir aux officiers de l'état-civil aux armées les registres de décès comme cela devrait avoir lieu en temps de guerre. Les critiques ne se bornent pas là.

« Mais combien il me semble plus regrettable encore, dit M. Manceau, qu'on n'y fasse pas fonctionner les échelons successifs du service de santé, et que tout le personnel convoqué pour la coûteuse expérience de cette année-ci n'en tire aucun profit ! Avant-hier, il a eu chaud et il a passé l'arme. Hier il s'est reposé. Aujourd'hui... j'ai dit ce qu'il a fait aujourd'hui. Rien, sauf peut-être que l'ambulance divisionnaire a évacué un vrai malade (appendicite) par le train de 1 h. 26 sur l'hôpital de Compiègne.

Remarquez qu'on procède tous les ans à des manœuvres spéciales destinées à l'instruction du corps médical et de ses auxiliaires : infirmiers et brancardiers. Des pseudo-blessés sont relevés, transportés au poste de secours voisin ou à l'ambulance la plus proche, conduits aux hôpitaux de campagne ou évacués sur l'arrière. On n'a pas à diagnostiquer leur cas, attendu que chacun d'eux a reçu une fiche indi-

quant la fracture dont il est censé être atteint. Mais d'abord la question se pose de savoir si le blessé doit se servir du paquet individuel de pansement dont il est muni et qui contient l'essentiel pour exécuter un bandage sommaire. Sous une enveloppe hermétique et imperméable se trouvent un plumasseau d'étoupe, de la gaze, une bande de coton, tout cela chimiquement purifié et imprégné de bichlorure de mercure de façon à être antiseptisé. Eh bien, l'homme qui n'a pas reçu de secours doit-il faire lui-même l'application de ces matières sur sa plaie ? Si cette plaie est sale ou s'il manipule le contenu du paquet avec des doigts malpropres, ne risque-t-il pas d'envenimer son mal et, comme on dit, d'enfermer le loup dans la bergerie ?

Et, d'autre part, si on tarde à intervenir, n'y a-t-il pas danger pire encore ?

Bref, on a longuement discuté le pour et le contre. En définitive, l'autorité compétente semble s'être prononcée en faveur de l'emploi direct par les intéressés. « Dès le temps de paix, des théories sur le mode d'emploi du paquet individuel seront faites aux *hommes de troupe* dans les compagnies, escadrons, batteries ou sections, par des sous-officiers préalablement exercés à cet effet par les médecins du corps ». Ainsi s'exprime la décision ministérielle du 27 juin 1894. Il est vrai qu'elle ajoute aussitôt après : « Les infirmiers et brancardiers régimentaires seront fréquemment exercés à appliquer ces pansements ». Qu'est-ce donc à dire, et la doctrine orthodoxe ne serait-elle point par hasard la suivante ? Le premier homme de l'art (et dans l'espèce, j'entends les infirmiers ou brancardiers) qui trouve un blessé prend dans la poche spéciale pratiquée dans la capote de celui-ci, du côté gauche de la poitrine, le paquet de pansement appartenant à la victime, et il s'en servira pour panser la plaie... à moins que ladite victime, ayant perdu patience et s'étant jugée capable de prendre ce soin elle-même, ait fait le nécessaire.

Quoi qu'il en soit, aux manœuvres spéciales de santé, sur le vu de la fiche dont est porteur chaque soldat censément atteint, brancardiers et infirmiers ont à faire le simulacre soit d'arrêter l'hémorragie en comprimant une veine ou en agissant sur l'artère intéressée, soit de placer une attelle, soit de donner au membre fracturé la position convenable, soit de le soutenir par une écharpe ou un moyen de fortune. Il y a ensuite à transporter le pseudo-blessé soit à bras, soit sur une civière, jusqu'à l'endroit où les médecins opèrent. Et ces médecins, à leur tour, se conformant aux indications de la fiche, prononcent sur les moyens thérapeutiques ou chirurgicaux auxquels ils recourraient dans la réalité, en tenant compte des ressources qu'ils possèdent dans leur pharmacie, du temps dont ils disposent, du nombre de lits existant dans la localité, etc.

Bref, chaque année, on exerce de cette façon les membres du corps de santé appartenant soit à l'armée active, soit à la réserve. A cet effet, on exécute une véritable petite action de guerre avec des troupes qu'on emploie à figurer à tour de rôle les combattants et les blessés.

Rien de mieux : s'il faut diviser pour régner, il faut pareillement décomposer pour instruire. Mais à l'analyse doit succéder la synthèse. Quand chaque chef de pupitre a fait répéter leur partie aux instrumentistes, on réunit tous les artistes de l'orchestre, et ils jouent ensemble.

Eh bien ! l'occasion était singulièrement propice pour mettre simultanément en action l'œuvre de destruction et l'œuvre de réparation: de faire fonctionner le service de santé en même temps que le personnel combattant. Pourquoi ne l'avoir pas fait? Pourquoi avoir laissé se morfondre ces braves gens dans le vide ? — Parce qu'on a accéléré les opérations pour épargner de la fatigue aux troupes, paraît-il. — Eh bien ! c'est l'oisiveté qu'il aurait fallu éviter aux services de l'arrière ».

Nous n'avons rien à ajouter à ces critiques si justes. Elles ne s'adressent pas au service de santé qui sait dans des exercices spéciaux faire tout son devoir, mais au haut commandement qui dédaigne un peu trop les services de l'arrière et cependant les enseignements de la gnerre russo-japonaise devraient être médités et l'on devrait se souvenir de tous les soins que les Japonais ont mis au bon fonctionnement de leur service sanitaire.

Ancienne Faculté de médecine de la rue de la Bûcherie et la Commission du Vieux Paris.

M. Charles Normand a apporté sur le bureau de la Commission du Vieux Paris un vœu de la *Société des Amis des monuments parisiens* tendant à conserver la salle gothique de l'ancienne Faculté de médecine de la rue de la Bûcherie, à l'occasion du projet de *Maison des étudiants*, dont il a été question dernièrement. M. Charles Sellier a signalé que le projet dressé d'accord entre l'Administration municipale et la Commission du Vieux Paris, comportait cette conservation. M. André Hallays a rappelé que jadis, il avait été question de classer ce monument, ce qui devait assurer sa conservation intégrale. Il propose à la Commission, au cas où la chose ne serait pas faite encore, d'adopter ce vœu séance tenante afin de pouvoir s'appuyer sur l'Etat si le monument était réellement menacé.

M. Lucien Lambeau a rappelé que le Conseil municipal a été saisi de la question par une pétition de l'*Association des étudiants* déposée par M. André Lefèvre, représentant le quartier à l'Hôtel-de-Ville. Il est certain que la charmante rotonde de Winslow ne pouvant pas seule remplir le but recherché, l'on sera obligé d'édifier d'autres bâtiments. Dès lors, pourquoi ne pas conserver la façade du XV[e] siècle, éclairée de plusieurs fenêtres en ogive, qui existe encore sur la cour, en la débarrassant, bien entendu, les parties modernes qui la surmontent. M. Lucien Lambeau rappelle à ce propos le curieux projet de restitution, dû au docteur Le Baron, et dont les planches ont été annexées au procès-verbal de la Commission du Vieux Paris.

Le vœu de classement de l'ensemble des bâtiments a été adopté par la Commission du Vieux Paris. A été également adopté le vœu de conservation de la salle gothique.

La désaffectation de l'hôpital Andral.

M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a informé la Commission du Vieux Paris de la désaffectation très prochaine de l'hôpital Andral ; à la fin du mois courant. Cette ancienne maison, qui fut occupée par la direction municipale des Nourrices et auparavant par la Filature des Indigents sera évacuée, et il sera loisible à la Commission de la visiter pour y faire telle constatation qu'elle jugera avant la démolition.

L'ancien hôpital et l'ancien cimetière de la Trinité.

Les fouilles ouvertes sur le boulevard Sébastopol ont mis à jour un certain nombre d'ossements provenant de l'ancien cimetière de la Trinité. A cette occasion, M. Charles Sellier a fait à la Commission du Vieux Paris une très intéressante communication sur l'histoire de l'ancien hôpital et de l'ancien cimetière de la Trinité. Cette communication est d'un grand intérêt au point de vue de l'assistance et de l'hygiène du Vieux Paris.

Fondé vers 1200 par deux frères utérins Jean Palée et Guillaume Escuacol à l'angle de la rue Saint-Denis et de la rue Grenéta, l'Hôpital de la Trinité porta d'abord le nom d'aumônerie de la Croix-de-la-Reine. En 1207, le nom de la Trinité lui était attribué, et la maison passait aux Prémontrés d'Hermières qui la négligèrent et la louèrent en partie aux confrères de la Passion, qui y jouèrent leurs mystères jusque vers le milieu du XVI[e] siècle, si bien que le Parlement, ému de cette profanation des lieux, décida d'en changer la destination, il remplaça d'abord les religieux prémontrés, qui en avaient la direction, par des administrateurs spéciaux, et ordonna ensuite que des enfants mâles de pauvres, âgés de plus de sept ans, seraient reçus à l'hôpital de la Trinité pour y être nourris, logés et instruits dans la religion chrétienne, en même temps qu'on leur apprendrait un métier. On appelait ces orphelins les *Enfants bleus*, à cause de la couleur de leurs vêtements. L'hôpital de la Trinité a été supprimé à la Révolution; le *passage de la Trinité* et la *Cour des Bleus* en gardent seuls aujourd'hui le souvenir sur place.

Cet établissement hospitalier formait un enclos assez important qui s'étendait depuis la rue Grenéta jusque vers la rue Guérin-Boisseau, et comprenait, avec ses bâtiments, un vaste jardin, où l'on accédait par une ruelle qui subsiste encore

sous son ancien nom, *l'impasse Basfour*, c'est là que l'hôpital de la Trinité avait établi son cimetière, et comme il était alors au-delà des portes de la Ville, on le choisit, en 1348, à ce qu'affirme l'abbé Lebeuf, « pour y porter les corps des pestiférés, au lieu de les inhumer aux Innocents, et jusqu'au XVIe siècle, cet usage se pratiquait encore en pareil cas». Mais Jaillot prétend révoquer en doute cette assertion faute de preuve (1).

Cependant, dans son *Histoire de la Ville de Paris* (livres XVII et XXIII Félibien a rapporté qu'en 1496, il survint à Paris une si grande mortalité causée par les chaleurs excessives de l'été, que le cimetière des Innocents, quelque spacieux qu'il fût, ne put suffire pour la quantité des corps qu'on y portait incessamment, tant de la Ville que de l'Hôtel-Dieu, ou il mourait plus de cinq cents personnes par jour, si bien qu'ayant continué à recevoir les victimes des épidémies de peste qui désolèrent tant Paris au seizième siècle, le cimetière de la Trinité fut, à son tour, reconnu dangereux pour la sécurité publique et fut sur le point, en 1556, d'être supprimé pour ce motif et remplacé, à la demande du Parlement, par un cimetière établi dans l'île Maquerelle, auprès de Grenelle. Mais le bureau de la Ville s'opposa à cette translation, et préféra pour des raisons d'économie, laisser les choses en l'état quelle qu'en dût être la conséquence.

Il est vrai de dire que, depuis longtemps, le cimetière de la Trinité était devenu, en majeure partie, portion du domaine de la Ville, et l'on pourrait même ajouter que ce fut peut-être le premier cimetière parisien proprement dit, avec l'idée que nous nous faisons actuellement de ce mot. En effet, un acte fort curieux du XIVe siècle, que Jaillot a connu, mais qu'il a trop brièvement mentionné, fait connaître que les religieux d'Hermières affermèrent, en 13 3, au prévot des marchands et aux échevins partie de leur cimetière de la Trinité «pour l'usage et prouffit de tout le commun de la Ville de Paris», en y percevant un droit de dix-huit deniers pour une fosse, de dix deniers pour une fosse en commun et de six deniers pour une fosse à enfant ». C'est, on le voit, le point de départ des concessions faites actuellement par l'administration municipale (2).

Mais ce qui est non moins intéressant à rappeler, c'est que le cimetière de la Trinité peut être aussi regardé, sans aucun doute, comme le premier champ de sépulture que possédèrent officiellement les protestants à Paris. En effet, jusqu'à la Saint-Barthélemy, on voit qu'aucun cimetière n'était spécialement affecté aux réformés. Mais après la cinquiéme guerre de religion, lorsque la paix dite *de Monsieur* fut conclue, l'édit de pacification donné à Paris par Henri III en mai 1576, contint la disposition suivante:

« Art. VI.— Ordonnons que, pour l'enterrement des morts de ceux de la dite religion (réformée) estans en nostre dite ville et faux bourgs de Paris leur sera baillé le cimetière de la Trinité.. .»

Ce cimetière protestant avait son entrée rue Saint-Denis et faisait donc partie de l'ancien cimetière de l'hôpital de la Trinité, dont il occupait, à l'extrémité septentrionale, une superficie de 63 toises, vis-à-vis la rue Basfour, à l'emplacement représenté aujourd hui par la partie de la rue de Palestro sise entre les maisons portant les numéros 20 et 22 et l'extrémité de l'impasse Basfour. Il était séparé du cimetière catholique par une cloison en planches (3).

Le cimetière de la Trinité, comme celui des Innocents, était déjà supprimé un peu avant la Révolution. On ne commença seulement qu'en 1843 à en transporter les ossements aux catacombes; le 30 mars 1843, on en transporta encore une voiture: puis le 26 novembre 1857, 3 voitures, le 9 avril 1858, 1 voiture, et le 20 décembre suivant 20 voitures. Ces ossements mis à découvert par la percée du boulevard de Sébastopol, se trouvent dans l'ossuaire des catacombes sous l'inscription : « septembre 1859 » (4).

(1) JAILLOT. — *Recherches critiques, historiques et topographiques sur la Ville de Paris*, t. II, quartier Saint-Denis, p. 11.

(2) Fernand BOURNON. — *Rectification et additions à l'Histoire de la Ville et de tout le diocèse de Paris*, de l'abbé Lebeuf, p. 42.

(3) *Bulletin de la Société de l'histoire du protestantisme français*, t. X, p. 133 et 135.

(4) P. FASSY. — *Les Catacombes de Paris.*

Exercice illégal et escroquerie.

La sottise des dupes n'a d'égale que l'impudence des charlatans et des escrocs. On peut en juger par cette nouvelle que nous empruntons au *Matin* :

Sur mandat de M. Bourdeaux, juge d'instruction, les inspecteurs de la Sûreté ont arrêté, à son domicile, rue de l'Epée-de-Bois, une dame X..., trente-sept ans, qui avait imaginé un truc des plus ingénieux pour se faire des rentes, tout en piétinant quelque peu les plates-bandes du code pénal. A la quatrième page des journaux, elle publiait des annonces médicales, avertissant les dames atteintes de maladies abdominales qu'elle possédait un secret pour les guérir. Les clientes affluaient rue de l'Epée-de-Bois, où, sous prétexte de les ausculter, Mme X.,, les faisait déshabiller. Cependant qu'elle examinait doctoralement ses clientes, sa bonne Z... vidait les poches des vêtements et s'emparait de tout l'argent qui lui tombait sous la main. Mais, en femme précautionneuse, elle leur laissait toujours trente centimes pour qu'elles pussent prendre l'omnibus. Ce n'est souvent qu'en rentrant chez elles emportant quelques fioles d'eau pure, que les malades s'apercevaient qu'elles avaient été volées.

C'est à la suite d'un nombre énorme de plaintes déposées au parquet de la Seine que M. Bourdeaux, juge d'instruction, a fait arrêter Madame X. et sa bonne, qui ont été écrouées à Saint-Lazare.

LES CONGRÈS

Le Congrès international des Etudiants.

(Août-septembre, Marseille.)

Le Congrès international des Etudiants s'est ouvert le 31 août, sous la présidence de M. le sénateur d'Estournelles de Constant, le vaillant apôtre de la paix universelle, à Marseille, au Grand Palais de l'Exposition coloniale.

M. Laurens, président de l'Association des Etudiants de Marseille, a souhaité la bienvenue aux délégués et expliqué le but du Congrès, puis, M. d'Estournelles de Constant a prononcé le discours présidentiel. Il a expliqué comment les étudiants pourraient procéder à la création d'une fédération internationale. Un télégramme du ministre de l'instruction publique d'Italie, ainsi que différentes dépêches émanant de représentants étrangers, ont été alors lues à la tribune. Puis, un délégué russe a vivement attaqué, dans un discours fort applaudi, le gouvernement russe qui a enlevé toute liberté aux étudiants, et a terminé au cri de « Vive la liberté ! »

M. Mastier, préfet des Bouches-du-Rhône, averti, avait quitté la salle des séances. M. Campinchi, président de l'Association des Etudiants de Paris, a affirmé la solidarité des étudiants français et russes, et a terminé au cri de « Vive la Douma ! »

Cette effervescence enthousiaste calmée, M. d'Estournelles de Constant a recommandé aux étudiants, dans l'intérêt de tous, de ne plus mêler à leurs travaux les questions politiques.

Dans les séances suivantes, une scission regrettable s'est produite au sein des étudiants français au sujet du mode de votation. Les étudiants de province demandaient que chaque université disposât d'une voix. Les étudiants parisiens protestèrent, s'appuyant sur ce fait que l'Université de Paris compte 14,610 étudiants, presque autant que toutes les autres Universités de France réunies. Cette protestation n'ayant pas été prise en considération, les étudiants parisiens se retirèrent.

Il serait injuste que les étudiants de toutes les Universités françaises soient à la merci des représentants des étudiants ou plutôt des groupements d'étudiants parisiens, mais il serait encore moins équitable que l'Université parisienne ne compte pas plus dans un vote que des Universités comme celles de Clermont-Ferrand, Besançon ou Grenoble, qui ne comptent guère plus d'une centaine d'étudiants. Il faut espérer que ce différend se sera aplani et que les jeunes gens studieux de nos écoles, une fois leur querelle calmée, comprendront que l'œuvre de leur Congrès a une portée plus grande et qu'il ne faut pas la borner à des disputes d'amour-propre et des discussions stériles.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES

HUILE GRISE STÉRILISÉE & INDOLORE DE VIGIER A 40 0/0 DE MERCURE

Prix du flacon : 2 f. 25 ; double flacon : 4 f. 25. — Un centimètre cube représente 0 gr. 50 cent. de mercure métallique. **Dose ordinaire : pour Homme adulte :** Une injection **intra-musculaire** de 8 centigrammes de mercure par semaine, pendant 7 semaines. — Repos 5 semaines.— Faire une 2ᵉ série, etc.— **Femme adulte :** Une injection de 7 centigrammes de mercure par semaine pendant 5 semaines. — Repos 7 semaines. — Faire une 2ᵉ série, etc. — **Enfants à partir de 3 ans :** Injection de 1 centigramme de mercure. Pour ce genre d'injection il est préférable de se servir d'une seringue SPÉCIALE à *15 divisions*, dont chaque division correspond exactement à *1 centigramme* de mercure métallique.

Seringue du Dʳ Barthélemy  *Nouveau modèle déposé*

La seringue, avec une aiguille en platine iridié de 5 centimètres, prix à la **Pharmacie Vigier, 15 francs**
Si on se sert de la *seringue de Pravaz* une division correspond à 0 gr. 025 milligr. de mercure.

HUILE AU CALOMEL STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER

à 0 gr. 05 centigrammes par centimètre cube. — PRIX DU FLACON : 2 FR. 25

DOSE ORDINAIRE : *Injecter une seringue de Pravaz tous les 10 jours.—Faire une série de 5 injections.—Repos.—Faire une 2ᵉ série, etc.*

HUILE BIIODURÉE INDOLORE VIGIER à 0 gr. 004 millig. par centimètre cube, et à 0 gr. 01 centig. par cent. cube.

Pharmacie VIGIER, 12, boulevard Bonne-Nouvelle

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE : PAR AN
30 MILLIONS
de Bouteilles

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 19 Août [illegible]

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ÉCHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
61, Boulevard Haussmann, Paris.

COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

Meilleur marché que toutes les préparations Créosotées ou Gaiacolées

Les Comprimés de Thiocol Roche se présentent dans un tube de petit volume et sont par suite d'un emploi facile pour les personnes que leur occupation retient au dehors. Les Comprimés de Thiocol Roche se conservent indéfiniment, ils sont entièrement solubles dans l'eau. Chaque Comprimé renferme 0,50 de substance active.

« *Il serait impossible d'obtenir au prix des Comprimés de Thiocol Roche des préparations de Créosote et de Gaïacol semblablement titrées ; il serait surtout impossible de les administrer aux doses correspondantes de Gaïacol qu'il est aisé d'atteindre avec les Comprimés de Thiocol Roche.* » (*Dʳ Jifard.*)

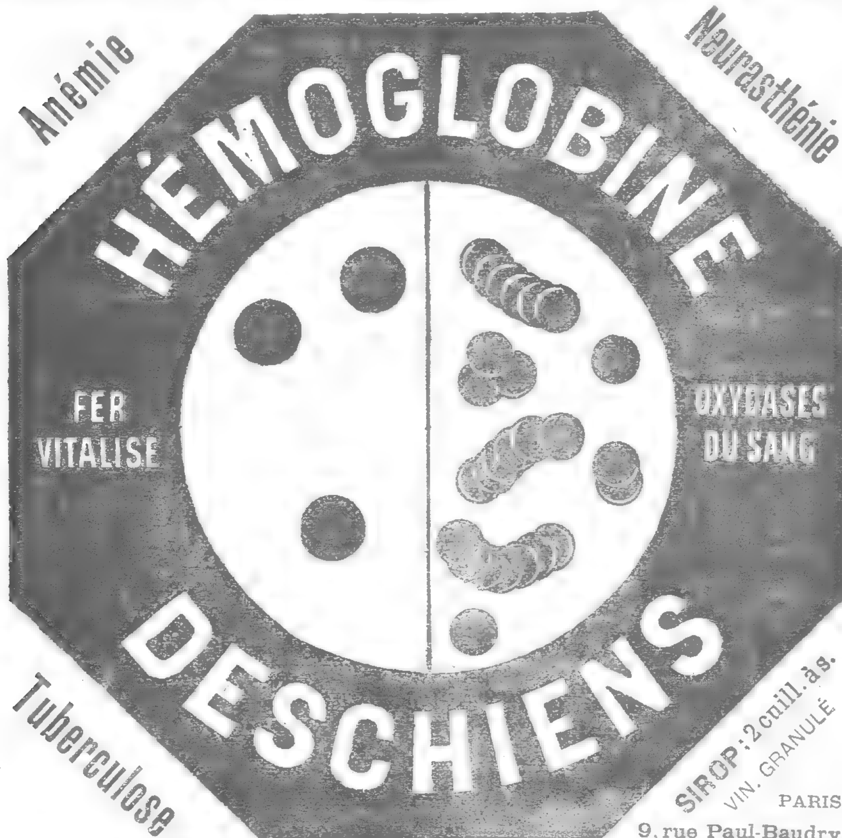
Prix du Tube de Comprimés, au public : 2 francs

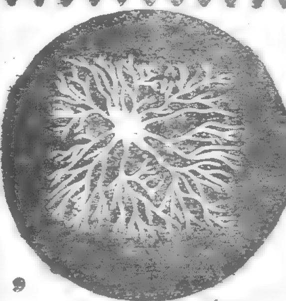
SIROP ROCHE AU THIOCOL

Les principes aromatiques qui distinguent le Sirop Roche des préparations similaires, facilitent la digestion du malade et l'action énergique de la médication créosotée. Les qualités du Sirop Roche permettent d'en prolonger l'usage à hautes doses chez les malades délicats, sans crainte de les lasser ; le Sirop Roche est d'un emploi particulièrement facile chez les enfants.

Prix du flacon, au public : 4 francs

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cᵒ, 7, rue Saint-Claude, PARIS (3ᵉ arr.)


Anémie
Neurasthénie
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
Tuberculose
SIROP : 2 cuill. às.
VIN. GRANULÉ
PARIS
9, rue Paul-Baudry



Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille.

(du 7 au 13 octobre).

Ce congrès est organisé sous le haut patronage de la ville de Marseille du département des Bouches-du-Rhône et de l'Etat, de M. le commissaire général et de l'Administration de l'exposition coloniale par le conseil départemental d'hygiène et avec la collaboration de la commission d'hygiène de l'exposition coloniale et des commissions sanitaires.

Le but que se proposent ses organisateurs est de faire appel à toutes les compétences pour rechercher en commun les meilleures méthodes de vulgarisation et d'application des principes d'hygiène publique, consacrés par la science moderne, et nécessaires au développement matériel et social des nations. Les colonies et la métropole sont solidairement intéressés à la question car si les explorateurs, les troupes coloniales, les colons, en un mot tous les coloniaux, doivent, pour résister aux intempéries et aux dangers, se conformer rigoureusement aux lois de l'hygiène, c'est également de leur état sanitaire que dépend directement, par les échanges commerciaux de toute nature, celui de la métropole.

Programme des travaux : 1re *section* « Technologie sanitaire et hygiène urbaine. 1° Alimentation des villes en eaux potables. — A) Eau de source. Rapporteur. M. Marboutin. — B) Traitement, filtration et stérilisation des eaux : R. M. Imbeaux. — 2° Evacuation et traitement des eaux et résidus dans les petites agglomérations rurales: R. M. Launay. — 3° Nettoiement de la voie publique. Traitement et utilisation des ordures ménagères : MM. Tur et Vincey. — 5° Salubrité de l'habitation : Aménagement intérieur. Orientation: M. Juillat. — 6° Chauffage et ventilation: M. Hoc. — 7° Eclairage, chauffage, aération, et désinfection des véhicules servant au transport en commun, MM. Roussy et Fayol.

Deuxième section. (Hygiène industrielle, professionnelle et militaire. Hygiène sociale). 1° — Législation et règlementation du travail : M. Leclerc de Pulligny. — 2° Habitations à bon marché M. Siegfried. — 3° Logements insalubres. Les taudis. Surpeuplement des logements. M. Cheysson. 4° Hygiène des hôtels et des garnis. M. Torel. — 5° Empoisonnements professionnels : M. Domergue. — 6° Hygiène dans les hôpitaux et les écoles : MM. Queirel et Lacau. — 7° Hygiène dans les casernes, les bivouacs et les campements et en campagne. Alimentation en eaux potables des troupes en campagne. Hospitalisation extemporanée, pour les troupes en campagne. M. Very. — 8° Bains-douches ; Bains publics. M. Cazalet. — 9° Cimetières, crémation. M. Lejourdan.

Troisième section. (Hygiène navale et coloniale). — 1° Transport en commun. Police sanitaire internationale. Logement des passagers et de l'équipage à bord des navires. — Ventilation des navires. M. Reynaud. — 2° Alimentation des passagers et de l'équipage. Travail à bord. Eaux potables : M. Torel. — 3° Désinfection des navires. Isolement des malades : M. Loir. — 4° Les œuvres de mer : M. Grandral. — 5° Hygiène des émigrants : M. Torel. — 6° Précautions à prendre pour les expéditions et explorations en Extrême-Orient et les régions équatoriales de l'Afrique: M. Jacob de Cordemoy. — 7° La convention internationale de 1903 : M. Torel.

Quatrième section (Epidémiologie. Prophylaxie des maladies transmissibles. — Hygiène infantile). — 1° Epidémiologie et prophylaxie générale. Les trypanosomes : M. Billet. L'agent de la fièvre jaune : M. Billet. Peste et choléra : M. Gautier. Déclaration obligatoire et ses résultats : M. Livon. Dispensaires anti-tuberculeux. Traitements prophylactiques et luttes anti-tuberculeuses, sanatoriums coloniaux : M. Raymond. — 4° Rôle de la mutualité dans la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile. M. Furster. — 5° Hygiène de l'enfance : lutte contre la mortalité infantile : M. d'Astros. Stations rurales pour enfants. Crèches. Gouttes de Lait : M. Cassoute.

Cinquième section (Hygiène administrative). Législation sanitaire. Démographie. Loi du 15 février 1902). M. A. J. Martin. — 2° Les règlements sanitaires municipaux. — M. Bluzet. Conseils départementaux d'hygiène et commissions sanitaires : M. Henrot. Projet de conseils départementaux d'hygiène. M. Queirel. L'enseignement de l'hygiène. MM. Courmont et de Montricher. Contrôle des eaux minérales : M. Domergue. Contrôle des substances alimentaires. Conserves alimentaires, les récipients : M. Domergue. — Etudes démographiques. Mouvement comparé de la population en France par départements et villes: M. De Montricher. Mouvement comparé par la population en France et à l'étranger : M. Bertillon.

Sections réunies. Les questions à discuter seront désignées ultérieurement en séances générales. Conférences et visites. Les conférences générales seront données au nombre de 2 ou 3 le soir, au théâtre, à la Faculté des sciences ou à la bibliothèque de la ville par les sommités scientifiques. Les visites et excursions comporteront entre autres : Visite au grand émissaire, au château de Longchamp et au bassin des eaux d'alimentation, au Lazaret du Frioul, Institut Pasteur, Institut vaccinogène. Excursions sur le canal de Marseille prise sur la Durance, bassin de St-Christophe, Pont de Roquefavour. Excursions aux exploitations et au traitement des ordures ménagères de la Crau. Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. de Montricher, secrétaire général, 7, rue Grignon, Marseille.

Congrès d'hygiène et d'assistance.

(Tourcoing : 19-23 septembre 1906.)

Ce congrès sera tenu à Tourcoing du 19 au 23 septembre à l'occasion de l'Exposition Internationale des industries textiles.

Adresser toute la correspondance relative au Congrès, souscriptions, demandes de renseignements, etc., à M. le Dr Julien, 123, rue Nationale. (Le Secrétaire se tient à la disposition des adhérents en ce qui concerne le logement pendant le séjour à Tourcoing). A cause des questions traitées et de l'intérêt des visites qui seront faites par les adhérents, il ne nous a pas été possible de réduire la durée du Congrès. Nous ferons remarquer, toutefois, qu'en réalité ce Congrès se compose de deux parties distinctes et que vraisemblement un certain nombre de congressistes, dont le temps est limité, ne suivront que les travaux de la section qui les intéresse particulièrement.

Congrès italien de médecine interne. — La seizième session du Congrès italien de médecine interne se tiendra à Rome en octobre prochain. Les sujets proposés sont les suivants : Artério-sclérose ; Fièvres analogues à la fièvre typhoïde et à la fièvre de Malte ; Arthritisme. M. le professeur Ferramimi, de Naples, prononcera une adresse sur les progrès du diagnostic, et M. le professeur Michelazzi, de Pise, sur les progrès de la thérapeutique.

3e Congrès International pour la répression de la traite des blanches. (*Paris, 22-25 octobre 1906.*) — Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.). Les Comités nationaux sont priés de faire connaître avant le 1er septembre le nom de leurs délégués et d'envoyer à l'adresse ci-dessus les cotisations correspondantes.

Voyages d'Etudes Médicales.

Voici la longue *liste des adhérents au 8e voyage aux stations de la Savoie et du Dauphiné*, qui a lieu actuellement du 1er au 12 septembre 1906. — *Directeur scientifique, Président du Comité de Patronage* : 1. Landouzy ; *Organisateur des V. E. M.* : 2. Dr Carron de la Carrière ; 3. Dr Jouaust, *Secrétaire* ; 4. M. Heuzé, *Secrétaire technique* ; 5. Dr Allain, conseiller général du Finistère, directeur de la Santé, Brest ; 6. M. Amblard, interne à l'hôpital Necker, Paris. *Bourse de la Société des eaux minérales de Châtel Guyon* ; 7-8. Dr Amigo Brey, médico-director de Banos y Aguas Minero-Medicinales et Mme Amigo Brey, Coruna (Espagne) ; 9. Dr Andresen, Charlottenlund (Danemark) ; 10. Dr Asselbergs, maladies de la peau, Bruxelles (Belgique) ; 11. Dr Battarel, médecin de l'hôpital civil de Mustapha, Mustapha (Algérie) ; 12. Dr Bellou, Formerie (Oise) ; 13. Dr Berthod, directeur de la *Médecine Sociale*, Paris ; 14. Dr Blanc, Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; 15. Dr Bluett, Kensington (Angleterre) ; 16. M. Bord, interne à l'hôpital Broca, Paris ; *Bourse de la Compagnie des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme)* ; 17. Dr Bories, Le Cannet de Cannes (A.-M.) ; 18-19. Dr Cailleret et Mme Cailleret, Vaucottes-sur-Mer ; 20. Dr Caroe, médecin-inspecteur de la ville de Copenhague, Copenhague (Danemark) ; 21 Dr Castor, médecin-major de l'armée des Indes, Londres ; 22. M. Chemery, étudiant en médecine, Vic-sur-Cère (Cantal) ; 23. Dr Cochez, chirurgien-adjoint à l'hôpital d'Alger. Alger ; 24-25. Dr Coffé et Mme Coffé, Bracquegnies, province du Hainaut (Belgique) ; 26. M. Coupel, interne en chirurgie à l'hôpital de Rennes. *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evian-les-Bains (Haute-Savoie)* ; 27. Dr Courtault, rédacteur en chef des *Tablettes Médicales Mobiles* et de la *Médecine des Accidents du Travail*, directeur de l'institut de mécanothérapie, Paris ; 28. Dr Curme, M. R. C. S. Dorset (Angleterre) ; 29. Dr Daubois, ex préparateur à la faculté de médecine de Lyon (Valence) ; 30. Dr Dauriac, Bordeaux (Gironde) ; 31-32. Dr Dehon, préparateur à la faculté de médecine, Lille. *Bourse de la Compagnie fermière*

du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) et Mme Dehon ; 33. Dr Dejace (L.), rédacteur en chef du *Scalpel*, Flemalle-Grande (Belgique) ; 34. Dr Dubois, Saint-Laurent de la Salanque (Pyrénées-Orientales) ; 35-36 Dr Dussauze et Mme Dussauze, Cognac (Charente) ; 37. Dr Dyssel, Hvalsoe (Danemark) ; 38-39. Prof. Dr Ehlers, directeur de la Policlinique dermatologique de l'hôpital Royal Fréderic à Copenhague, membre correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris et Mme Ehlers, Copenhague (Danemark) ; 40. Dr Eichmuller, Arcueil (Seine) ; 41. Dr Eschricht, Copenhague (Danemark) ; 42. Dr Flandrois, 92, rue Carnot, Lorient ; 43-44. Dr Fleury et Mme Fleury, Harfleur (Seine-Inférieure) ; 45. Dr Gough, Northwich, Cheshire (Angleterre) ; 46. Mme Grandjean-Bayard, docteur en médecine, Paris ; 47-48. Dr Hafstrom, médecin de S. M. le roi de Suède et Mlle Hafstrom, Helsinborg (Suède) ; 49-50. Dr Hardouin, chef de clinique chirurgicale à l'école de médecine et Mlle Hardouin, Rennes ; 51. Dr Hoummel, Remiremont (Vosges). *Bourse du Conseil municipal des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées* ; 52-53. Dr Jaquerod, médecin du Sanatorium du Chamossaire et Mme Jacquerod, Leysin (Suisse) ; 54. Dr Jones, M. R. C. P., médecin au Farringdon Dispensary et à l'hôpital Dreedhaught, Londres. *Bourse de la Société des eaux de Plombières (Vosges)* ; 55. Dr Jorgensen, Privat Docent, directeur du laboratoire de bactériologie de l'armée danoise, Osterbrogade Copenhague (Danemark). *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evian-les-Bains (Haute-Savoie)* ; 56. Dr Lacourt, Bruxelles (Belgique) ; 57. M. Laederich, interne à l'hôpital Laënnec, lauréat des hôpitaux, Paris ; 58. Dr Laroulandie, 33, rue Saint André-des-Arts, Paris ; 59. Dr Laurens, ancien prosecteur de la faculté de Toulouse, Graulhet (Tarn) ; 60-61. Dr Le Clerc et Mme Le Clerc, Levallois-Perret ; 62. Dr Lefebvre, Louhans (Saône-et-Loire) ; 63. Dr Lefèvre, Livry (Seine-et-Oise) ; 64. M. H. Lefèvre, étudiant en médecine, Livry (Seine-et-Oise) ; 65. Dr Le Fur, ancien interne des hôpitaux de Paris, maladies des voies génito-urinaires, Paris ; 66-67. M Lematte, étudiant en médecine et Mme Lematte, Paris : 68. Dr Lepage, Evaux-les-Bains (Creuse) ; 69. Dr Leviste, Dreux (Eure-et-Loir) ; 70. M. Lippens, interne des hôpitaux, Bruxelles. *Bourse de la Compagnie des eaux minérales de Pougues* ; 71. Dr Mallet, Tournan (Seine-et-Marne) ; 72. Dr Machenaud, médecin en chef de la marine, Rochefort-sur-Mer ; 73. Dr Mercanti, Florence (Italie). *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evian (Haute-Savoie)* ; 74. Dr Moller, Amsterdam (Hollande) ; 75. Dr Monnet, Paris ; 76-77. Dr Mottart et Mlle Mottart, Hannut (Belgique) ; 78. Dr Nedjmeddin Arif Bey, médecin du haut commissariat. Imp. Ottoman, membre correspondant de la Société d'obstétrique de Paris, Le Caire (Egypte) ; 79. Dr Noguès, assistant de la clinique des voies urinaires à l'hôpital Necker, Paris ; 80. Dr Olivier, La Bourboule (Puy-de-Dôme) ; 81. Dr Oreffice, secrétaire général du congrès d'hydrologie à Venise en 1905, Venise (Italie) ; 82. Dr Pallardy, Marennes (Charente-Inférieure) ; 83. Dr Pamart, Paris. *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evaux-les-Bains (Creuse)* ; 84. Dr Pechin, ophtalmologiste-expert près le tribunal de la Seine, Paris ; 85. Dr Penard, Bourg. *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evian-les-Bains (Haute-Savoie)* ; 86. Dr Pernet, dermatologiste à l'hôpital university college Londres, Londres W. ; 87. Dr Perorard, Copenhague (Danemark) ; 88. Dr Pichon, Paris ; 89. Dr Pompidor, Narbonne ; 90-91. Dr Robin, ex-chef de clinique à l'école de médecine, Rennes et Mme Robin ; 92. Dr Rowe, médecin de l'hôpital français de Londres. *Bourse de la Compagnie des eaux minérales d'Evian-les-Bains (Haute-Savoie)* ; 93. Dr Royen, Saint-Georges-sur-Meuse, Belgique. *Bourse du Touring-Club de France* : 94. Dr Sandby, Regstrup (Danemark) ; 95. Dr Sapcaliu, Buzen (Roumanie) ; 96-97. Dr Soubise, médecin à l'asile de convalescence Ledru-Rollin et Mme Soubise, Fontenay-aux-Roses ; 98. Dr Theas, Levignac (Landes). *Bourse de la Compagnie des eaux minérales et bains de mer* ; 99. Dr Thompson F. R. C. S. chirurgien oculiste de l'hôpital français de Londres et au Western ophtalmic hospital Londres, Londres ; 100. Dr Vaillant, licencié ès-sciences, Paris. *Bourse de la Compagnie fermière de Vichy (Allier)* : 101. Dr Venassier, interne à l'Hotel-Dieu, de Reims. *Bourse de M. le Profeeseur Henrot* ; 103. Mme Volovatz, docteur en médecine, Paris ; 104. Dr Williams, Esq. A. D. M. R. C. P. médecin de l'hôpital français à Londres, rédacteur en chef du Journal *Balneology and Climatology*, Londres.

Nous avons tenu à publier la longue liste des médecins qui prennent part aux voyages d'études médicales si merveilleusement organisés et dont le succès va toujours croissant. Soulignons cette année le nombre considérable des étrangers, 33, qui prennant part à cette utile odyssée et les nombreuses bourses données par diverses compagnies et sociétés. Ces voyages contribuent beaucoup aux succès de nos stations peu connues. Espérons que les villes et les stations de notre pays sauront reconnaître tous les services que leur auront rendus les organisateurs de ces voyages et les en récompenseront en contribuant de plus en plus, non à leur succès, c'est un fait accompli, mais à leur extension. J. N.

FORMULES

LXXVI. — Contre l'eczéma, les séborrhéïdes, l'impétigo, etc.

Le baume suivant, que M. de Beurmann a présenté à la Société de Dermatologie, donne les meilleurs résultats dans l'eczéma, l'impétigo, l'acné séborrhéïque, le prurigo et le sycosis. Voici sa formule complexe tel que l'a préparée M. Duret, interne en pharmacie de M. de Beurmann :

Goudron	18 gr.
Huile de cade	15 gr.
Résorcine	2 gr.
Menthol	5 gr.
Gaïacol	5 gr.
Camphre	40 gr.
Soufre	15 gr.
Borate de soude	36 gr.
Glycérine	54 gr.
Acétone	80 gr.
Huile de ricin	43 gr.
Lanoline	100 gr.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 19 au samedi 25 août 1906, les naissances ont été au nombre de 825, se décomposant ainsi : légitimes 590, illégitimes 235.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 844, savoir : 430 hommes et 414 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 4. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 203. — Tuberculose des méninges : 17. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 44. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 43. — Maladies organiques du cœur : 54. — Bronchite aiguë : 1. — Bronchite chronique : 3. — Pneumonie : 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 38. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 8 ; autre alimentation : 94. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 8. — Hernies, obstruction intestinale : 8. — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 29. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 18. — Débilité senile : 21. — Morts violentes : 30. — Suicides : 14. — Autres maladies : 117. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 50, qui se décomposent ainsi : légitimes 37, illégitimes 13.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole : Au grade de chevalier : MM. les Drs Cabeau[?], de Paris, et Loup, médecin-major à l'hôpital thermal de Vichy.

Médailles d'honneur des épidémies. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, pris en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies a été décernée

[illegible] personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement [illegible] elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques : Seine. M. B. — Mme veuve Colard, née Vinchon (Elisa-Eugénie), directrice surveillante du dispensaire situé rue des Cendriers, 45, à Paris : soins assidus et dévoués donnés depuis dix-sept ans aux enfants atteints de maladies épidémiques et transmissibles. — M. B. — M. Marielle (Léon), mécanicien de l'étuve de la circonscription de Levallois-Perret : a pratiqué de 1894 à 1906 un grand nombre de désinfections nécessitées notamment par des épidémies de diphtérie et de scarlatine.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, la médaille d'honneur ou la mention honorable des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques : Loir-et-Cher. *Médaille de* [illegible]. — Mme Carlier, née Boisset (Marthe-Marie) sage-femme à Lamotte-Beuvron : a fait preuve à plusieurs reprises du dévoument le plus méritoire auprès de malades atteints d'affections contagieuses. M. Colling (Pierre), garçon de laboratoire à l'hôpital civil de Reims. Marne. — M. Pierson (Eléonor) garçon d'amphithéâtre à l'école de Médecine de Reims. Dévouement dans certaines circonstances, notamment au cours d'une épidémie de fièvre tyhpoïde et dont ils ont été victimes. Marne (Haute-). *Mention honorable.* — M. Bocquenet (Joseph-Emile-Lucien), infirmier à l'hôpital militaire Saint Laurent à Langres : a fait preuve de dévouement dans ces dernières années à l'occasion de diverses manifestations épidémiques. Seine. *Médaille de bronze.* — M. Millot (François), aide-désinfecteur à l'étuve d'Aubervillers : a pris part à un grand nombre de désinfections et a été contaminé au cours de l'une d'elles. S'est distingué d'une façon toute particulière en visitant dans divers arrondissements de Paris, les immeubles contaminés, et en veillant à l'application des mesures d'assainissement ou de désinfection.

Service sanitaire maritime. *Médaille d'argent.* — M. le docteur Marianelli (Marie-Paul-Emile), agent sanitaire principal à Rochefort-sur-Mer.

Nouvelle-Calédonie. *Mentions honorables.* — M. Fruitet (Auguste), médecin civil ; M. Mialaret (Théophile), médecin civil; Mme Le Chanteur (Isabelle), infirmière au dépôt des indigents de l'orphelinat.

Ministère de l'intérieur. *Cabinet du Ministre.* — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 1er septembre 1906, M. Roth, chef adjoint du cabinet du ministre de l'Intérieur, est nommé chef du cabinet du ministre de l'intérieur. Par arrêtés du 1er septembre 1906, MM. Muller, licencié ès-lettres et en droit, et Bonifas, rédacteur au ministère de la justice, ont été nommés chefs adjoints du cabinet du ministre de l'Intérieur.

Service de santé. — Le médecin principal de 2e classe Lacronique, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, détaché au ministère de la guerre, est remis à la disposition de l'hôpital militaire Bégin.

Le médecin major de 2e classe Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, hors cadres, sans solde, est placé dans la position « en mission pour service » et maintenu hors cadres, sans solde.

Commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires. — Par décret en date du 6 août, et par modification de l'article 2 du décret du 31 mai 1904 : instituant une commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires, le nombre des membres de cette commission est porté à 17 dont 9 médecins civils et 8 médecins militaires. Le ministre de la guerre choisit et désigne les médecins conformément aux dispositions de l'art. 2 précité.

Ecole professionnelle d'infirmières de Lyon. — La réouverture de l'Ecole professionnelle d'infirmières pour l'année scolaire 1906-1907 aura lieu le mardi 2 octobre 1906, à 2 heures, à l'hospice de la Charité. — C'est également la première semaine d'octobre que recommencent les cours des quatre écoles d'infirmières et d'infirmiers de Paris.

Le repos hebdomadaire et le personnel de l'Assistance publique. — Les journaliers, ouvriers et ouvrières de l'Assistance publique ont tenu à la Bourse du travail, un meeting relatif à l'application de la loi sur le repos hebdomadaire. M. Thomas, maire du Kremlin-Bicêtre, présidait. Les orateurs, notamment MM. Rozier, député, et Deslandres, conseiller municipal, ont commenté une récente circulaire de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, qui a ému le personnel de l'Assistance parce qu'elle fait prévoir, comme conséquence du repos, la perte de deux journées par mois. Dans l'ordre du jour adopté à l'unanimité, les assistants « protestent avec la dernière énergie contre la diminution du salaire et insistent pour le payement intégral des 365 journées à tout le personnel ouvrier, sans distinction de corporation ». Une délégation a été chargée d'aller protester auprès de l'administration et des pouvoirs publics. (*Le Temps*).

Hospices civils de Toulouse. — La Commission administrative des Hospices civils de Toulouse a l'honneur d'informer le public que le concours annuel d'internat en médecine s'ouvrira le lundi 22 octobre prochain, pour six places d'interne titulaire et trois d'interne provisoire.

Hopitaux de province. — *Bayonne.* La place d'interne de l'hôpital de Bayonne est vacante à partir du 1er novembre prochain. La Commission désire confier ce poste à un étudiant de 4e année. Les conditions du service sont les suivantes : logé, chauffé, éclairé et nourri, avec un traitement de 600 fr. Si le titulaire désire prendre ses repas en ville le traitement est fixé à 1.200 fr.

Hospices civils de Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 octobre prochain, un concours public pour une place de chirurgien de ses établissements. Ce concours aura lieu devant la commission, assistée d'un jury médical. Il se composera de 5 épreuves. Le chirurgien à nommer entrera en fonctions le 1er juillet 1907, son traitement est fixé à 2.000 fr. par an. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hospices, rue Valbenoite, 40, à Saint-Etienne.

Maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin suppléant à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare aura lieu le 10 décembre prochain. MM. les docteurs qui désirent prendre part à ce concours sont priés de se faire inscrire à la Préfecture de police, service du personnel. Le registre d'inscription est ouvert dès à présent ; il sera définitivement clos le 24 novembre, à 4 heures. Tout candidat devra : 1° justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat ; — 2° Etre âgé de 25 ans. — Au moment de son inscription, il devra déposer : une demande sur papier timbré un extrait authentique de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Direction des affaires départementales. — M. Magny (Paul-Victor-Modeste), préfet de la Meuse, directeur honoraire au Ministère de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, a été nommé directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine, en remplacement de M. Defrance. La direction départementale comprend le *service des aliénés*.

Le feu dans un hospice. — Nancy, 2 septembre. — Un violent incendie a éclaté, hier soir, vers dix heures, à l'hospice des vieillards et à l'hôpital de Pompey. Le feu a pris rapidement une grande extension et a été vu de loin. Les pompiers et les habitants des villages voisins accoururent, ainsi que des détachements d'artilleurs et de fantassins du fort Frouard.

Les sauveteurs eurent les plus grandes peines à arracher des salles les vieillards en traitement et dont beaucoup étaient incapables de se mouvoir. Cependant, il n'y eut aucun accident de personnes et on parvint même à sauver une partie du mobilier et du matériel des salles d'opérations de l'hôpital. Les pompiers ont réussi, après plusieurs heur s d'efforts, à préserver les bâtiments voisins de celui où le sinistre avait pris naissance. Une partie seulement de l'hospice a été détruite par le feu. Les dégâts sont estimés 200.000 francs. (*Le Petit Journal,* 2 septembre 1906.)

D'où la nécessité de pourvoir les hôpitaux d'eau en abondance. Que d'établissements hospitaliers laissent à désirer sous ce rapport.

L'Assistance aux vieillards infirmes et incurables dans le Puy-de-Dôme. — Le conseil général a voté l'achat de la propriété de Mirabeau pour la création d'un hospice départemental destiné à assurer l'application de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

La fièvre typhoïde a Remiremont. — La fièvre typhoïde sévit, à Remiremont, dans la caserne du 15e bataillon de chasseurs à pied.

Le bureau d'hygiène d'Orléans. — Dans notre dernier article, relatif au Bureau d'hygiène d'Orléans, imprimé trop tôt sans que j'aie corrigé les épreuves, un grand nombre de fautes se sont glissées, notamment on a omis le nom de notre excellent et dévoué ami, le Dr Robert Halma-Grand, vice-président du Bureau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans et qui a rendu d'immenses succès à la municipalité. Le Dr Halma-Grand, intimement allié aux familles Maygrier et Brissaud, est un modeste et dévoué savant qui honore grandement le parti républicain et la médecine d'Orléans où il est l'objet de la considération générale. Albin Rousselet.

Encore la guérison du cancer. — Le docteur Otto Schmidt, de Cologne, a trouvé, dit-on, un remède contre le cancer.

Un correspondant du *Lokal Anzeiger* vient de l'interviewer à ce sujet. « Je suis le premier, lui a dit le docteur Schmidt, à avoir prouvé qu'on peut inoculer le cancer à un animal ». Et il montra

au journaliste plusieurs animaux subitement atteints de cancer, à la suite d'inoculations. Le docteur Schmidt croit possible, en poursuivant dans la voie où il s'est engagé, de trouver contre le cancer un traitement plus rapide dans des cas jugés incurables. a-t-il déclaré. « J'ai obtenu, affirme-t-il, un arrêt prolongé du mal, une grande amélioration de l'état général des maladies et la disparition totale des manifestations les plus douloureuses de la maladie ».(*Le Matin.*)

Contre la stérilité. — Le Dr G... (de Lyon) pensant aux rapports intimes qui existent entre l'utérus et le larynx, nous disait dans ses leçons intimes : « Si jamais vous rencontrez un jeune mari se plaignant de l'infecondité de sa femme, conseillez-lui de la faire chanter à haute voix pendant l'actus conjugii, c'est un moyen très bon pour faciliter la conception. » Une fois, j'ai donné ce conseil à un ami qui attendait sa progéniture depuis plusieurs années ; il eut deux enfants coup sur coup ; après quoi il recommanda à sa femme de... bien serrer les dents.

Petite correspondance. — *The médical Press and Circular.* — Prière d'adresser vos numéros d'échange 14, rue des Carmes.

Nécrologie. — On annonce la mort, à l'âge de soixante-treize ans, de M. le Dr Frédéric Escanyé, ancien conseiller de préfecture, conseiller général et ancien député des Pyrénées-Orientales. M. Frédéric Escanyé, dans son premier passage au Parlement, de 1876 à 1877, fut des 363. Battu en 1877, il fut réélu en 1878 et siégea jusqu'à 1885 sur les bancs opportunistes. Battu de nouveau en 1885, il continua de collaborer aux travaux du conseil général dont il était encore le doyen. Il rentra à la Chambre en février 1891, à la suite d'une élection partielle, et y siégea jusqu'au printemps dernier. Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Eugène Kœchlin, de Bischwiller, en Alsace-Lorraine, à l'âge de soixante-quatorze ans. Il était né à Mulhouse en 1832 et y exerça la profession médicale. Il fut médecin de l'hôpital pendant quarante ans. Le défunt était le fils de Kœchlin et le beau-frère de Jean Mieg-Kœchlin, tous deux anciens maire de Mulhouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14 rue des Carmes.

BOURNEVILLE. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.** In-8° de 136 pages avec 55 fig. Prix .... 4 fr.
Pour nos abonnés .... 3 fr.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'année 1904, avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin. Vol. de 314 pages avec 17 fig. Tome XXV. Prix .... 7 fr.
Pour nos abonnés .... 5 fr.

BOURNEVILLE. — **Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.** In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés (franco) .... 0 fr. 50

Librairie JOUVE
15, rue Racine.

Redde (L.). — Etude des dérivés de l'oxygène, leur emploi dans le traitement des plaies superficielles. 1 vol. grand in-8° de 110 pages.

Librairie MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince.

Coupé de Lahongrais (H.). — Le voisinage du chien, ses dangers. 1 vol. in-8° de 106 pages.

Librairie VIGOT
23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Annuaire de l'internat en médecine. 1 vol. in-8° de 104 pages. Prix .... 2 fr.

Vidal (L.) et Meunier (Ch.). — Annuaire des maisons de santé. 1 vol. petit in-8° de 170 pages.

Grasset (J.). Les devoirs et les droits de la Société vis-à-vis des aliénés. Broch. de 30 pages.

Paul (Ch.). — Contribution à l'étude de l'avortement criminel. 1 vol. in-8° de 224 pages. Larose, édit., 11, rue Victor-Cousin.

Grandjean-Bayard (E.). — Etude sur le pemphigus congénital. 1 vol. in-8° de 190 pages. Maulde-Doumenc, éditeur, 144, rue de Rivoli.

Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital. — 1 vol. in-8° de 236 pages. Tacher et Woolsey, éd. New-York.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

ANNÉE. 3e SÉRIE T. XXII No 37. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 15 SEPTEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Quelques réflexions sur le traitement de la fièvre hémoglobinurique bilieuse :

Par le Dr **Spiridion KANELLIS**
Médecin de l'hôpital Elpis et de l'hôpital Sotiria (d'Athènes).

I.

PROPHYLAXIE. — En commençant par la prophylaxie hygiénique de la fièvre hémoglobinurique bilieuse, nous nous hâtons d'avouer que nous sommes de l'ordre des conservateurs et que, par conséquent, nous sommes pour le principe : *non tout au paludisme, mais seulement ce qui est au paludisme d'une façon évidente.*

Comme la fièvre hémoglobinurique n'est point exempte de rechute et que l'anémie et la faiblesse générale du corps augmentent après chaque accès, ce qui augmente en même temps la prédisposition à des manifestations aiguës et très graves de l'infection palustre, il est prudent d'éloigner du foyer endémique toute personne qui aurait présenté un accès plus ou moins grave. En même temps, on rendra le malade attentif à ce qu'il se garantisse de toute cause de refroidissement et à s'habiller de vêtements de laine jusqu'au parfait rétablissement de la santé ; de plus, le malade doit prévenir toute manifestation et tout accès palustres par l'usage assidu des préparations de quinquina, ou même de la quinine à des doses légères. Enfin, tout accès palustre antérieur, même le plus léger doit être traité d'une façon radicale.

De même, les personnes qui souffrent de fièvre hémoglobinurique bilieuse, ou celles qui en sont menacées, ou celles qui en ont eu des atteintes antérieures, doivent, dès qu'elles ont ressenti un certain mouvement fébrile, se mettre au lit, conserver la peau chaude, boire des boissons chaudes (infusion de sauge, de tilleul ou de thé) et prendre toutes les trois heures une dose de bichlorhydrate de quinine, 30 centigr. par exemple de préférence par la voie hypodermique. En général, elles doivent éviter le refroidissement et l'humidité, les diverses fatigues excessives, ainsi que toute cause débilitante du corps et des forces en particulier. Manuel Ferreira (Moyens d'éviter les fièvres aux colonies de l'Afrique tropico-équatoriale ou les Sels de quinine et l'hygiène dans le paludisme, 1900, p. 157), en parlant de la prophylaxie des maladies paludéennes, reconnaît que les sels de quinine, administrés convenablement contre le paludisme dans un but prophylactique, modifient complètement, ou bien, ils repousssent l'apparition des fièvres malignes et des hématuriques bilieuses. Puis enfin il faut détruire les moustiques et se protéger contre les piqûres de ces insectes.

II.

TRAITEMENT. — Ayant, de tout temps, admis deux formes de fièvre hémoglobinurique bilieuse, la *forme palustre*, et la *forme quinique*, nous croyons utile avant d'entamer la question de leur traitement de faire précéder, au point de vue du diagnostic différentiel, les signes suivants que nous considérons comme tels : 1) emploi précédent de la quinine, 2) non répétition de l'accès hémoglobinurique sans administration d'une nouvelle dose de quinine, 3) grande intensité de l'ensemble des phénomènes cliniques (ictère, hémoglobinurie, vomissements, douleurs des reins); plus grande durée de ces phénomènes et répétition des accès hémoglobinuriques (forme intermittente de la maladie) ou continuation de l'hémoglobinurie (forme rémittente ou continue) dans la fièvre hémoglobinurique palustre, 4) amélioration de l'accès par l'ingestion de la quinine et guérison ; dans la plupart des cas, des malades souffrant d'hémoglobinurie palustre, 5) aggravation des phénomènes par l'administration d'une nouvelle dose de quinine, et mort du malade par la persistance non raisonnée du médecin dans l'usage de la quinine, en cas d'hémoglobinurie quinique, 6) apparition de l'hémoglobinurie palustre, dans certains cas, sans usage préalable d'une préparation quelconque de quinine, 7) découverte dans beaucoup de cas, des parasites palustres de Laveran, 8) nous savons que parfois, après la guérison de la fièvre hémoglobinurique palustre, les malades souffrent d'accès de paludisme sous diverses formes (paludisme intermittent ou tiers); l'administration de la quinine contre ces accès ne produit jamais de l'hémoglobinurie ; par contre, cette hémoglobinurie se produit toujours chez les individus qui ont les urines noires chaque fois qu'ils prennent même la plus petite dose de quinine, parce qu'ils ont une prédisposition.

Bastianelli agit de la façon suivante dans la fièvre hé-

moglobinurique : 1) si, au cours d'un accès palustre, survient l'hémoglobinurie, et qu'on révèle les parasites palustres dans le sang, il administre la quinine, 2) il évite de prescrire la quinine: si l'examen microscopique du sang ne révèle la présence des hématozoaires,3) il cesse de donner la quinine si elle avait été administrée avant l'apparition de l'accès hémoglobinurique, toutes les fois que le sang ne paraît pas contenir des parasites palustres; mais, au contraire, il conseille de continuer l'usage de la quinine, si les hématozoaires persistent dans le sang.

Selon notre avis, comme l'élément palustre est, dans la plupart des cas, la cause principale de la fièvre hémoglobinurique bilieuse, on doit avoir recours à l'administration des diverses préparations quiniques. La quinine doit être administrée le plus tôt possible et, de préférence, par injections hypodermiques. L'épigastre, la surface interne des cuisses et les omoplates sont les régions les plus propices pour les injections hypodermiques, et surtout, d'après Corre, les deux premières sont des régions où l'absorption se fait le plus rapidement. Quant à la dose, tout en étant prodigues, nous devons en surveiller avec attention l'absorption réelle si le médicament a été administré non par la voie hypodermique, mais bien par la bouche ou par la voie rectale. La quinine sera prescrite à la dose de 1 1/2 gr. par la bouche, en solution, si possible; à la dose de 2-3 gr. en lavement. Pour les injections, on doit prescrire 1 gram. de bromhydrate ou de bichlorhydrate de quinine, dilué *lege artis* dans 3 c.c. d'eau distillée stérilisée, et continuer cette dose quotidienne, toujours en rapport de l'intensité de la maladie.

Nous nous contentons de relater un seul cas de traitement de fièvre hémoglobinurique bilieuse palustre.

J. B., 35 ans, issue d'une mère hystérique et d'un père arthritique ; aucune maladie sérieuse n'a été faite jusqu'à cet âge ; elle a deux enfants bien portants. Au mois de mai 1895, à cause d'une bronchite chronique dont souffrait son mari, elle fut obligée d'accompagner celui-ci aux bains de Kyllini, lieu très marécageux. Cette femme, qui, durant son séjour à Kyllini, pendant un mois, se portait bien, une semaine après son retour à Athènes, où elle demeurait en permanence, commença à avoir des accès palustres de forme tierce qui ne durèrent pas plus de deux semaines ; ces accès revenaient dans la suite sous une forme irrégulière et ne cessèrent qu'au mois d'août. Le 10 octobre de la même année, après un temps froid et humide, elle fut de nouveau prise d'une fièvre intermittente qui commença de la façon suivante : 10 octobre, frissons répétés auxquels succédèrent la fièvre, de la céphalalgie et de l'osphyalgie intense ; je fus appelé à 4 h. p.m. et je trouvai une fièvre de 39°5. Purgatif (eau de Janos), du lait et du bouillon alternativement toutes les 2 heures; à 9 h. p. m. je fus de nouveau appelé et je trouvai le mari de la malade très épouvanté de ce que les urines de la malade étaient d'un rouge foncé. La malade avait des vomissements bilieux incoercibles; potion de Rivière et sinapismes sur la région stomacale ; quinine 1 gr. 30 pour le lendemain: 11 octobre, 3 garde-robes, intolérance de la quinine, laquelle a été vomie deux fois. Les urines du matin étaient noires, contenant de l'hémoglobine et 2-3 hématies intactes sur chaque champ optique du microscope. Couleur ictérique intense répandue sur tout le corps; température 38°2; pulsations 100; foie débordant deux travers de doigt des fausses côtes ; rate débordant des fausses côtes trois travers de doigt et sensible à la pression; 1 gram. de bromhydrate de quinine en injections hypodermiques pratiquées à 10 h. a.m ; à 5 h. p. m., urines moins noires; vomissements plus rares; du lait, une tasse de café toutes les 2 h.; température [illegible]; pulsations 110. 8 heures p. m., nouveaux frissons plus légers; température 39°8; pulsations 140; vomissements fréquents; urines d'un rouge foncé en quantité considérable et contenant de l'hémoglobine ; morceaux de glace par la bouche et sirop d'éther ; champagne ; 1 gram. de bromhydrate de quinine en injections pour le lendemain; préparations microscopiques du sang de la malade. — 12 octobre, 8 h. a. m., température 38°3 ; pulsations faibles 108; vomissements rares; la couleur ictérique persiste; injection de quinine; 11 h. a. m. température 37°2 ; pulsations 78 ; urines abondantes et moins foncées; diaphorèse abondante; l'examen microscopique des préparations de la veille a révélé la présence des hématozoaires de Laveran, et en particulier des corps sphériques et de peu de corps en croissant. 4 h. p. m. température 36°8; pulsations 68; urines à peine rougeâtres; injection de quinine (0,35), lait, bouillon, champagne. — 13 octobre, température 36°2; pulsations 60; la malade se trouve en bonne disposition ; 1 gram. chlorhydrate de quinine en 3 doses par la bouche. A partir du 14 octobre, la malade commence à prendre des médicaments toniques, des aliments nutritifs, du vin généreux et entra peu à peu dans la convalescence définitive et dans la santé. Le sang a été examiné à plusieurs reprises et ne contenait aucune des formes des hématozoaires palustres.

Au contraire, dans les hémoglobinuries quiniques simples, aussi bien que dans les fièvres hémoglobinuriques quiniques, nous évitons la quinine et nous ordonnons le repos, les limonades, l'eau de Vichy, et comme nourriture, le lait et exceptionnellement le bouillon de poule.

Nous n'ignorons point qu'on a publié des statistiques de malades atteints de fièvre hémoglobinurique bilieuse et guéris par la quinine, ainsi que des malades traités sans quinine, dans le but de prouver l'efficacité de la médication non quinique ; mais nous croyons que de ces statistiques on ne puisse arriver à aucune conclusion, du fait que, parmi les cas traités sans quinine, on a embrassé, selon notre avis, outre les fièvres hémoglobinuriques provenant de l'infection palustre, un grand nombre de cas d'hémoglobinurie quinique simple et de fièvre hémoglobinurique quinique, de sorte que tous les cas cités dans ces statistiques ne sont pas répartis d'après leur forme particulière : ce qui nous permet, par conséquent, d'abonder, avec assurance, dans le sens de la plus grande autorité médicale du siècle dernier, savoir que la statistique ne peut donner la vérité scientifique. En médecine et en physiologie, disait Claude Bernard, « la statistique conduit à l'erreur presque nécessairement ». Lorsque, surtout, la matière des statistiques n'est pas examinée à fond, n'est pas répartie d'une façon spéciale, lorsque, pour ainsi dire, l'ivraie n'est pas séparée du blé, lorsque le contenu des statistiques n'est pas basé sur les données étiologiques cliniques et anatomo-pathologiques véritables, du malade ; alors, ces statistiques ne comportent pas l'autorité de la persuasion, ne constituent pas, comme Lanceraux a dit, une *méthode scientifique définitive* : elles ne démontrent rien dans les sciences d'observation et d'expérimentation, et, dans ce cas, on doit recourir ailleurs pour avoir la lumière et la démonstration scientifique au sujet d'une question médicale quelconque.

Mais, n'y a-t-il point d'autres cas de fièvre hémoglobinurique bilieuse palustre, où puisse être nuisible l'administration d'une préparation quelconque de quinine indépendamment du mode de l'administration et de la dose de ce médicament ?

L'usage de la quinine est suspendu ou contre-indiqué seulement dans les cas de fièvre hémoglobinurique palustre où il y a de l'anurie ou une diminution sensible de la sécrétion urinaire, et cela, parce que l'économie est alors chargée de substances excrémentitielles nuisibles, lesquelles, ne pouvant être éliminées en tout ou en partie par les reins et par les excrétions des divers organes glandulaires, déterminent un nouveau tableau pathologique secondaire, une infection nouvelle ajoutée à la première, en d'autres termes, une auto-infection surajoutée très dangereuse pour le malade. Dans de semblables cas, la quinine ne pouvant agir thérapeutiquement, on doit y renoncer, car, dans l'impossibilité où elle est de s'éliminer de l'organisme par le parenchyme rénal en état anormal, elle acquiert une action massive, et peut, par là, agir paralytiquement sur le cœur, produire un grand degré d'abattement dans l'organisme malade, (lequel se trouve affaibli et anémié par l'accès hémoglobinurique palustre), réaliser de cette façon, le tableau complet de l'empoisonnement quinique et finir par amener la mort. Dans de semblables cas, l'administration de la quinine peut être, d'après le Dr Rizopoulos (de Lamie), encore plus nuisible parce que, en augmentant encore plus la congestion déjà existante du parenchyme rénal, elle augmente en même temps les lésions secondaires de la structure des reins, trouble de plus en plus la rétention partielle ou complète de la fonction sécrétoire de cet organe, de sorte que le danger de mort devient de plus en plus grave.

On combattra aussi, dans la fièvre hémoglobinurique palustre, les vomissements bilieux, en appliquant des sinapismes sur l'épigastre, et en faisant prendre, à l'intérieur, la potion de Rivière avec sirop d'éther, ainsi que du champagne glacé. Les vomissements bilieux résistent à tout traitement, lorsqu'ils apparaissent après la rétention urinaire et en sont dépendus. D'ailleurs, étant donné que les vomissements constituent, dans ce dernier cas, une issue, pour ainsi dire, aux produits excrémentitiels amassés dans l'économie, il serait entièrement nuisible de les réprimer complètement sous peine de hâter la terminaison fatale en fermant cette porte de sortie. Nous nous contentons de les modérer et de combattre les douleurs qui les accompagnent en appliquant sur l'épigastre des compresses imbibées de chloroforme. L'eau de Vichy prise en grande quantité est aussi utile, parce qu'elle excite légèrement la sécrétion urinaire et augmente la quantité des urines, tout en diluant l'hémoglobine libre dans le sérum sanguin et prévient l'embolie rénale par des coagulums de celle-ci.

Paucot (Traitement des accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique par des injections de chlorure de sodium. *Archives de médecine navale* 1901, oct., p. 302-) a appliqué avec succès, comme il dit, dans le traitement de la fièvre hémoglobinurique bilieuse, la minéralisation du sang par des injections hypodermiques de chlorure de sodium en solution 30 : 1.000 et en quantité de 200-300 grammes, une ou deux fois par jour, selon les indications ; dans des cas d'anurie, nous avons vu, dit Paucot, les urines revenir dans 3 à 12 heures.

Quant à nous, nous employons les injections de sérum artificiel ordinaire (7 : 1.000) en quantité de 150-250 grammes par jour, et nous les préférons à celles de Paucot, parce qu'une solution de 30 : 1.000 contient à coup sûr une grande proportion de chlorure de sodium, aggrave l'hypérhémie et l'inflammation rénales, et accentue, par conséquent, l'état urémique s'il existe. En cas qu'il n'y a pas lieu de procéder aux injections hypodermiques, nous administrons deux fois par jour un lavement de 350 gr. de sérum artificiel. Les injections du sérum artificiel ordinaire n'ont pas seulement l'avantage de minéraliser le sang, elles ont aussi celui de le laver et d'entraîner les hélotoxines.

Quand les urines sont rares, il ne faut pas donner des diurétiques par la supposition que ces derniers excitent la sécrétion urinaire. Les diurétiques, comme la scille, la digitale, l'acétate de potasse, etc., n'ont pas des effets agréables contre la maladie en question ; au contraire, nous croyons que ces médicaments augmentent la congestion rénale et favorisent l'apparition de l'urémie, et c'est avec beaucoup de raison que certains praticiens imputent à l'emploi de ces médicaments la production, ou plutôt, selon notre avis, l'accélération de l'apparition d'infarctus hémorragiques, que révèle l'autopsie dans le parenchyme rénal.

Les médicaments qui semblent favoriser l'élimination des produits excrémentitiels amassés dans l'économie par l'anurie sont le calomel et l'infusion de feuilles de jaborandi. Le calomel constitue, dans cette maladie, le meilleur des laxatifs, et il est plus facilement toléré par le malade : il provoque des évacuations profuses sans exciter le tube digestif et sans augmenter, après son effet purgatif, la tendance à la constipation, comme le font le sulfate de soude et le sulfate de magnésie. D'autre part, l'infusion de feuilles de jaborandi prise en même temps, augmente la sécrétion des glandes salivaires et de la peau. De plus, nous appliquons, à plusieurs reprises, sur la région des reins, des ventouses sèches et des applications chaudes, ce qui combat l'osphyalgie parfois intense qui accompagne la congestion rénale, et augmente l'urination. Le malade est, en même temps, soumis au régime lacté absolu ; il prend rarement du bouillon de poule léger comme aliment excitatif et du vin blanc vieux. En cas de grand abattement des forces, accentué par les vomissements réitérés, nous ordonnons des lavements nutritifs composés de lait, jaune d'œuf et cognac ou du bouillon de poule, jaune d'œuf et vieux vin rouge. On peut continuer ces lavements pendant 3-8 jours.

Après la cessation de la fièvre et la disparition complète des symptômes de la maladie, pour que le malade recouvre ses forces, nous prescrivons la décoction de quinquina avec extrait de kola et cognac. Le traitement est terminé par des injections hypodermiques de néo-arsycodile.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Les maisons de prompt secours en Espagne et en France.

M. Hutin, dans la *Presse* (1), consacre un intéressant article sur le service de prompt secours installé en Espagne dans les villes du royaume, où il existe des *maisons de secours* proportionnellement au nombre des habitants. Tous les malades ou blessés de la voie publique y sont transportés aussitôt après l'accident et des soins immédiats et gratuits leur sont donnés. Des lits tout préparés, une pharmacie complète, la présence *constante* d'un médecin et d'un aide. De plus, écrit M. Hutin, une personne malade chez elle ou victime d'un accident peut se faire ou se transporter à la maison de secours de son quartier et recevoir gratuitement les soins nécessaires.

Des maisons de secours existent à Madrid, Barcelone, Bilbao, Saint-Sébastien, Valence, Malaga, Cadix, Xérès, etc. A Séville, le nombre de ces maisons est de cinq pour une population de 200.000 âmes. L'une d'elles, située au *Prado San-Sébastian*, près du champ de manœuvres, peut être considérée comme un modèle.

« Isolée des autres habitations, solidement bâtie, offrant l'aspect d'un hôtel particulier de grand luxe entouré de verdure, cette maison est pourvue à l'intérieur des derniers perfectionnements qu'il est possible de rencontrer dans un hôpital moderne. L'air et la lumière y circulent de toutes parts ; la salle d'opérations y est admirable, abondamment munie des instruments les plus délicats. »

A signaler également, les fructueux essais de M. Seguin, directeur de la Compagnie du Gaz, du Mans, de Vendôme et de Vannes qui, en 1880, créait un poste de secours à l'usine à gaz du Mans, sur le bord de la rivière de la Sarthe. Ce poste se composait, à l'origine : d'une boîte de secours portative et d'un meuble renfermant tous les médicaments ou appareils nécessaires en cas d'accidents dans l'usine ; plus tard, le poste fut perfectionné. On y installa : 1° un tableau indiquant les premiers soins à donner aux noyés ; 2° un coffret d'avertissement électrique ; 3° deux grandes gaffes, bouée avec cordage ; un bateau de sauvetage, un lit, une table d'opérations, un appareil à douche froide, un chauffe-bain avec baignoire, etc. En 1886, le Dr O. Dubois faisait modifier ce poste, dont l'organisation repose sur le principe suivant : « Permettre au premier venu, doué d'une intelligence ordinaire et sachant lire, de donner d'urgence des secours efficaces à toute personne dont l'état physique réclame des soins immédiats. Depuis cette époque l'œuvre de M. Séguin a pris une réelle importance et ses poste-hôpitaux méritent une sérieuse attention.

Voilà une excellente institution que nous devrions posséder depuis longtemps en France, où la question du service de prompt secours, sauf pour certaines villes comme Bordeaux, où notre excellent ami le Dr Mauriac a créé le service des ambulances urbaines en 1889 et quelque peu Paris, grâce à ses nombreux hôpitaux, est complètement mise de côté. Tous les jours, grâce au progrès de la locomotion et au sans-gêne des automobilistes, les accidents sont de plus en plus fréquents et il n'est pas un coin de la France, soit à la ville, soit à la campagne, qui n'ait journellement [illegible] victimes auxquels les soins sont malheureusement donnés trop tard.

Et pourtant nombreuses ont été les voix qui se sont élevées en faveur de l'établissement de maisons de prompt secours. Au mois d'octobre 1860, le Dr Rigaud, reconnaissant l'insuffisance des secours publics en cas d'accidents, adressait au maire du IIIe arrondissement un rapport tendant à établir des postes médicaux dans certains quartiers de Paris. M. Rigaud s'y plaint avec raison que, quoique au-dessus de la porte de certains corps de garde et commissariats, on lise ces mots : *secours aux blessés*, qu'il y ait dans ces endroits des boîtes à pansements et à médicaments, mais où trop souvent les secours prodigués par des gens inhabiles sont inefficaces et même dangereux. Il serait donc important, concluait M. Rigaud, pour la sécurité de tous, d'organiser dans les quartiers les plus populeux de Paris, dans ceux où les accidents se répètent journellement et qui sont éloignés des hôpitaux, des postes dans lesquels les victimes riches ou pauvres recevraient à l'instant même des soins éclairés, dans un local aéré et commode et d'un abord facile, doté d'un matériel convenable, etc., etc. Ce rapport, envoyé au préfet de la Seine le 7 décembre 1860 par le maire du IIIe arrondissement repose en paix dans les cartons.

En 1864, 1865 et 1870, de nombreux et intéressants rapports furent présentés au Préfet de police par M. Aug. Voisin, qui, en sa qualité de directeur des secours publics, demandait l'établissement de postes médicaux et de cabinets de médecins dans les nouvelles mairies, [illegible] côté des postes centraux de police. Tous ces rap[illegible] furent enterrés. Depuis cette époque, aucun fait [illegible] d'être signalé, sauf les rapports annuels de M. V[illegible] insistant de plus en plus sur une prompte améliora[illegible] des secours publics.

Dans la séance du 21 novembre 1877, de la comm[illegible]sion d'hygiène du IIe arrondissement, M. Galliard, m[illegible]bre de la commission, à l'occasion d'un acciden[illegible] il venait d'être témoin, présentait quelques observa[illegible] sur l'insuffisance des secours publics et souhaitai[illegible] des postes médicaux fussent établis dans Paris su[illegible] voie publique, dans un certain nombre d'endroits très fréquentés. M. Voisin, dans la séance du 30 [illegible] 1879, reprit à cette occasion au Conseil d'hygiène [illegible] salubrité du département de la Seine, la thèse q[illegible] avait soutenue en 1864, 1865 et 1866, et, appuyant la proposition de M. Galliard, il proposa l'installati[illegible] postes médicaux ayant la forme de grands bur[illegible] d'omnibus et placés sur la voie publique dans le[illegible] rents endroits dangereux de Paris. Ces postes sera[illegible] pourvus de tous les moyens de secours aux blessés et aux individus pris de maladies subites et des g[illegible] y seraient en permanence, qui, de même que les [illegible] de service des pavillons de secours aux noyés, seraient instruits dans les premiers soins à donner en attendant l'arrivée du médecin. Dans chacun de ces postes, [illegible]

(1) *La Presse*, 29 août 1906.

…it une liste des médecins qu'on pourrait requérir …as d'accident, et une communication télégraphique …relierait avec les postes centraux de leur arrondissement. Cette fois encore, le rapport fut envoyé à l'administration. On l'a oublié.

Toutefois M. Voisin revint à la charge. Le 14 novembre 1879, ayant rappelé de nouveau au Conseil d'hygiène le vœu émis par la commission d'hygiène du IIe arrondissement, tendant à l'établissement à Paris de quelques postes de secours, proposa de désigner les endroits où les premiers pavillons pourraient être établis, leur forme, etc. Un des membres, M. Delpech, estima qu'une *innovation de ce genre n'était pas d'une …ité* incontestable. On ne pouvait songer à confier à des gardiens de la paix des malades ou des blessés. Pour que le pavillon fût utile, il aurait fallu attacher un médecin à demeure, *ce qui était impossible* (1). Finalement, l'affaire fut renvoyée à une commission chargée de présenter un rapport complémentaire.

Le 30 novembre 1880, M. Nachtel avait communiqué à l'Académie de médecine une note intitulée : *Fonctionnement de l'ambulance urbaine de New-York destinée à porter les premiers secours sur la voie publique et utilité qu'il y a d'établir un service de ce genre à Paris.* Ce rapport fut également déposé au Conseil municipal. Le Dr Levraud déposa sur le bureau du Conseil une proposition demandant le renvoi à la …commission d'un projet de réorganisation du service des secours publics sur les bases indiquées par M. N. Nachtel. Le rapporteur, M. Bourneville, concluait son rapport en ces termes :

« Il conviendrait : 1° d'insister à nouveau pour diviser Paris en circonscriptions hospitalières ; 2° d'établir à titre d'essai des ambulances analogues à celles de New-York dans deux circonscriptions répondant à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Lariboisière, par exemple ; 3° d'installer dans les circonscriptions choisies des postes avertisseurs qui serviraient pour les accidents (assistance publique) et pour les incendies (Préfecture de police), des réseaux télégraphiques dont disposent déjà ces deux administrations qui rendraient moins coûteuses cette organisation » (2).

Une commission administrative nommée par le préfet de police et le préfet de la Seine se mit à l'œuvre. Le Dr Voisin présenta à nouveau son projet de pavillon. Les deux préfets furent d'accord de demander au Conseil municipal un crédit de 20.000 fr. pour la construction d'un pavillon d'essai, installé sur le plateau …été entre le boulevard Saint-Martin et la rue de Bondy, près du théâtre des Folies Dramatiques. Le Conseil refusa le crédit et vota 5.000 fr. en faveur des ambulances urbaines de M. Nachtel qui fonctionnèrent un certain temps, puis furent réunies aux ambulances …icipales existant actuellement.

…nc jusqu'ici, sauf pour les noyés ou asphyxiés, pour …els existent de très confortables pavillons sur les berges de la Seine et des canaux, toutes les tentatives ont échoué. Nous ne parlons pas des postes de police qui déjà malsains pour le personnel, le seraient à plus forte raison pour les victimes d'accidents ou de maladies.

En 1787, Mercié réclamait pour Paris 50 petits hôpitaux répartis d'après les exigences des quartiers. Cent ans plus tard, le regretté Louis Gallet, inspecteur de l'assistance publique, voulait « l'obligation absolue du prompt secours imposé par le sentiment du devoir social comme par l'intérêt de la pratique professionnelle et de fonctionnement des services où ce prompt secours peut être donné ». Plus de 2000 personnes sont actuellement victimes d'accidents de tout genre ; nos ambulances urbaines sont insuffisantes, nos hôpitaux inégalement répartis, de là la création demandée par M. Gallet de petits hôpitaux de 10, 20 à 100 lits, chargés d'assurer au public le prompt secours. L'Espagne, comme l'a si bien signalé M. Hutin, est en train d'accomplir cette œuvre, pourquoi n'en ferions-nous pas autant ? La France est le pays des bonnes volontés et des grandes initiatives. Malheureusement, il y a encore des routiniers qui ne veulent rien changer à ce qui a été fait ; c'est un tort. Nous essaierons prochainement de donner notre modeste avis sur l'organisation de maisons de prompt secours, non seulement à Paris, mais dans toute la France.

Albin ROUSSELET.

(1) BOURNEVILLE. — Rapport sur une proposition de M. Levraud tendant à la mise à l'étude d'un projet de réorganisation du service des secours publics sur la base de celui qui fonctionne à New-York, 1883, n° 69.

(2) Dans une commission municipale tenue plus tard et dont nous faisions partie, il a été complètement impossible de faire entendre raison aux sapeurs-pompiers sur ce dédoublement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

LE DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

Genève, le 7 septembre 1906.

Mon cher Directeur,

Malgré les chaleurs encore torrides, à Paris comme en Suisse d'ailleurs, le nouveau Congrès est un succès. Au premier Congrès — où je présidai comme cette fois du reste, la section des locaux scolaires — un membre de cette section, M. Piquet-Fages, membre du Conseil administratif de la ville de Genève (ce qui équivaut à maire), avait désiré pour la capitale de la Suisse française le deuxième Congrès d'assainissement, c'est-à-dire que nous y étions désirés, attendus et que nous y sommes choyés.

Les discours d'ouverture eurent lieu avec toute la solennité voulue en la grande salle, dite de l'Aula, de l'Université de Genève, vaste bâtiment sans architecture mais confortable, bien aménagé, répondant à sa destination et situé au milieu d'un immense jardin comme notre Luxembourg. C'est là une des caractéristiques de la Suisse, simplicité des gens ou des maisons et fond solide. On le retrouve à la nouvelle Maternité, à l'Asile de Puichat, à l'hôpital central, où l'architecte Perrod, les professeurs Bard et Girard, le docteur Edouard Martin, nous font les honneurs : peu ou point d'apparence extérieure, peu de façade ; en réalité, du confort et tous les progrès connus.

Les discours d'ouverture eurent cette simplicité : cordialité de M. Marc Ruchet, ancien président de la con-

★

fédération helvétique : bonhomie de M. Henri Fazy, président du Conseil d'Etat du canton de Genève ; clarté, de M. F. Marié-Davy de la Société Française d'hygiène et l'initiateur de ces Congrès ; humour de notre compatriote le professeur Bard, de Lyon et de Genève, en réalité résidant à Genève et y professant ; chaleur franche de M. Piquet Fages... En somme, discours plutôt courts et répartis l'après-midi et le soir du 4 septembre, à l'Université, et à la réception du palais Eynard.

Le palais Eynard, légué par un particulier à la ville de Genève, est consacré à la réception des Congrès importants par la municipalité. Là encore, le cadre de verdure et de grandeur s'allie à la simplicité. M. Guillaume Fatio, président du comité d'organisation du Congrès, nous illustre une magistrale conférence sur l'habitation en Suisse par des projections et une parole précise et colorée. M. Guillaume Fatio nous recevra le jeudi en sa campagne des environs de Genève, à Genthod : et nous sommes des centaines ! On parle de l'hospitalité écossaise, je propose d'ajouter au proverbe celle de la Suisse.

Le même jeudi, la Société des eaux de Champel, en un beau séjour, vue pittoresque et étendue, nous offrira également à déjeuner.

La France, l'initiatrice, devait se trouver ici largement représentée, elle l'est ; elle fera même en dehors des séances nombreuses et chargées des conférences à Victoria-Hall (MM. Juillerat, Rey, Chassevant). Citons quelques noms : MM. Crivelli, Gréhant (du Muséum), Lacau, Marié-Davy, Hablé, Fillassier, J. Vitoux, prof. Gariel, H. Pottevin (du Havre), Rouget, Longerey, Mme Juillerat, Dr Cazalis, Foveau de Courmelles... La Suisse, cela va de soi, a beaucoup donné : professeurs Girard, Bard, l'architecte Baudin, MM. Fatio, Vuarin, Claparède, Naville, A Reverdin.

Les étrangers (vingt nations au moins) sont également représentés, le Japon, le Brésil, la Belgique, avec MM. Desguin (d'Anvers), Franken, Remonchamp ; l'Autriche, avec MM. Stradal, S. Jellineck ; l'Allemagne ; l'Italie avec le professeur Testi... Je cite au hasard et de mémoire, bien incomplètement par conséquent. C'est qu'il est bien difficile, voire méritoire, de faire de la copie au milieu de travaux multiples, d'excursions nombreuses et charmantes, et par une chaleur tropicale ; si, avec cela, on a, pour être déjà venu en Suisse (voir ma correspondance du Congrès d'Electrologie de Berne, septembre 1902), quelques relations, on ne s'appartient plus.

Vous dirais-je quelques mots des sujets traités : l'habitation dans sa salubrité et sous ses faces multiples (douze sections) est tour à tour examinée : maisons familiales, rurales, ouvrières, administratives, hospitalières, flottantes, militaires, scolaires. Les questions générales avec l'*eau potable à la maison* (de votre serviteur), l'éclairage, le chauffage, l'évacuation des matières, l'incinération des déchets humains (Bréchot) : nous initient aux derniers progrès industriels appliqués au confort des logements variés qui attendent l'homme et où il passe la plus grande partie de son existence.

Nous visitons les locaux divers de notre programme, la bibliothèque fondée par Calvin en 1553, l'hôtel de ville avec son escalier en pente douce, car les anciens syndics arrivaient à âne dans la salle des séances ; les écoles à l'aération facile par un système analogue au frein Bowden des bicyclettes à roue libre en ouvrant des vasistas, les hôpitaux à salle d'opération à chauffage en dehors de la pièce pour n'avoir rien à toucher.

Vous dirais-je que mon cœur d'électricien a souvent bondi de joie en voyant appliquer là les derniers systèmes électriques. Les radiateurs, nids à poussière chez nous, sont ici à eau chaude le plus souvent, isolés et faciles à nettoyer. Les forces motrices à l'eau du lac si bleue, si bleue qu'on la croirait chargée d'ozone, nous sont montrées avec leur puissance gigantesque : la houille noire manquant en Suisse, on y a la houille blanche abondante et variée, glaciers, fleuves et torrents se chargeant de la fournir, et l'Etat va, dit-on, s'en assurer le monopole ; il est, en effet, encore parfois obligé de recourir à la houille noire pour des services supplémentaires, les particuliers recourraient désormais seuls à ce moyen de force motrice et de chauffage qui, ici, vient d'Allemagne.

Nos visites et des rapports consciencieux nous apprennent toutes ces choses : les conversations, au cours d'excursions, continuent de nous instruire. M. Baudin, architecte, qui a fait des locaux scolaires la plus complète étude, nous en révèle les progrès dans le monde entier. Le lendemain, nous visitons Coppet, le château de Mme de Staël, dont le comte d'Haussonville, de l'Académie française, nous fait avec humour les honneurs.

Ainsi s'allie travail et plaisir, instruction et charme...

Pardonnez cette causerie à bâtons rompus que je compléterai quelque peu incessamment, car nous avons encore des séances et devons excursionner dans toute la Suisse.

Dr Foveau de Courmelles.

Viciation de l'air des locaux scolaires publics et privés,

Moyen d'y remédier (1) ;

Par M. le Dr Allyre Chassevant.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Auditeur au Conseil supérieur d'Hygiène de France.

La viciation de l'air des locaux scolaires est une des questions les plus importantes et dont dépend l'avenir de la race. On peut dire que l'air confiné prépare les candidats à la tuberculose. Ce sujet a du reste depuis longtemps attiré l'attention des médecins, pédagogues, architectes, en un mot de tous ceux qui se préoccupent d'hygiène ; on peut dire qu'après les nombreux travaux faits sur cette matière, la question est théoriquement résolue.

Les pouvoirs publics eux-mêmes ne se sont pas désintéressés de la question, et dans la plupart des pays civilisés, des règlements prévoient la *surface* et le *cube d'air* que doit avoir une classe, en fonction du nombre d'élèves qu'elle contient.

En France, le règlement exige 1 mètre carré de surface par élève et 3 m. 30 à 4 mètres de hauteur ; ce qui au minimum fait 3 m^3 30 par élève. De tous les règlements, c'est celui d'Upsal qui exige le cube d'air le plus élevé : 7 m^3 25 par élève pour les classes qui ne contiennent pas plus de 30 élèves, et 8 m^3 5 par élève pour les classes de 40 élèves. Nous ferons observer que le règlement d'Upsal a très justement exigé un cube d'air plus considérable dans les classes plus encombrées.

Si nous examinons ce qui se passe en pratique, nous constatons que les raisons d'économie forcent souvent les municipalités à utiliser leurs vieux bâtiments ou à encombrer des classes de dimensions trop restreintes, ce qui fait que les locaux scolaires n'ont plus un cube suffisant pour la population d'élèves qui l'habite.

Nous croyons intéressant de donner pour un certain nombre de classes d'écoles communales de Paris le cube d'air et surface par élève (2).

Par la lecture de ce tableau (1er tabl., p. 583) on voit aisément que le cube d'air par élève varie dans de grandes limites, que beaucoup sont très inférieurs au minimum exigé par le règlement français et qu'aucun ne satisfait au desiderata du règlement d'Upsal. Il serait urgent d'y remédier en prescrivant d'une façon formelle l'encombrement des classes.

On n'a pas le droit d'entasser des enfants dans des conditions antihygiéniques qui ont un retentissement sur leur développement physique, sous prétexte d'assurer leur instruction. Nous constatons avec peine, qu'à Paris, le cube d'air par élève de la classe la plus vaste n'est que de 6 m^3 1, alors qu'à Upsal on exige à juste titre 7 m^3 3 pour les classes de moins de 30 élèves, 8 mètres cubes pour celles de 40 élèves.

(1) Rapport présenté au Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation.

(2) A. Lévy. — *Annales de Montsouris.*

	Nombre d'élèves	Cube d'air par élève	Cube d'air total	Surface par élève	Surface totale	Hauteur
... Saint-Charles. 60	65	2.3	151	0.55	36	4.20
... Clignancourt. 63	49	2.5	120	0.81	40	3.00
... de Buffon. 11	44	2.8	123	0.88	39	3.15
id.	55	2.9	159	1.00	55	2.90
...nue La Motte-Piquet	52	3.2	169	»	»	»
... Saint-Charles. 60	56	3.3	183	0.78	44	4.10
Rue Laugier	65	3.4	222	»	»	»
Rue Michel-Bizot	55	3.8	205	»	»	»
Rue du Ranelagh. 70	49	4.0	198	1.06	52	3.80
Rue Hospital-St-Gervais	46	4.0	186	0.88	41	4.50
Boulevard Saint-Marcel	48	4.1	198	1.00	49	4.00
id.	48	4.1	198	1.00	49	4.00
Rue Saint-Maur. 200	48	4.2	200	1.05	50	4.00
Rue Saint-Jacques. 30	38	4.3	162	1.13	43	3.75
Rue du Général-Foy	28	4.3	123	»	»	»
...levard Arago. 30	55	4.3	234	1.07	59	3.96
...levard Diderot. 40	48	4.3	208	1.07	52	4.00
id.	48	4.3	208	1.07	52	4.00
... Saint-Maur. 200	45	4.4	200	1.10	50	4.00
...passe Guéménée	53	4.6	248	»	»	»
...nue de Reuilly	59	4.62	230	»	»	»
...e Jeanne-d'Arc. 33	43	4.8	255	0.96	51	5.00
...e Lepic. 62	34	4.8	162	1.20	41	3.95
...e Jeanne-d'Arc. 33	48	5.00	241	1.04	50	4.82
...ulevard Arago. 30	44	5.3	234	1.34	59	3.96
...aubourg Saint-Honoré	36	5.4	196	»	»	»
... Saint-Jacques. 30	30	5.4	162	1.40	43	3.75
... Clignancourt. 63	47	5.5	259	1.23	58	4.46
...e Lepic. 60	46	5.5	251	1.37	63	4.00
...e du Ranelagh. 70	45	5.7	256	1.50	67	3.80
...e Blanche. 9	41	6.1	249	1.50	61	4.00

	Nombre d'élèves	Cube par élève	Cube total	Acide carbonique pour 1000	Oxyde de carbone p. 100 m³	Observations
...ulevard Diderot, 40	48	4,3	208	2.83		Tout fermé.
...e Clignancourt, 63	49	2,5	120	2.43		3 becs de gaz allumés.
...ven. La Motte-Piquet	52	3.2	169	2.14	1.5	
...e Laugier	65	3,4	222	2.05	0.7	
...e Michel-Bizot	55	3.8	205	1.94		
...aub. Saint-Honoré	36	5,4	196	1.93		
...ue Saint-Maur, 200	48	4.2	200	1.86		Tout fermé.
...ue Saint-Charles, 60	65	2,3	151	1.83		Tout fermé, mauvaise odeur
...venue de Reuilly	49	4,62	230	1.74		
... Lepic, 62	34	4.8	162	1.70		
...ue Jeanne-d'Arc, 33	53	4.8	255	1.65		Tout petit vasistas ouvert
Rue Blanche, 9	41	6,1	249	1.63		
... Saint-Charles, 60	56	3.3	183	1.57		2 petits vasistas ouverts
... du Général-Foy	28	4,3	123	1.53	0.7	
...levard Saint-Marcel	48	4.1	198	1.52		Tout fermé.
... Jeanne-d'Arc	48	5.0	241	1.52		
...e de Buffon, 11	55	2,9	159	1.50		Vasistas ouvert.
... du Ranelagh, 70	45	5,7	256	1.44		Fenêtre entr'ouverte.
...ulevard Arago, 30	55	4.3	234	1.41		Tout fermé.
...e Lepic, 62	46	5.5	251	1.40		
... Clignancourt, 63	47	5.5	259	1.39		5 becs Auer allumés.
... Saint-Jacques, 30	38	4.3	162	1.38		Tout fermé.
... du Ranelagh, 70	49	4.0	198	1.35		Fenêtre ouverte.
...levard Arago. 30	44	5.3	234	1.32		Petit vasistas ouvert.
... de Buffon, 11	44	2.8	123	1.08		2 fenêtres ouvertes.
...v. Saint-Marcel	48	4.1	198	1.07		1 fenêtre ouverte.
...passe Guéménée	53	4.0	248	0.95	1.7	
...e Saint-Maur, 200	45	4.4	200	0.96		Fenêtre ouverte.
...e Saint-Jacques. 30	30	5.4	162	0.88		Fenêtre ouverte.
...levard Diderot	48	4.3	208	0.65		2 fenêtres ouvertes.
.... Hospital, St-Gervais	46	4.0	186	0.59		Fenêtre ouverte.

...ssi ne sommes-nous pas surpris de constater, en lisant l'intéressant rapport de M. A. Lévy (1), que l'atmosphère de ces classes soit surchargée d'acide carbonique, dans des proportions vraiment exagérées, qui dénotent un défaut presque constant de ventilation ; et que l'oxyde de carbone qui provient sans doute des appareils de chauffage et d'éclairage, vienne encore, dans certains locaux ajouter son action toxique à l'influence délétère de l'air confiné.

Dans le 2e tableau ci-contre nous avons réuni quelques-unes des analyses de M. A. Lévy.

L'examen du tableau en question nous fait voir que, dans presque toutes les classes, la proportion d'acide carbonique est très élevée. de beaucoup supérieure même à la teneur que les physiologistes admettent dans l'air tolérable, qui est de 1 p. 1000 de CO^2 au maximum. Si nous comparons le cube d'air avec la teneur en acide carbonique, nous voyons qu'il n'y a aucun rapport entre eux. Une classe ayant un cube d'air de 5 m^3, 4 par élève (faubourg Saint-Honoré) contient plus d'acide carbonique 1 m^3, 93 qu'une classe moins bien partagée qui n'a que 2 m^3 8 par élève (rue Buffon) qui ne contient cependant que 1 m^3, 08 d'acide carbonique. C'est qu'intervient un facteur, que nous qualifierons de principal : la *ventilation*.

L'instituteur ou l'institutrice de l'école de la rue de Buffon a su remédier, en ouvrant les fenêtres, au défaut de cubage de sa classe, tandis que celui ou celle du faubourg Saint-Honoré, en supprimant toute ventilation, a vicié l'atmosphère d'une classe de dimension moyenne.

L'influence de la ventilation sur la pureté de l'atmosphère est considérable, nous en voyons un exemple typique dans les deux classes de l'école du boulevard Diderot qui ont le même nombre d'élèves, 48, le même cube 208, soit 4 m^3 3, par élève. L'une des classes où tout est fermé a une atmosphère profondément viciée : 2,83 d'acide carbonique p. 1000, l'autre, où les deux fenêtres sont ouvertes, a une atmosphère voisine de la normale, 0,65 d'acide carbonique p. 1000.

Des expériences déjà anciennes faites en 1877 dans l'école d'Aue ont montré qu'en trois quarts d'heure, dans une classe fermée, la proportion d'acide carbonique s'élève de 0,5 à 3,3 et qu'une ventilation énergique, fenêtres et portes ouvertes pendant dix minutes, abaisse cette teneur à 0,4 p. 1000.

Une enquête faite en 1878 à l'école de Zittau a montré que : dans la classe A, un battant de fenêtre restant ouvert pendant la classe, la teneur en CO^2 s'élève de 1,4 p. 1000 à 3,8 p. 1000 en trois quarts d'heure. Dans la classe B où tout est fermé, la teneur en CO^2 s'élève de 1,6 p. 1000 à 4,1 p. 1000 en trois quarts d'heure ; une ventilation de dix minutes abaisse cette teneur à 0,6 ; après la deuxième classe d'une heure la proportion d'acide carbonique s'est élevée à 2,9 p. 1000. Dans la classe C, qui reste fermée pendant les deux heures de classe et n'est pas ventilée, la teneur en acide carbonique, qui était de 1, s'élève progressivement au bout de trois quarts d'heure à 2,9 et au bout de deux heures à 4,3 p. 1000.

On ne peut pas, du reste, compter exclusivement sur le cube d'air alloué à chaque élève, pour diluer suffisamment l'acide carbonique contenu dans l'air expiré. Chaque élève verse en moyenne dans l'atmosphère 320 litres d'air expiré qui renferme environ 4 p. 100 d'acide carbonique ; pour rendre cet air tolérable, il faut le diluer dans au moins 40 fois son volume d'air pur, ce qui ramènerait le taux à 1 p. 1000 d'acide carbonique. Si on veut clore la classe, et la laisser sans ventilation pendant une heure, il faudrait calculer pour chaque élève 12^{m3}.800, soit, pour une classe moyenne de 30 élèves : 380 mètres cubes ; soit, si on alloue à la pièce une hauteur de 5 mètres, une superficie de 76 mètres : 2^{m} 50 par élève. On ne peut donc pas essayer de suffire à la dilution nécessaire de l'air expiré par la seule ampleur des locaux. Il faut avoir recours à la ventilation.

Plusieurs procédés de ventilation sont en concurrence, et l'on peut difficilement donner son avis en faveur d'un système à l'exclusion des autres. Ce sont cas d'espèces qui demandent à être résolus par l'architecte lors de l'aménagement des écoles. En principe, il faut réaliser dans les classes une *ventilation continue*, qui renouvelle complètement l'atmosphère en une heure. Il semble préférable de réaliser cette ventila-

(1) Lévy. — *Loco citato.*

tion de bas en haut au moyen de ventouses et de gaine d'aération disposées convenablement de façon à éviter le courant d'air. Dans certains cas un vasistas ouvert, ou des vitres perforées placées dans le haut des fenêtres, pourra suppléer aux gaine d'aréation.

Partout où cela sera possible il est préférable d'établir des gaines qui isolées dans leur parcours sont réunies dans des lanterneaux de façon à obtenir un courant d'appel continu sans reflux d'air. Cette ventilation continue doit être complétée toutes les heures pendant dix minutes, par une ventilation énergique obtenue en ouvrant fenêtres et portes pendant les courtes récréations qui doivent séparer les classes. Pendant ces récréations les classes doivent être complètement évacuées et le maître doit s'assurer que toutes les fenêtres et portes sont ouvertes de façon à établir un courant d'air énergique.

Nous avons encore à examiner deux autres grandes causes de viciation de l'air des locaux scolaires : l'éclairage artificiel et le chauffage.

Éclairage.— La viciation de l'air par la combustion des becs d'éclairage est considérable, aussi devra-t-on autant que possible employer la lumière électrique par incandescence. Lorsqu'on sera dans l'obligation d'utiliser le gaz, préférer l'éclairage par manchons incandescents et placer le bec de gaz en communication directe avec les manchons d'aération, pour évacuer le plus rapidement possible les produits de combustion, et activer l'aération. Le bec papillon doit être proscrit, car il dégage de l'oxyde de carbone et brûle complètement le gaz. Lors qu'on devra utiliser les lampes portatives, proscrire l'emploi de l'acétylène d'une façon absolue, ce gaz ne doit pas être utilisé dans les espaces clos ; donner la préférence à l'éclairage à incandescence obtenu par la combustion de l'alcool. Si on doit faire usage de pétrole, préférer l'emploi de lampes à incandescences. Dans l'éclairage par manchons incandescents les substances combustibles sont combinées bien plus complètement et donnent moins d'oxyde de carbone.

Chauffage.— Une des grandes causes de la présence de l'oxyde de carbone qui a été constaté dans l'analyse de l'air des écoles est le chauffage défectueux.

De tous les moyens de chauffage, le seul qui réponde aux besoins d'une école est le chauffage par circulation d'eau chaude. On lui reproche d'être d'une installation coûteuse, mais son maniement est facile, et seul il met à l'abri des dangers d'asphyxie par l'oxyde de carbone. Le chauffage à la vapeur, qui lui aussi est hygiénique, ne peut guère s'appliquer que dans les grandes écoles, dont l'importance permet l'entretien d'un mécanicien. Les calorifères à air chaud, quel qu'en soit le modèle, doivent être tous proscrits, car si bien construits soient-ils, ils peuvent se fissurer, laisser passer l'oxyde de carbone du foyer dans les bouches de chaleur, et vicier l'atmosphère. Il faut particulièrement proscrire d'une façon absolue les calorifères à combustion continue. Dans les petites classes, des toutes petites écoles on peut utiliser le poêle individuel en faïence, ou mieux la cheminée.

En résumé : pour remédier à la viciation de l'air dans les locaux scolaires :

1° Il faut exiger un cube minimum par élève proportionné au nombre d'élèves habitant la classe. Nous proposons d'adopter le cube du réglement d'Upsal de 7 mètres pour les classes de moins de 30 élèves et de 8 mètres cubes pour les classes de plus de 30 élèves.

2° Il faut établir dans chaque classe une ventilation continue, qui fonctionne automatiquement par simple appel d'air.

3° Établir, chaque heure, un violent courant d'air dans la classe complètement évacuée, par l'ouverture des fenêtres et des portes. La durée de cette aération violente doit être de dix minutes.

4° Surveiller le bon fonctionnement des appareils de ventilation continue, et en rendre le maître responsable, pour éviter qu'on ne bouche les prises d'air ou les tuyaux d'aération.

5° Organiser la surveillance de l'aération et son contrôle par des analyses chimiques de prise d'air faites à la fin des classes, par le service d'inspection.

6° Assurer l'évacuation immédiate et complète des produits de combustion de l'éclairage artificiel lorsqu'on ne peut pas utiliser l'éclairage électrique.

7° Proscrire les calorifères à air chaud, notamment tous les appareils à chauffage continu.

Établir partout où cela sera possible le chauffage par e... *chaude.*

LA

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE DE LA HAYE.

La conférence internationale de la tuberculose, fondée en 1902 par les Allemands, s'est réunie le 9 septembre à La Haye, sous la présidence du Pr Fraenkel, en présence du prince Henri des Pays-Bas. Au début de la conférence, M. Léon Bourgeois a été acclamé président pour remplacer le regretté Pr Brouardel.

La question capitale de la *voie de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme* a été abordée par M. Calmette, qui considère que la porte d'entrée la plus importante sinon exclusive, est la voie digestive. Malgré les objections de MM. Flugge, de Breslau, et Spronck, d'Utrecht, M. Calmette croit avoir établi expérimentalement que le bacille tuberculeux ne peut pénétrer par la voie trachéo-bronchique. Il affirme, en outre, que l'on peut résister à l'absorption des bacilles par voie digestive, mais que peu à peu des absorptions nouvelles déterminent l'infection et l'évolution de la maladie, quelle que soit la vigueur du sujet infecté. Ces idées, quelque peu révolutionnaires sur la question, demandent de nouvelles expériences vérificatives, car elles détruisent toute l'importance que l'on attribuait à l'élément terrain dans l'étiologie de la tuberculose. Il ne faut donc pas s'étonner que le vœu suivant de M. Calmette ait été renvoyé à un examen ultérieur :

La conférence émet le vœu que, tout en continuant d'assurer la défense contre la propagation de la tuberculose bovin..., les gouvernements se préoccupent d'organiser par des mesures législatives la lutte contre la contagion de l'homme par la tuberculose d'origine humaine, en ne perdant pas de v... que les hommes étant égaux en face du péril tuberculeux et la résistance des plus vigoureux pouvant être vaincue par une série de réinfections successives, la lutte contre la diffusi... du bacille et notamment contre sa pénétration dans les v... digestives a une importance beaucoup plus grande que la lutte contre le terrain tuberculisable.

La question de la *déclaration obligatoire de la tubercu-lose*, vivement défendue par le Pr von Schroetter, de Vienne, et les médecins suédois, a été combattue non en principe, mais à cause des difficultés insurmontables d'application par les médecins anglais et français. La commission, à laquelle on a renvoyé la question, a adopté un vœu de MM. Hansen, de Bergen, et Savoire, de Paris, dans lequel, reconnaissant l'utilité de la déclaration et constatant que certains pays l'ont appliquée, les auteurs désirent l'obligation de la déclaration des décès par tuberculose et des cas de tuberculose transmissibles.

Réduite à cela, la déclaration devient plus facile à appliquer, du moins en France.

On s'attendait, à la Conférence internationale, à voir s'affirmer les brillantes espérances que le Pr Behring avait fait concevoir au Congrès de la tuberculose de Paris. De ce côté, la déception a été complète.

La dernière séance, où les délégués de chaque pays devaient exposer les efforts faits chez eux pour lutter contre le fléau, a donné lieu à un piquant incident.

Le délégué français est venu déplorer les incidents diplomatiques qui ont mis la France dans la dure nécessité de consacrer ses millions à l'achat de canons et de munitions et à négliger les œuvres de défense sociale. Les délégués, cependant en majorité allemands, ont vivement applaudi à cet appel non déguisé à la pacification universelle. N.

MÉDECINE PRATIQUE

Faut-il mobiliser les hémiplégiques ?

Par Maurice FAURE (de La Malou).

Lorsqu'on abandonne à lui-même un hémiplégique, après l'ictus, on voit apparaître, en quelques heures, tout au plus en quelques jours, une arthrite de l'épaule accompagnée d'amyotrophie et de douleur, laquelle entretient et rend, pour ainsi dire, inévitable l'impotence plus ou moins complète et définitive du membre supérieur, bientôt atteint de contracture, d'atrophie, de rétractions, d'attitudes vicieuses.

Le membre inférieur échappe, d'ordinaire au moins en partie, à ces complications, et l'on s'est demandé si cette différence de destinée ne tenait pas à ce que le membre inférieur était mobilisé, nécessairement, aussitôt après l'accident, lorsque le malade s'asseyait sur son lit, se levait, commençait à marcher, etc. — De là, l'idée de mobiliser systématiquement les hémiplégiques (Gilles de la Tourette, Miraillé, etc. V. collection du *Progrès Médical*). C'est cette pratique que j'ai appliquée, en réglant une technique *ad hoc*, à diverses variétés d'hémiplégiques, à des dates plus ou moins rapprochées de l'ictus. Je n'ai jamais observé qu'une mobilisation prudente et méthodique, fût-elle commencée dès les premières heures qui suivent l'apparition de l'hémiplégie, ait le moindre inconvénient. Et je crois, aujourd'hui, après avoir suivi durant plusieurs années, des malades ainsi traités, qu'on peut obtenir des résultats considérables.

En premier lieu, on atténue, certainement, l'arthrite de l'épaule et, plus généralement, les arthrites, et les douleurs qui les accompagnent. On conserve le mouvement passif dans des articulations où il semblait vouloir disparaître (où il disparait, chez les hémiplégiques non traités). — On évite complètement les rétractions, les attitudes vicieuses et définitives (si fréquentes, à la main surtout). Avec le secours du massage et des courants faradiques, localisés, on influence favorablement les atrophies et les atonies. On peut y joindre aussi l'action des courants continus qui diminuent certainement les douleurs.

Enfin, et c'est sur ce résultat qu'il y a lieu d'attirer toute l'attention des neurologues, on ne voit point apparaitre, chez les malades ainsi traités, les contractures généralisées, progressives, attribuées à la dégénérescence du faisceau pyramidal et considérées comme une complication inévitable de certaines hémiplégies. Le malade a de l'exagération des réflexes tendineux, quelquefois un peu de clonus du pied ; mais les mouvements passifs restent libres, et le retour des mouvements actifs est ainsi grandement facilité. Ce n'est que lorsqu'on abandonne le traitement, pendant quelques jours, que l'on voit apparaitre une tendance marquée à la contracture. Si, au début du traitement, les contractures sont déjà constituées, on arrive à les atténuer progressivement et avec elles s'atténuent aussi les fourmillements, les crampes et l'immobilisation spasmodique et momentanée du pied ou de la main dans les attitudes involontaires. Il semble donc que l'immobilité joue un rôle considérable dans la production des contractures post-hémiplégiques.

Le défaut incontestable de ce traitement est d'être long et minutieux. Il exige plusieurs mois de soins quotidiens et beaucoup de doigté. A certains jours, le repos est nécessaire. Un défaut de mesure dans la dose des exercices peut faire réapparaître des douleurs et exagérer des contractures. Tout cela est affaire de progression méthodique.

Le retour des mouvements volontaires peut être obtenu, dans une certaine proportion, principalement au membre inférieur, pour la raison que, dans l'hémiplégie, comme dans les lésions brusques du système nerveux, les troubles fonctionnels dépassent d'abord de beaucoup l'étendue de la lésion elle-même. Ce qui rend ce retour impossible, dans beaucoup de cas, c'est précisément l'immobilisation acquise des muscles, par la contracture, la douleur, les rétractions, les attitudes vicieuses, etc. En maintenant les articulations libres, les muscles en bon état relatif, en exerçant le malade avec prudence à des exercices volontaires progressifs, on aboutit, en quelques mois, au retour des mouvements spontanés, quelquefois très étendus.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de médecine mentale appliquée à l'étude du droit ; par le Dr LEGRAIN (Rousseau, édit., Paris, 1906.)

Le Dr Legrain vient de publier une étude médico-légale tirée d'un cours qu'il a professé cette année à l'Ecole de Droit. Au point de vue médico-légal et social, les états syndromiques si variés présentés par les dégénérés sont intéressants au plus haut degré. Aussi la liste des auteurs qui se sont occupés de la question est des plus longues. Depuis Pinel, Esquirol et Félix Flater, nombre de médecins ont étudié le terrain où évoluent ces états morbides.

Depuis les travaux de Morel, deux écoles principales se sont formées : l'école anthropologiste avec Lombroso, Ferri, Lacassagne, essentiellement expérimentale, positive, scientifique ; l'école philosophique essentiellement spéculative.

Après avoir ainsi étudié l'historique de cette question, M. Legrain expose d'une façon très nette les théories de ces deux grandes écoles, sans négliger ni les arguments ni les réfutations, tout en restant dans une sage neutralité. Les théories sont brillantes, mais elles doivent être accompagnées d'études cliniques ; ainsi pense l'auteur, qui en fournit de particulièrement intéressantes.

Les malades sont le plus souvent conscients de leur état et intelligents, parfois même ils jugent nettement leurs obsessions ou leurs actes, quelqu'atroces qu'ils soient, cette intelligence rend leur examen médico-légal fort délicat et malgré toute l'attention qu'il y peut apporter, le médecin peut s'exposer à de graves conséquences judiciaires pour le sujet. Le docteur Legrain dégage avec beaucoup de clarté et de précision cette grande idée humanitaire que si la société a le droit d'empêcher les dégénérés de nuire au groupe dans lequel ils vivent, elle a aussi le devoir de tenir compte de leur irresponsabilité dans les jugements qu'elle porte contre eux.

C'est à cette lourde tâche que le Dr Legrain, dans son livre, initie les futurs avocats, les prochains juges, il le fait d'une façon agréable, claire et logique.

Il étudie avec le plus grand soin l'histoire bio-pathologique de ses malades, leurs antécédents héréditaires, leurs stigmates psychiques et enfin la manière dont ils ont réagi dans le milieu où ils ont vécu. Grâce à cet examen, il arrive à un diagnostic approfondi de l'irresponsabilité.

L'homme de science doit marcher de pair avec le magistrat, la science juridique sera bientôt la sœur de la science médicale, le livre du docteur Legrain est là pour en témoigner. Bernard P.

CORRESPONDANCE ENTRE LES FORTS ET LES MÉDECINS CIVILS. — Tout en faisant connaître au ministre de la guerre que les commandants de forts isolés ne peuvent correspondre télégraphiquement en franchise avec les médecins civils chargés du service dans ces forts, le sous-secrétaire d'Etat aux postes et télégraphes a promis de prendre des mesures pour que les télégrammes privés destinés à requérir les médecins soient reçus et transmis à toute heure de jour et de nuit.

MÉDECINE LÉGALE

Les médecins et la revision du Code civil.

A l'Académie de médecine, M. le Pr Lacassagne, de Lyon, a déposé un rapport au sujet de l'intervention des médecins dans la revision du Code civil. Nous citerons la dernière partie de ce rapport, publiée dans le *Concours médical* où, après avoir étudié en médecin les questions juridiques qui se rattachent à la naissance, le savant médecin légiste aborde ce qui concerne les actes de l'état civil relatifs au mariage et au divorce, à la mort.

« Le titre : *Du mariage*, touche à la médecine par les questions de la puberté, des limites de la fécondité, de la consanguinité (parents consanguins, utérins, germains), de l'âge au moment du mariage, de la nullité du mariage (art. 180), du divorce (art. 234 à 311).

1° Est-ce que le médecin ne devrait pas être consulté à propos de ces aptitudes au mariage qu'a indiquées Pinard ? Par exemple, l'âge fixé par la loi pour le mariage de l'homme ne devrait-il pas être celui de la majorité ?

Ne doit-on pas favoriser toutes les conditions qui empêchent la dégénérescence héréditaire, ainsi dans les cas d'aliénation et d'épilepsie, manifestes et chroniques, etc , etc. ?

La déclaration des décès, les vérifications de décès, les choix de procédés de sépulture (loi du 15 novembre et décret du 27 avril 1889) doivent aussi fixer notre attention et demandent certaines modifications.

L'article 77 dit : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état civil qui ne pourra la délivrer *qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.* » Nulle part, l officier de l'état civil ne procède à cette formalité légale. A Paris seulement,un médecin est spécialement chargé de ces sortes de constatations, parfois difficiles et pour lesquelles en tout cas un homme non instruit de ces questions particulières ne saurait donner un avis compétent. Dans les autres villes, il n'y a pas de médecin désigné pour ce service et la loi est purement et simplement inexécutée (1).

Il semble que de pareils textes ne sauraient être maintenus, puisqu'ils ont été reconnus impraticables. La loi ne peut prescrire que des choses possibles, et il apparaît comme nécessaire d'introduire un article spécifiant que les naissances et les décès seront, dans toute la France, et non plus seulement à Paris, constatés par un médecin *ad hoc* dont l'attestation suppléera le certificat de naissance ou de décès actuellement délivré par un médecin quelconque, et s'ajoutera à la déclaration des deux témoins prévus par les articles 55 et 77.

La déclaration des mort-nés est réglée par un décret du 4 juillet 1801 : « Lorsque le cadavre d'un enfant, dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie ». Différentes circulaires des préfets de Paris aux maires de cette ville (8 juillet 1863, 28 novembre 1868, 15 janvier 1869) leur ont tracé les règles suivantes : La catégorie des mort-nés ne doit comprendre que les enfants décédés avant, pendant ou après l'accouchement, qui n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance. Les accoucheuses ou les familles doivent toujours déclarer à l'officier de l'état-civil, comme mort-nés, tous les produits de la conception à partir de six semaines. Quand le produit de conception n'a pas atteint quatre mois, l'officier de l'état civil n'a point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806, il doit seulement transcrire sur un registre spécial le certificat du médecin vérificateur.

2° *La capacité civile* (Liv. I, titre XI, art. 488 à 514).

A propos de la majorité (vingt et un ans accomplis), le Code s'occupe de l'*interdiction* (art. 489 à 512), du *Conseil judiciaire* (art. 513 à 515, institué pour les prodigues et faibles d'esprit : c'est la demi-interdiction), de la *santé d'esprit* requise pour les testaments et donations entre vifs (art. 901 : pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit) et surtout pour l'incorporation au Code de la loi du 30 juin 1838 (ou de celle qui la remplacera) sur les *aliénés*, leur internement d'office ou leur placement volontaire.

3° *L'ouverture des successions* (Liv. III, titre I, art. 718 à 724).

C'est à ce propos que se présentent les articles 720, 721 et 722 relatifs aux *commorientes*, les questions de survie qui, d'après nous, devraient être supprimées en ce qui concerne la présomption ou remaniées d'une façon plus conforme aux données de la clinique et de l'expérimentation.

4° *Des délits et des quasi-délits* (Liv. III, titre IV, art. 1382 à 1386).

Ils sont définis par les articles suivants que les médecins doivent toujours avoir présents à l'esprit :

Art. 1382 : Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383 : Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

On a inséré, à côté de ces articles, la *loi du 9 avril 1898* concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Bientôt il y aura une loi sur les maladies professionnelles. N'existe-t-il pas déjà des lois relatives aux logements insalubres, au dessèchement des marais, la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique ? toutes exigent le contrôle ou l'avis des médecins.

Je me résume. Ces problèmes sont si importants et si variés qu'il est impossible à un homme de les bien tous connaître pour proposer une solution exacte. L'Académie de médecine est composée d'hommes compétents, de savants spécialistes qui peuvent apporter les solutions désirables : j'ai la conviction qu'il appartient à l'Académie de s'associer à la révision de notre Code civil.

Les juristes doivent se résigner à la collaboration des « hommes de l'art » comme ils s'expriment en parlant de nous. Pour rappeler une phrase d'Ambroise Paré, je dirai que les juristes auront à formuler certains articles du Code selon que leur aura « rapporté » l'Académie de médecine.

Au centenaire du Code civil, M. le garde des Sceaux a dit : « Si en 1804, il fallait résumer le droit, en 1904, il faut l'élargir. » Ce n'est pas suffisant. Nous ajouterons : il faut préciser le Droit et, quand c'est possible, lui donner une base solide, parce que scientifique, c'est-à-dire lui incorporer les résultats positifs de la biologie.

Nous ne voulons pas et ne demandons pas à être des légistes, mais nous tenons à ce que les hommes de loi reçoivent à l'Académie de médecine les matériaux dont ils ont besoin pour édifier un Code de bon sens, d'équité et aussi de vérité scientifique. »

(1) La présentation d'un certificat émanant de n'importe quel médecin permet de faire passer pour morts subites des morts suicides ou criminelles.

PHARMACOLOGIE

Le *phytinate de quinine* est le plus soluble et le moins toxique des sels de quinine. Il réunit les propriétés thérapeutiques de l'alcaloïde et les *effets reconstituants bien connus de phytine*. C'est un antinévralgique puissant particulièrement indiqué dans le traitement des névralgies rebelles, de la migraine, etc.

Nous recommandons les comprimés lenticulaires argentés de phytinate de quinine, dosés à 0,10 centigr. s'avalant comme pilules et masquant complètement la saveur amère de ce sel

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr de Lapersonne, assisté de MM. Mathieu, Cantonnet et Pley, commencera, le mardi 23 octobre 1906, à 3 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), un cours pratique d'ophtalmologie. Ce cours, complet en 22 conférences suivies d'exercices pratiques, est destiné aux étudiants préparant le 5e de doctorat et aux praticiens. Il aura lieu tous les jours, du 22 octobre au 17 novembre. S'inscrire à la Faculté.

VARIA

Le Futur Institut de médecine légale de Paris.

Nos lecteurs se souviennent des vœux que le *Progrès médical* a incessamment renouvelés chaque année pour la création d'un Institut de médecine légale et la disparition de la hideuse morgue qui, comme une verrue sur un beau visage, souille un des plus beaux sites de Paris. A chacune de ses leçons d'ouverture, le regretté Prof. Brouardel formulait le même souhait ; hélas ! sans succès, prévoyant que l'institution malsaine des salles d'autopsie de la morgue finirait par avoir raison de sa santé. Est-ce que la mort du Prof. Brouardel a donné quelques remords à l'incurie administrative. On pourrait le croire, c'est du moins ce qu'affirme M. Paul Lefranc dans un article du *Journal* du 10 septembre 1906, où il expose les projets de construction d'un Institut de médecine légale, projets qui, selon lui, ne tarderont pas à être réalisés. Voici, d'ailleurs, l'exposé de la question par M. P. Lefranc :

« L'administration départementale de la Seine — car la Morgue, bien que relevant de la préfecture de police, appartient au département, — l'administration, disons-nous, est saisie en ce moment de deux projets : l'un émanant de M. Rozier, ancien conseiller municipal, aujourd'hui député, et qui consisterait à réunir la Morgue à la Fourrière, au quai de Béthune ; l'autre de M. Gaud, greffier de la Morgue, qui propose, à défaut de l'emplacement de l'ancien Hôtel-Dieu, de construire un Institut médico-légal dans l'angle de la Halle aux Vins, près du pont d'Austertitz, rue Cuvier. C'est ce dernier projet qui rencontre le plus de partisans. Celui de M. Rozier présente, en effet, sous l'apparence de sentimentalité, un inconvénient grave. Le voisinage de corps humains, de pauvres diables victimes de la fatalité, avec des charretées d'animaux mis à mort a quelque chose de choquant. Et c'est avec peine que l'on verrait réunis dans un même bâtiment, encore que séparés bien entendu, les hommes et les bêtes, — la Morgue et la Fourrière. Encore une fois c'est peut-être du sentiment, mais on sait combien à Paris chacun a le respect de la mort.

Le projet de M. Gaud est d'ailleurs extrêmement intéressant. La Morgue possède trois services bien distincts, subventionnés d'ailleurs par trois budgets différents : 1° le dépôt des corps trouvés sur la voie publique (morts subites, accidents, etc.) ou retirés de la Seine ou des canaux. C'est la part de la préfecture de police ; 2° les autopsies ordonnées par le parquet, et qui par conséquent relèvent du ministère de la justice; 3° enfin, les cours de médecine légale, les conférences faites par les professeurs sur des corps abandonnés par les familles — et qui sont subventionnés par le ministère de l'instruction publique.

A l'heure actuelle, ces trois services fonctionnent — et dans quelles conditions ! — au hasard des locaux disponibles. Il n'est pas rare de voir 130 ou 150 élèves entassés dans la salle des conférences, au milieu d'une atmosphère fétide que les courants d'air inévitables et mortels ne parviennent pas à désinfecter. D'autre part, les légistes, dans leurs salles d'autopsies antiques, manquent des plus élémentaires commodités. C'est à grand'peine et au prix de quels efforts qu'ils mènent à bien leur tâche délicate.

En ce qui concerne la salle d'exposition, il est préférable de n'en pas parler. Elle est tellement répugnante, hideuse, que le greffier ne se décide à y faire placer un cadavre qu'après avoir échoué dans toutes les tentatives faites en vue d'établir l'identité. Au surplus, les corps sont de moins en moins exposés. M. Gaud dispose de deux inspecteurs : avec leur concours, il s'attache surtout à identifier tous les malheureux que la misère, la fatalité ou le crime amènent dans son funèbre établissement. Et presque toujours il y parvient sans avoir à placer la triste dépouille sur les dalles macabres. A ce propos, un petit renseignement. Tous les ans, en moyenne, il passe de ... *à onze cents* corps à la Morgue... Il n'est donc pas rare que des « encombrements » se produisent. C'est précisément pour remédier à cet état de choses déplorable que M. Gaud — et avec lui tous les médecins experts — réclament la création rapide d'un Institut médico-légal. La Halle aux Vins appartient à la ville de Paris; son trafic est bien moins actif qu'autrefois. Il serait donc facile d'isoler une partie du terrain, celle qui fait l'angle de la rue Cuvier et du quai, juste devant la Seine, et d'édifier là des bâtiments pratiques et bien aménagés. Chacun des trois services intéressés coopérerait pour sa part à la dépense, tout le monde en profiterait et un grand progrès serait réalisé. Quant à l'ancienne Morgue, on la démolirait et, sur son emplacement, on prolongerait le jardin de Notre-Dame. Ainsi, du haut de la Seine, rien ne masquerait plus l'admirable perspective de la cathédrale, ce qu'on appelle « le Vaisseau ».

Tel est le projet de M. Gaud. Il est un peu aussi celui de la commission spéciale qui n'attend plus que d'être saisie d'un mémoire du préfet de police pour en finir avec un état de choses déplorable.

Des pourparlers sont engagés depuis longtemps entre les administrations compétentes : ils sont sur le point d'aboutir. Et tout fait prévoir que très prochainement, — sans doute aussitôt après la discussion du budget, — nous verrons disparaître enfin l'affreux monument qui déshonore la Cité. Il y a assez longtemps que cette démolition et la transformation qui s'ensuivra sont réclamées par les professeurs et les étudiants. Ce sera faire une œuvre utile que de leur donner satisfaction. »

Les infirmières laïques.

LE VŒU DE MADAME TALLIEN.

Tout le monde connaît la vie amoureuse de Mlle de Cabarrus, plus tard marquise de Fontenay et ensuite Mme Tallien. On sait le rôle qu'elle a joué pendant la Grande Révolution et le bruit qu'on fit autour d'elle. Elevée dans un monde tout à fait aristocratique (c'est là où ses bibliographes oublient de mettre ses grandes qualités en lumière), elle devint bientôt une admiratrice des vertus civiques, récompenses patriotiques accordées à l'élan républicain, couronnes de chêne à ceux qui avaient bien mérité de la patrie, noms inscrits sur des colonnes, sociétés de bienfaisance, de bonnes mœurs et de secours fraternels, associations de femmes pour mettre en pratique toutes les vertus, partout l'oubli de soi-même et de tout intérêt personnel pour le bien général.

Voici une lettre adressée par elle à la Convention nationale le 5 floréal an II :

« Citoyens représentants, lorsque la morale est plus que jamais à l'ordre du jour de vos grandes délibérations, lorsque chacune des factions que vous terrassez vous ramène avec une force nouvelle à cette vérité si féconde que la vertu est la vie des républiques et que les bonnes mœurs doivent maintenir ce que les institutions populaires ont créé, n'a-t-on pas raison de croire que votre attention va se porter avec un puissant intérêt vers la portion du genre humain qui exerce une si grande influence ?

« Malheur, sans doute, aux femmes, qui méconnaissant la belle situation à laquelle elles sont appelées, affecteraient, pour s'affranchir de leurs devoirs, l'absurde ambition de s'approprier ceux des hommes et perdraient ainsi les vertus de leur sexe sans acquérir celles du vôtre !

« Mais ne serait-ce pas aussi un malheur si, privées, au nom de la nature, de l'exercice de ces droits politiques d'où naissent et les résolutions fortes et les combinaisons sociales, elles se croyaient fondées à se regarder comme étrangères à ce qui doit en assurer le maintien et même à ce qui peut en préparer l'existence ?

« Ah ! dans une république, tout, sans doute, doit être républicain et nul être doué de raison ne peut sans honte s'exiler par un vœu de l'honorable emploi de servir sa patrie. Les compagnes de l'homme ne doivent pas, il est vrai, en être les rivales, car elles en sont les consolatrices et souvent les appuis ; mais il est d'intéressantes fonctions que la nature semble leur avoir départies, et dont, j'en suis certaine, vous ne vous offenserez pas, si elles se plaisent à vous en entretenir.

« Pardonnez toutefois, législateurs, si elles vous parlent par ma voix de leurs destinées et de leurs devoirs ; nulle d'entre

elles n'a le ridicule orgueil de prétendre vous les faire connaître. Mais peut être leur sied-t-il bien de vous dire qu'elles les sentent vivement, qu'elles sont pressées d'impatience de les voir convertis par vous en décrets bienfaiteurs pour l'humanité ; qu'enfin, elles sont prêtes pour l'instant précis, où, au nom de la patrie, vous les appellerez dans vos belles institutions.

« Vous leur permettrez sûrement d'espérer qu'elles occuperont une place dans l'instruction publique, car pourraient-elles se résoudre à croire qu'elles ne seraient comptées pour rien dans les soins particuliers que vous réservez à l'enfance ? Pourraient-elles penser que vous ne leur confierez pas l'éducation de leurs jeunes compagnes que le malheur aura privées de l'instruction maternelle ?

« Ce n'est pas à vous qu'on aura à reprocher un jour d'avoir méconnu la pudeur et sa vertueuse influence : et qui peut enseigner la pudeur, si ce n'est la voix d'une femme ? Qui peut la persuader, si ce n'est son exemple ?

« Mais ce que je viens aujourd'hui particulièrement réclamer en leur nom avec la plus forte confiance, c'est l'honorable avantage d'être appelées toutes dans les asiles sacrés du malheur et des souffrances, pour y prodiguer leurs soins et leurs plus douces consolations.

« Craindrais-je de m'abuser, citoyens représentants, lorsque je pense que là doit être le véritable apprentissage de la vie d'une femme ; que c'est dans cette école que les filles, avant de devenir épouses, doivent aller développer, éclairer leurs premiers sentiments, et s'instruire, par la pratique de la bienfaisance, à tous les détails des devoirs qu'elles auront bientôt à remplir envers leurs enfants, leur époux, leurs parents ; que là, leur sensibilité, sans rien perdre de ce qui peut en faire le charme, prendra un caractère et plus auguste et plus pur ; que la compassion, ce germe inné de toutes les vertus, ne sera plus pour elles une émotion passagère et stérile, mais un sentiment profond et courageusement actif, qu'elles y apprendront surtout à vaincre ou plutôt à ignorer à jamais les dégoûts impies pour les infirmités de la vieillesse et qu'ainsi leur délicatesse, loin d'être, comme par le passé, un obstacle à leur vertu, ne sera qu'un nouveau moyen de la rendre plus aimable et plus utile ?

« Et qui ignore combien leur présence est douce aux malheureux ? Qu'il soit permis à une femme de le dire : les hommes sont destinés à des actions fortes, à d'énergiques vertus ; mais auprès des malades, leurs soins les plus tendres sont brusques et précipités ; leur voix radoucie est trop rude, leurs attentions mêmes sont distraites, leur patience a l'air trop pénible. Ils semblent, en quelque sorte, fuir l'infortuné qu'ils soulagent.

« Les femmes, au contraire, quand elles soignent un malade, semblent ne plus exister que pour lui ; tout en elles porte allégeance et soulagement ; elles trouvent bien qu'on se plaigne, elles sont là pour vous consoler ; leur voix seule est consolatrice, leur regard est sensible, leurs mouvements sont doux, leurs mains semblent attentives aux plus légères douleurs, leurs promesses donnent de la confiance, leurs paroles font naître de l'espoir ; enfin, lorsqu'elles s'éloignent du malheureux, tout lui persuade que c'est pour lui qu'elles s'en vont, que c'est pour lui qu'elles s'empresseront de reparaître.

« Si ces réflexions, même reportées vers les institutions vicieuses de l'ancien régime, ont encore de la jeunesse, quelle force n'acquerront-elles pas, lorsqu'à notre voix, une généreuse émulation s'emparant des femmes, elles brigueront toutes de s'élancer dans cette carrière *purifiée par la liberté et le saint amour de la Patrie* ? Lorsque, au nom de cette Patrie, vous promettez les plus belles récompenses de l'opinion à celles qui auront montré un zèle plus héroïquement sensible, et que, dirigeant vous-mêmes ce mouvement général des âmes vers l'humanité, vous confierez plus spécialement à la jeunesse l'honneur de servir ce qu'il y a de plus sacré sur terre après la vertu, l'infortune ? Qui ne sait, en effet, que les soins attentifs d'une jeune femme ont quelque chose de plus attachant, de plus pur, de plus religieux, de plus respectueux pour le malheur ?

« Ordonnez-donc, citoyens représentants, nos cœurs vous en conjurent, ordonnez que toutes les jeunes filles, avant de prendre un époux, iront passer quelque temps dans les asiles de la pauvreté et de la douleur, pour y secourir les malheureux et s'y exercer, sous les lois d'un régime organisé par vous, à toutes les vertus que la société a le droit d'attendre d'elles.

« Et combien d'une telle institution rejailliront d'avantages sur la Société entière ; qui peut calculer l'influence qui en résultera sur les habitudes, les caractères, les mœurs et, par elles, sur la félicité générale ? Que sera-ce surtout, si les hôpitaux, perdant jusqu'à leur nom odieux, pour que rien ne rappelle le souvenir de ces horribles tombeaux, deviennent désormais des temples consacrés à l'humanité, comme il en exi-tera ailleurs qui seront consacrés à la justice et à la raison ; si autour de ces temples on voit s'élever sur un portique une inscription où sera enseignée la théorie des vertus dont l'intérieur offrira la pratique ; si enfin, on en bannit ces images affreuses, ces impressions horribles dont on a eu jusqu'à ce jour la barbarie d'entourer les derniers instants de la vie humaine, pour y faire naître au milieu de symboles consolateurs, des idées douces, pénétrantes, mélancoliques, telles enfin que l'homme sensible et affligé puisse venir avec confiance y chercher des consolations, sans craindre d'y trouver la terreur ?

« Mais est-ce donc à moi d'oser vous développer, vous indiquer même des idées que, certes, dès longtemps, vous avez conçues d'une manière bien plus vaste.

« Je m'arrête, citoyens représentants, et me renferme avec une attente respectueuse du vœu que j'ai formé de toute l'ardeur de mon âme pour que mon sexe concoure enfin, par les moyens que la nature lui a dispensés, *au plus grand bonheur de la République.*

« L'usage si souvent précurseur de vos décrets a décerné aux femmes *le beau nom de citoyennes* : que ce ne soit plus que jamais un vain nom dont elles se parent et qu'elles puissent aussi présenter avec orgueil ou plutôt avec confiance les *titres véritables de leur civisme.*

« Tous les hommes, les vieillards eux-mêmes, jouissent de l'avantage honorable d'être sentinelles vigilantes autour de la demeure du paisible citoyen ; tous montent la garde dans nos murs, pour écarter les dangers dont nos frères peuvent être menacés ; elles vous demandent à faire la garde, toutes, autour des malheureux, pour en écarter, par leurs soins tendres et compatissants, les douleurs cruelles, les sombres inquiétudes et le sentiment anticipé de la mort, plus affreux que la mort même.

« Citoyens représentants, celle qui vous adresse en ce moment l'hommage de ses pensées, de ses plus intimes sentiments, est jeune, âgée de vingt ans, elle est mère ; *elle n'est plus épouse* (1) : toute son ambition, tout son bonheur serait d'être une des premières à se livrer à ces douces, à ces *ravissantes fonctions.* Daignez accueillir avec intérêt son vœu le plus ardent, et que, par vous, ce vœu devienne celui de toute la France ».

Ce mémoire, d'un style irréprochable, honore singulièrement Mme Tallien et pourrait être utilement appliqué à l'heure présente. La Convention après l'avoir écouté avec intérêt, en ordonna la mention honorable et le renvoya au Comité d'instruction et de salut public.

Albin ROUSSELET.

Folie religieuse des Aïssouas.

Nous lisons dans la *Revue* la description suivante des exercices auxquels se livrent les Aïssouas dans leurs accès de folie mystique :

Le *Maitre* fait un signe : deux indigènes surgissent devant lui, tout secoués de tremblements convulsifs, mais le visage éclairé d'une sorte de lumière intérieure et les yeux perdus en extase ; sans interrompre les contorsions de leurs mem-

(1) M. Devin, marquis de Fontenay, conseiller à la 3e chambre des enquêtes du Parlement de Paris, avait épousé Mlle Cabarrus alors âgée de seize ans. Le marquis de Fontenay ayant dissipé toute sa dot émigra de France après avoir consenti le divorce, d'accord avec sa femme.

bres qui continuent la danse sacrée. On les dévêt peu à peu du turban, du haïk, de la gandourah... Les voici presque nus, le torse agité de tressaillements inconscients... L'un après l'autre, ils s'avancent vers le *Maître*, s'inclinent, baisant son turban, recueillent pieusement le geste sacré qui les convie.. et se livrent aux aides ; alors commence l'horreur bien connue des ces exercices par lesquels les adeptes de *Sidi-Ben-Aïssa* pensent gagner le paradis ; au premier patient, on enfonce sous la peau des clavicules deux lames d'épée de combat dont on nous fait préalablement effleurer les pointes ; au second une lame semblable au creux de la gorge, la peau forme séton, soutenant les lames qui pendent... pas une goutte de sang ne perle, pas un gémissement ne s'entend, les masques demeurent impassibles ; mais les torses deviennent tout à coup luisants de sueur, les ventres tressaillent et les jambes fléchissent, comme si les malheureux allaient défaillir ; néanmoins dans la clameur de la prière dont on les enveloppe, dans l'ardente et sauvage curiosité de tous les yeux désorbités qui se fixent sur eux, dans l'atmosphère frénétique qui les baigne, ils vont, tournant autour du cercle des musiciens... Aux quatre coins de la mosquée, ils s'arrêtent pour qu'un frère, armé d'un énorme maillet de bois, enfonce plus avant dans leur chair la lame des épées, frappant sur les poignées de toutes ses forces, et rythmant les coups de vociférations sacramentelles... Tous les assistants lui répondent alors par des cris formidables que dominent encore les glapissements sauvages des femmes invisibles, aboyant maintenant comme des possédées !...

Le tour accompli, les deux victimes, pâles et chancelantes, sont revenues devant le *Maître* ; un silence absolu tombe soudain, effrayant, qui nous glace... Le vieillard s'avance d'un pas, lève au ciel un visage étrangement suppliant où transparaît un mélange indéfinissable de pitié et de férocité ; puis la main gauche maintenant sous un linge l'épaule embrochée, il arrache d'un coup chacune des lames et reçoit successivement dans ses bras les patients épuisés sur lesquels il prononce à mi-voix les prières qui offriront leurs mérites à l'Eternel...

Ecoles d'infirmières de Toulon.

La réouverture des cours de l'école professionnelle d'infirmières aura lieu le 15 octobre prochain, à 5 h. 1/2 du soir. Les candidates doivent être de nationalité française et âgées de 18 ans au moins et de 30 ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen. Elles devront adresser à l'administration des hospices (bureau du secrétariat) une demande accompagnée de leur bulletin de naissance, un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date, un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de leur commune et leur certificat d'études primaires. La durée des études est fixée à 2 ans. Les élèves sont appelées à subir un examen à la fin de chacune des deux années d'études.

Nous avons annoncé la réouverture des cours de l'Ecole de Lyon dans le dernier n°. Nous répétons que, dès maintenant les élèves libres peuvent s'inscrire au bureau de la direction des quatre établissements écoles de Paris : la Salpêtrière, la Pitié, Lariboisière, Bicêtre.

La fermeture des pharmacies.

Le syndicat des pharmaciens du Var, en conformité de la loi sur le repos hebdomadaire a décidé dans sa séance du 7 septembre de fermer les officines le dimanche. Le service sera assuré en ville par une pharmacie. Quant aux faubourgs, la décision prise depuis cinq ans sera maintenue, avec fermeture du dimanche complet. Le nom de la pharmacie de garde sera publié par la presse locale et affiché sur chaque pharmacie. Cette décision sera mise en exécution le 16 septembre. — Pour le syndicat : E. Gibert.

La lutte contre la maladie du sommeil.

Le roi des Belges vient de rendre le décret suivant :

Article premier. — Il sera alloué un prix de deux cent mille francs (200.000 fr.) à quiconque, sans distinction de nationalité, découvrira le remède pour guérir la maladie du sommeil.

Art. 2. — Dès qu'il y aura lieu, un jury composé de trois médecins et présidé par un non-médecin, tous désignés par nous, examinera les titres et décidera de l'obtention du prix. Le jury examinera si les conditions dans lesquelles le prix doit être attribué sont remplies. Il nous adressera un rapport sur le résultat de ses délibérations.

Art. 3. — Un crédit de 300.000 francs (trois cent mille francs) est ouvert en vue d'effectuer et de favoriser les recherches sur la maladie du sommeil au point de vue de son traitement et de sa prophylaxie. (*Rev. int. de méd. et de chir.*)

Validité juridique de la cession d'une clientèle.

Deux de nos confrères, après avoir signé un contrat par lequel ils achetaient à un autre confrère parisien, moyennant la somme de 200.000 francs, son établissement dit « maison d'hydrothérapie et de convalescence pour maladies chroniques et nerveuses », avec cession de clientèle, achalandage, matériel, diverses constructions et droit aux baux, se refusaient à exécuter ce contrat, prétextant qu'une clientèle étant chose essentiellement personnelle, fondée sur la confiance accordée aux médecins, ne saurait se céder en même temps qu'un matériel.

Un procès en est résulté. Le tribunal a refusé la résiliation du contrat. Le jugement se termine par l'attendu suivant que nous croyons intéressant de relater :

« Attendu que si la jurisprudence considère comme valable non point la vente d'une clientèle médicale, mais le contrat par lequel un médecin s'engage à présenter son successeur à ses clients, et s'interdit d'exercer sa profession dans un rayon et pour un temps déterminé, à plus forte raison doit-il en être ainsi en l'espèce, où l'engagement susdit contracté par le demandeur se complique de la vente d'un établissement hydrothérapique, au succès duquel, en général, la perfection de son matériel et de son installation a une certaine part, et dont on ne saurait nier que l'exploitation a, par certains côtés, un caractère commercial ». (*Petit Praticien.*)

LES CONGRÈS

XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie (1er octobre). — Le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. Monprofit, professeur à l'école de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Chirurgie des gros troncs nerveux* ; rapporteurs : MM. Lejars et Morestin (Paris). — 2° *Ectopie testiculaire et ses complications* : rapporteurs : MM. Souligoux (Paris) et Villard (Lyon). — 3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire*, par MM. Willems (Gand) et Loison agrégé (au Val-de-Grâce).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr Walther, *secrétaire général*, 68, *rue de Bellechasse*, *Paris*. Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille (du 7 au 13 octobre). Ce congrès est organisé sous le haut patronage de, la ville de Marseille, du département des Bouches-du-Rhône et de l'Etat, de M. le commissaire général et de l'Administration de l'exposition coloniale, par le conseil départemental d'hygiène et avec la collaboration de la commission d'hygiène de l'exposition coloniale et des commissions sanitaires. Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. de Montricher, secrétaire général, 7, rue Grignon, Marseille.

Pour le programme détaillé, voir *Progrès Médical*, n° 36, du 2 septembre 1906.

Congrès d'hygiène et d'assistance. (Tourcoing : 19-23 septembre 1906.) Ce congrès sera tenu à Tourcoing du 19 au 23 septembre à l'occasion de l'Exposition Internationale des industries textiles. Adresser toute la correspondance relative au Congrès, souscriptions, demandes de renseignements, etc., à M. le Dr Julien, 123, rue Nationale. (Le Secrétaire se tient à la disposition des adhérents en ce qui concerne le logement pendant le séjour à Tourcoing). A cause des questions traitées et de l'intérêt des visites qui seront faites par les adhérents, il ne nous a pas été possible de réduire la durée du Congrès.

Nous ferons remarquer, toutefois, qu'en réalité ce Congrès se compose de deux parties distinctes et que vraisemblement un certain nombre de congressistes, dont le temps est limité, ne suivront que les travaux de la section qui les intéresse particulièrement.

3e Congrès international pour la répression de la traite des blanches. (*Paris, 22-25 octobre 1906.*) — Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.). Les Comités nationaux sont priés de faire connaître avant le 1er septembre le nom de leurs délégués et d'envoyer à l'adresse ci-dessus les cotisations correspondantes.

Congrès international pour l'assistance des aliénés. *Milan, 26-30 septembre 1906.* — Voir pour le programme détaillé le n° du 9 juin 1906.

FORMULES

LXXVII. – Contre le molluscum contagiosum étendu.

Frictions avec :

Savon noir	30 gr.
Acide salicylique	1 gr.

Puis appliquer pendant 5 à 25 minutes la pommade :

Naphtol β	ãã 5 gr.
Camphre	
Résorcine	
Savon mou de potasse	8 gr.
Craie préparée	3 gr.
Soufre précipité	ãã 20 gr.
Vaseline pure	

(Brocq.)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 26 août au samedi 1er septembre 1906, les naissances ont été au nombre de 866, se décomposant ainsi : légitimes 626, illégitimes 240.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 827, savoir : 415 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 6. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 0. Scarlatine : 2. — Coqueluche : 8. — Diphtérie et Croup : 2. Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. Choléra nostras : 2. — Autres maladies épidémiques : 0. — Tuberculose des poumons : 149. — Tuberculose des méninges : 14. Autres tuberculoses : 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 22. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 45. — Maladies organiques du cœur : 57. — Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 13. Pneumonie : 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 57. – Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 12 : autre alimentation : 76. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 9. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 7. — Néphrite et mal de Bright : 22. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. – Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 16. Débilité sénile : 41. — Morts violentes : 34. — Suicides : 9. – Autres maladies : 114. — Maladies inconnues ou mal définies : 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 50, qui se décomposent ainsi : légitimes 35, illégitimes 15.

Ministère de l'intérieur. — Médecins. — M. Clémenceau, ministre de l'intérieur, ayant reconnu que les médecins du ministère n'assuraient pas régulièrement leur service, a décidé qu'ils ne recevraient plus d'appointements fixes. Les honoraires des médecins seront désormais calculés d'après le nombre de leurs visites.

Un prix Montyon. — Après une première condamnation à treize mois de prison pour escroquerie, Mlle de Guertier, qui fut lauréate de l'Académie pour son livre des *Contes chauvins*, préfacé par le général du Barrail, subissait récemment une seconde condamnation à six mois pour vol commis au préjudice du docteur Pozzi qui l'employait comme secrétaire. Hier, Mlle de Guertier faisait appel de cette condamnation, et la cour a élevé la peine à treize mois de prison, mais en décidant qu'elle se confondrait avec les premiers treize mois encourus. (*L'Aurore*, 11 sept.).

Maison de retraite de Villers-Cotterets. — En vertu d'un décret récent, est déclarée d'utilité publique l'*extension du champ d'épandage* de cet établissement, et le préfet de la Seine est autorisé à acquérir les terrains nécessaires.

Monstrueux champignon. — M. Marius Descamps a trouvé à Quévremont un champignon de forme ovoïde qui ne mesure pas moins de 85 centimètres de diamètre et qui pèse 4 livres. Ce monstreux cryptogame a été déposé chez un pharmacien de Breteuil où il a fait l'admiration de tous les habitants. (*Petit Var.*)

La typhoïde. — Des cas de typhoïde à Moulins se sont produits au 14e escadron du train une dizaine de malades ont été évacués sur l'hôpital.

Quelle doit-être la durée du sommeil ?.— Le premier ministre anglais, sir Campbell, avoue carrément qu'il lui faut dix heures de sommeil et qu'il les prend. Ses collègues, moins sincères, moins calmes ou moins heureux, n'avouent que neuf heures. D'autres personnes se contentent de huit et de sept. M. Balfour, prédécesseur de Sir Campbell Bannerman, prenait douze heures sans se gêner, bien que son temps appartînt au Roi et à l'Etat. Jusqu'à présent, on a fait parler surtout des hommes politiques. Quand on prendra l'avis des magistrats, nous lirons des chiffres suggestifs, mais il est bon d'attendre les aveux du prétoire. (*Semeur de l'Oise.*)

Singulière thérapeutique. — Un savant médecin a découvert que rien n'était plus contraire à la constitution des microbes qu'une agitation excessive. Agiter fortement des microbes, c'est les vouer à une mort certaine. Comme corollaire de cette découverte, le médecin démontre que le cake-walk étant la danse la plus frénétique du monde, aucune ne saurait être plus salutaire. Au bout de quelques minutes de mouvement tous les microbes sont anéantis.

Le cake-walk est, pour les microbes, une danse macabre. (*Semeur de l'Oise.*)

Alcoolisme et aliénation mentale en Bavière. — Le médecin en chef de la clinique des aliénés à Munich, le conseiller professeur docteur Kraepelin, vient de publier dans la *Revue médicale de Munich* un article sur l'alcoolisme à Munich. Le savant a constaté chez 40 0/0 de ses patients que leur maladie était due à la consommation de l'alcool ; mais il insiste sur ce fait que c'est surtout la consommation exagérée de la bière qui fait tant de victimes. Sur 1,373 malades traités en 1905, 253 hommes et 30 femmes sont devenus fous par suite d'excès alcooliques. Parmi les épileptiques, 65 0/0 d'hommes et 28 1/2 0/0 de femmes étaient des buveurs. (*Le Temps.*)

Mission médicale. — M. le Dr de Beurmann, médecin de l'hôpital de Saint Louis, est chargé, par le ministre de l'instruction publique, d'une mission à Java, au Siam et en Birmanie, pour l'étude de la pathologie et du traitement de l'avarie et de la lèpre.

Singulier règlement médical.— Un arrêt formulé par Henri II ordonne : « que sur les plaintes des héritiers des personnes décédées par la faute des médecins, il en sera informé et rendu justice comme de tous autres homicides ; et, seront les médecins mercenaires tenus de goûter les excrémens de leurs patients, autrement seront réputés avoir été cause de leur mort et décès. »

Le prélude de cet arrêt n'était pas plus favorable aux médecins : il portait « que la couleur bleue ou cerulée était pour les Médecins ; qui est une couleur funeste, à eux attribuée, pour ce que ordinairement ils font plus mourir de gens qu'ils n'en sauvent : le pauvre patient prenant souvent par l'ordonnance un remède pour l'autre, augmente son mal et en perd la vie ; et de ce chef on dit que la terre recouvre les fautes des médecins. » B. P.

Asile Michelet.— Par arrêté préfectoral en date du 3 septembre 1906 : M. Legros, commis de 1re classe délégué dans les fonctions d'économe, a été nommé, sur place, commis principal (emploi créé).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Weber, agrégé et chef de laboratoire d'anatomie normale, est nommé, pour l'année scolaire 1906-1907, conservateur des collections.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Laborde, agrégé de la Faculté de Nancy, est nommé sur sa demande, agrégé à la Faculté de Toulouse.

Hôpitaux de Paris.— Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Jousset, Poulard, Lesné, Garnier, Proust, Wiart, Labey et Rudaux.

Faculté de médecine de Paris. — En vue de l'année scolaire 1906-1907, viennent d'être chargés des cours ci-après désignés :

MM. les docteurs et agrégés Méry (maladie des enfants) ; Thiroloix (clinique médicale) ; Branca (histologie) ; Marion (pathologie externe) ; Mauclaire (pathologie chirurgicale) ; Wallich et Demelin (accouchements).

Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1906-1907 et la nomination aux places d'élève interne en médecine (vacantes le 1er mai 1907). — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 17 décembre 1906, à midi précis. Les élèves seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du personnel médical, tous les jours; les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le vendredi 2 novembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au Concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition. La lecture des compositions, ainsi que l'épreuve orale, auront lieu dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, no 49. (Voir pour les conditions d'admission au concours et formalités à suivre le No des étudiants du 11 nov., p. 757 et la liste des questions de 1894 à 1905).

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur 6e année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions ; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs trois premières années d'Externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes.

Organisation des services de désinfection. — *Le Journal officiel* du 19 juillet 1906 a inséré un décret portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection.

En vue d'assurer l'organisation et le fonctionnement de ce dit service, aussi bien dans les villes de plus de 20.000 habitants où un bureau d'hygiène doit être organisé, que dans l'ensemble des communes de moins de 20.000 habitants placés, au point de vue de l'hygiène, sous la dépendance d'un service départemental dont la loi sur la santé publique prescrit la création, le Ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire leur rappelant de prendre toutes les mesures dépendant d'eux pour préparer dans le plus bref délai possible la mise en œuvre de la loi. (*Rev. int. de Méd. et Chir.*)

Poste vacant. — On demande un médecin pour sanatorium. Ecrire à l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, 9, rue de Bellefond, Paris.

Nécrologie. — Une dépêche de Rochefort, 6 septembre annonce que M. Henri Franconie, vingt-trois ans, étudiant en médecine, fils du député de La Guyane, s'est suicidé dans le jardin de la préfecture maritime, en se tirant une balle de revolver dans le cœur. — Nous avons en outre le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Yot, médecin expert près le Tribunal de Versailles, membre du Conseil d'hygiène et président de la Société des médecins de Versailles, de M. le Dr Junin, ophtalmologiste à Poitiers.

Enseignement médical libre.

Cours de vacances de l'association d'enseignement médical professionnel. — Deuxième série : septembre 1906 : du 17 au 29 septembre. Liste des cours : 1° *A l'hôtel des Sociétés Savantes rue Serpente* : Massage (n'aura pas lieu cette année). — Electrothérapie, Dr Zimmern. — Accouchements, Dr Dubrisay. — Thérapeutique appliquée, Dr Landouski. — Hygiène et thérapeutique infantiles, Dr Lesné. — Maladies nerveuses, Dr A. Riche. — Chirurgie dentaire, Dr M. Roy. — 2° *Dans différents services* : Thérapeutique dermatologique et syphiligrap., Dr Leredde (Etablissem. dermat.). — Oto rhino-laryngologie, Dr Georg. Laurens (Clinique de la Trinité). — Auscultation, Dr Audistère (Hôtel-Dieu). — Ophtalmologie, Dr Morax (Lariboisière). — Maladies des voies urinaires, Dr Pasteau (Necker). — Maladies du tube digestif, Dr Enriquez (Hôtel-Dieu). — Chirurgie infantile ; Orthopédie, Dr Barbarin (Hôpital Anne Marie). — Chirurgie pratique, Dr Savariaud (Lariboisière). — Gynécologie, Dr Savariaud (Lariboisière).

Tous les cours commenceront le lundi 17, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux au *Bulletin*. Repos le dimanche 23. Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours. Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance. Le lundi 17, à midi, à l'hôtel des Sociétés Savantes, dernières inscriptions. Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, Paris.

Horaire des cours. — *Matin*, à 8 h. 1/2 : Gynécologie, Dermatologie, Auscultation. — 10 h. 1/2 : Ophtalmologie, Chirurgie, Tube digestif, Orthopédie, Odontologie, Voies urinaires.

Soir, 1 h. 1/2 : Laryngologie. — 4 h. : Accouchements, Maladies nerveuses. — 5 h. : Thérapeutique infantile. — 6 h. : Electrothérapie ; Thérapeutique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des Carmes.

BOURNEVILLE. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.** In-8° de 136 pages avec 55 fig. Prix........ 4 fr.
Pour nos abonnés........ 3 fr.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'année 1904, avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin. Vol. de 314 pages avec 17 fig. Tome XXV. Prix........ 7 fr.
Pour nos abonnés........ 5 fr.

BOURNEVILLE. — **Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.** In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés (franco)........ 0 fr. 50

ANDERSSON et GUINCHARD. — Halsovardsnamndens Berattelse for ar 1905. 1 vol. grand in-8° de 60 pages. Boktryckeri à Stokolm.

BELUGOU (A.), de La Malou. — Thérapeutique et pharmacologie, les traitements utiles du tabes. Broch. de 30 pages. Extrait des *Archives générales de médecine.*

ECKSTEIN (H.). — Paraffininjektionen und Implantationen bei nasen und Gesichtplastiken. Brochure de 24 pages. Berlin.

FABRE (de Commentry). — Quelques cas d'hématome subit de la luette. Brochure de 16 pages. Jouvet, 8, rue de l'Hôtel-de-Ville, Riom.

JOSIAS et BEZANÇON. — Rapport général au Conseil d'hygiène de la Seine. 1 vol. grand in-8° de 264 pages. Imprimerie Nouvelle, 11, rue Cadet, Paris.

SLREWIJK (R.).— Ueber die Art und Wirkung der Auslösenden Kräfte in der Natur. 11 vol. in-8° de 88 pages. Bergmann, Wiesbaden.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 38 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 22 SEPTEMBRE 1906

Le Progrès Médical

NEUROLOGIE

Syphilis et paralysie générale (1).

Par le Dr **Etienne JOURDAN**.

Depuis les travaux du professeur Fournier sur les affections syphilitiques et parasyphilitiques, l'origine syphilitique de la paralysie générale semblait unanimement acceptée. Le professeur Joffroy s'est élevé contre cette origine exclusive de la paralysie générale. Et, en effet, dire qu'une affection est d'origine et non de nature syphilitique, c'est, par là même, admettre qu'à côté d'une cause originelle syphilitique, existe une cause spéciale déterminant la nature de cette affection. On l'a dit bien souvent : « ne devient pas paralytique général qui veut », ce qui, en d'autres termes, veut dire que la paralysie générale demande pour se développer, un terrain spécial, un état de prédisposition morbide du cerveau. Cette prédisposition peut être créée de toute pièce soit par l'hérédité, et c'est cette prédisposition héréditaire qui peut jouer un rôle important dans la pathogénie des paralysies générales juvéniles, chez les hérédo-syphilitiques par exemple, soit par un état fonctionnel anormal par ce que, faute de mieux, nous appelons le surmenage cérébral. S'il en est ainsi, on comprend beaucoup plus facilement que des lésions syphilitiques du cerveau déterminent secondairement de la part des cellules corticales, une réaction inflammatoire diffuse et chronique dont l'aboutissant est la dégénérescence de ces cellules. Les deux observations suivantes paraissent mettre en lumière le rôle important que joue l'état mental dans la pathogénie de la paralysie générale.

Et quelle que soit d'ailleurs la valeur de ces observations à ce point de vue spécial, elles sont suffisamment intéressantes par elles-mêmes pour vous être communiquées.

Voici donc ces observations :

OBS. I. — M. X..., employé de commerce, 38 ans. Il y a 10 ou 12 ans. M. X... contracte la syphilis alors qu'il était fiancé. Les manifestations syphilitiques sont si discrètes qu'elles disparaissent rapidement sous l'influence du traitement spécifique et six mois après l'infection, le médecin qui le soigne l'autorise à se marier. Les événements semblent justifier l'optimisme du médecin traitant; en effet bien qu'ayant cessé complètement le traitement spécifique depuis son mariage, M. X... a successivement trois enfants qui se portent très bien et n'ont jamais présenté la moindre trace d'hérédo-syphilis. Sa femme, qui ignore l'affection de son mari, n'a pas été infectée. Tout semblait donc être pour le mieux et M. X... ne se rappelait de sa vérole que comme un accident sans importance lorsqu'il y a environ trois ans il fut atteint de faiblesse générale surtout musculaire avec un certain degré de confusion mentale, pour laquelle le Prof. Grasset consulté à cette époque porta le diagnostic de paralysie générale progressive et prescrivit le traitement spécifique, frictions mercurielles et iodure de potassium à haute dose. Est-ce répugnance pour ce traitement qui rappelait au malade et à sa famille une maladie honteuse à laquelle on ne pensait plus ? est-ce parce qu'au bout de quelque temps de ce traitement apparurent des troubles gastro-intestinaux que l'on imputait à l'iodure et au mercure ? je n'ai jamais pu le savoir d'une façon certaine, mais l'essentiel c'est que ce traitement fut abandonné et M. X... fut confié à un médecin homéopathe. Le traitement homéopathique ne réussissant pas, je fus appelé à voir le malade (juillet 1904).

Le symptôme le plus apparent est un état d'asthénie, d'affaiblissement musculaire extrême. Cet affaiblissement est surtout apparent dans les membres inférieurs. Lorsqu'il se tient debout, M. X... écarte sa base de sustentation, le corps rejeté légèrement en arrière, raide et soudé. Si on lui ordonne de se baisser pour ramasser un objet par terre il ne peut le faire sans tomber. De même, la marche est difficile et lente ; les pieds, très écartés, ne quittent pas le sol, le corps est rejeté très en arrière et le moindre obstacle, le moindre mouvement un peu brusque, le demi-tour par exemple, le fait vasciller à droite et à gauche et il est obligé de s'appuyer fortement sur sa canne pour ne pas tomber. Il ne peut descendre un escalier sans être soutenu et lorsqu'il est seul il le descend sur son derrière. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

La force musculaire des membres supérieurs est très diminuée ; de plus ils sont agités, surtout dans les mouvements délicats, d'un tremblement vibratoire qui empêche la précision de ces mouvements ; il est surtout apparent dans l'écriture, qui est difficile, sinon impossible.

La parole est très embarrassée, on note de la difficulté dans la prononciation de certaines lettres et le malade est obligé de s'y prendre à plusieurs fois pour prononcer certains mots sans arriver pour cela à les prononcer correctement. La langue présente du tremblement fibrillaire et des mouvements de trombone.

Du côté des yeux on note de la dilatation et de l'inégalité pupillaire. Le réflexe à l'accommodation est paresseux ; le réflexe lumineux est aboli (signe d'Argyll). L'abolition de ce

(1) Communication faite au Comité médical de Marseille le 16 [illegible]. — Rappelons : Cullerre, *Relations de la syphilis et de la paralysie générale* ; — Mabille, *Syphilis et paralysie générale*, par Mabille (Congrès des aliénistes de Rouen), et presque tous les [illegible] de ce Congrès.

dernier détermine des troubles de la vision ; lorsque le malade lit ou se trouve à une vive lumière, ses yeux se remplissent de larmes et il n'y voit plus clair.

En dehors de ces symptômes, on note des troubles gastro-intestinaux qui décèlent une mauvaise innervation. L'estomac et l'intestin sont atones, les digestions gastriques et intestinales sont imparfaites puisqu'on trouve dans les fèces des parcelles d'aliments non digérés. Aussi l'assimilation est défectueuse et se résout par de l'amaigrissement.

L'affaiblissement musculaire se manifeste dans les muscles de la face par un certain degré de parésie donnant à la physionomie du malade un aspect immobile. L'expression du visage n'a aucune concordance avec les sentiments exprimés. Cette immobilité de la physionomie fait penser, au premier abord, à un état de déficience psychique que l'examen mental ne révèle pas. En effet, si au début de sa maladie, M. X... présentait de la confusion mentale, au moment où je l'ai examiné pour la première fois, pas plus que dans mes visites ultérieures, je n'ai pu la constater. Les facultés intellectuelles, pas plus que l'émotivité et l'affectivité, ne présentent d'altérations. La mémoire tant pour les faits récents que pour les anciens, est conservée. Parlant peu, M. X... suit avec attention la conversation, ses réponses sont correctes et il est impossible de découvrir une altération quelconque des processus mentaux. Il y a du ralentissement de ces processus et si l'on pouvait caractériser d'un mot son état mental, on dirait que ses facultés sont intactes dans leur qualité, diminuées dans leur quantité.

En résumé, M. X... présentait un syndrome paralytique avec intégrité des facultés psychiques.

Le traitement mercuriel (frictions mercurielles d'abord, injections de benzoate de mercure ensuite) fut institué et continué pendant plusieurs mois. Au bout de quelque temps, ce traitement amena une amélioration sensible : les forces musculaires augmentaient, les troubles intestinaux s'amendaient, les réflexes oculaires réapparaissaient. En même temps, on constatait une certaine suractivité mentale qui se manifestait par le désir de reprendre le travail de bureau, le besoin de s'occuper, une conversation plus active, un intérêt plus grand pour ses affaires et pour les évènements.....

Cependant, comme malgré cette amélioration, l'état physique du malade laissait encore beaucoup à désirer, lui-même et sa famille ayant une grande prévention contre le traitement mercuriel, prévention que je ne puis expliquer que par un scrupule religieux eu égard à l'affection contre laquelle il était dirigé, on ne demandait qu'à suspendre ce traitement et malgré mes assurances un jour vint où il fut abandonné. Deux ou trois mois après, j'appris par les journaux la mort de mon malade. Voici, à ce qu'on m'a raconté, comment elle s'est produite : Depuis quelques mois, M. X... avait, sans reprendre tout à fait son travail, réintégré son bureau où il s'intéressait aux affaires en cours. Or, un jour il se plaint de lourdeur de tête, de vertiges, d'un état nauséeux. On le renvoie chez lui se reposer. A midi il se met à table et les aliments qu'il ingère augmentent son malaise ; il quitte la table pour se promener dans le jardin et il en revient au bout de quelques instants en disant à sa femme : « ça ne va pas, je me trouve mal » et presque immédiatement il tombe comme une masse. On le relève, on court en hâte chercher un médecin qui constate une hémiplégie gauche avec parésie droite. M. X... n'a pas perdu complètement connaissance ; mais quelques heures après l'ictus, le coma s'établit ; 24 heures après, seconde attaque avec grandes convulsions et mort 24 heures après.

Voici maintenant la seconde observation.

Obs. II. — X..., 42 ans, contracte, à l'âge de 17 ou 18 ans, la syphilis pour laquelle il est soigné trois ou quatre ans. Il se marie dans la suite et sa femme avorte 2 ou 3 fois : pas d'enfants vivants. Il y a deux ou trois ans, il se plaint de malaises multiples pour lesquels on porte le diagnostic de neurasthénie, qu'on l'envoie soigner en Suisse. Il en revient amélioré, mais avec des modifications du caractère, exaltation dans les paroles et les actes. On ne sait que penser de son état lorsque brusquement il est pris d'agitation mentale et motrice (mars 1904). A ce moment, on constate du délire mégalomaniaque avec exaltatation de la mémoire pour les faits anciens. La première fois que je le vis je le trouvai, écrivant à toute sa famille, à des parents qu'il n'avait jamais vus et qui étaient morts depuis longtemps pour leur apprendre qu'il venait d'être élu président de la République. L'émotivité et l'affectivité étaient exagérées, il pleurait de joie, embrassait à tout propos les personnes qui l'entouraient, décorant les unes faisant des pensions fantastiques à d'autres, faisant les unes ministres, les autres commandants de corps d'armée ; il ne cessait d'écrire, de parler, chargeant tout le monde de besognes immédiates. Cet état d'agitation dura vingt-quatre heures consécutives, il lui succéda un véritable délire hallucinatoire, hallucinations en rapport avec le délire mégalomaniaque et l'exaltation de la mémoire pour les faits anciens. Il y a quelque dix ans, X... avait eu une grande passion. Le souvenir de la femme qu'il avait tant aimée revint dans sa conscience, avec tant de force qu'il parle d'elle constamment. Il vient de recevoir d'elle une dépêche de félicitations, puis c'est un télégramme lui annonçant son arrivée ; il ne se tient pas de joie, il veut aller la chercher à la gare et on a toutes les peines du monde à le retenir. Enfin un soir, après avoir passé toute la journée à attendre et espérer l'arrivée ; de cette femme, comme on a fermé toutes les portes pour l'empêcher de sortir, il a une hallucination psycho-sensorielle d'une netteté et d'une pureté remarquables. Nous nous trouvions quelques personnes à le surveiller lorsque nous le voyons se précipiter à une fenêtre qu'il ouvre et là un dialogue s'établit entre lui et la dame de ses pensées. Il la remercie d'être venue vers lui, il lui prodigue des paroles d'amour, il l'engage à rentrer dans la maison, et comme la dame paraît hésiter, il insiste et nous l'entendons lui dire : « Viens, ne crains rien, personne ne te verra, je suis seul, prends ma main, et je te conduirai. » La dame hésite encore, enfin elle cède et alors nous voyons le malade quitter la fenêtre et passer devant nous sans nous voir, la main tendue comme s'il tenait quelqu'un ; le sourire aux lèvres, il se dirige vers le salon au fond duquel se trouve un divan et arrivé sur le divan, nous l'entendons prononcer des paroles de tendresse, sa voix est souple, tendre, câline, il se fait pressant et à un moment donné la dame cède à son désir ; ce sont alors des paroles ardentes, entrecoupées de soupirs, il coïte. Puis nous n'entendons plus rien, nous nous approchons et nous le trouvons affalé sur le divan, la culotte déboutonnée, sans forces. Cependant il n'avait pas éjaculé. A partir de ce moment, il est calme, brisé, on le fait coucher et il s'endort.

Jusqu'à ce moment ce malade avait été d'une correction de tenue exemplaire et dans son langage, il ne se servait d'aucune expression triviale ou ordurière. Le lendemain du jour où eut lieu cette hallucination que j'ai rapportée, sa tenue change, il garde sa chemise de nuit qu'il ne boutonne pas, il reste en pantoufles et en veste d'intérieur, il prend de la poussière pour se poudrer la figure, il mange avec ses mains, urine sur les murs pour les dorer, car dit-il, il pisse de l'or. Ses propos deviennent sales et orduriers et bien que les idées de grandeur persistent, l'association des idées est moins parfaite ; on assiste alors au début d'un processus démentiel. On interne le malade, son séjour à l'asile est marqué par des périodes de calme et d'agitation, je l'ai revu quinze jours avant sa mort, la démence paralytique avait fait de grands progrès ; il était maître du monde, il avait construit des aérostats dirigeables avec lesquels il était allé jusque sur la planète Mars ; il revenait de Mandchourie où il avait englouti toutes les armées japonaises, il avait gagné une course d'automobile, ses jambes faisant fonction de moteur ; il avait épousé la reine de Hollande, celle d'Angleterre, la fille du président des Etats-Unis et bien d'autres encore et il était tellement fort, tellement puissant qu'il pouvait les contenter toutes sans jamais s'épuiser. Toutes ces idées, plus absurdes les unes que les autres, se succèdent sans lien associatif. La démence est complète, globale. La mort survint subitement et a été consécutive à des attaques épileptiformes subintrantes.

Chez ce malade, les phénomènes psychiques occupaient presque entièrement la scène. Au point de vue moteur on

ne notait ni parésie, ni même affaiblissement musculaire. Les réflexes étaient normaux. Du côté des yeux il existait du myosis des deux pupilles, sans inégalité et sans troubles des réflexes. L'embarras de la parole n'était pas apparent et ne se révélait que dans la prononciation de certains mots difficiles à prononcer. Cependant, un an avant le début de la paralysie générale, au moment où la neurasthénie fit son apparition, ont dû exister des troubles oculaires, car à ce moment le malade fut soigné par un oculiste qui l'a traité pendant un assez long temps.

Telles sont ces deux observations. Comme il ne fallait pas songer à la nécropsie, je me suis demandé si par l'analyse symptomatique, par l'analyse de l'état mental antérieur à l'affection, je ne trouverais pas la raison d'être non seulement de la localisation mais encore de la nature des lésions anatomiques.

Tout d'abord, dans les antécédents de ces deux malades, il est un point qui me paraît important et que je tiens à mettre bien en lumière, c'est l'état psychologique de ces deux malades avant le début de leur affection.

Le malade qui fait l'objet de la seconde observation était un actif physique et mental. Homme de sport, il cultivait l'escrime, la bicyclette, les chevaux, l'automobile. Intelligent et très cultivé, il lisait beaucoup, tant les ouvrages littéraires que scientifiques. Mondain et génital, il allait beaucoup dans le monde, fréquentait les cercles, faisait la cour à toutes les femmes qui lui plaisaient. Son esprit était constamment en éveil, préoccupé qu'il était, soit par l'organisation d'une soirée, soit par une intrigue amoureuse, soit par une partie de campagne ou d'automobile. Quoi qu'il fît, d'ailleurs, la caractéristique de son état mental était d'exagérer outre mesure l'importance de l'idée qui le guidait et il s'y adonnait avec toute l'ardeur physique et mentale dont il était capable. Il était un exalté dans les actes même les plus insignifiants de la vie. On peut dire, pour employer une expression triviale, mais bien exacte dans ce cas, qu'il brûlait la chandelle par les deux bouts.

Le malade de la première observation était l'antithèse du second. D'intelligence moyenne, d'une grande pondération, élevé très religieusement il a toujours mené une vie très régulière au milieu de sa famille. Plein de préjugés qui lui tenaient lieu de réflexion intérieure, il leur obéissait aveuglément. N'ayant en aucune façon à se préoccuper de son avenir, il n'a eu qu'à se laisser aller, à se laisser guider par son père dans le bureau duquel il travaillait et auquel il aurait succédé un jour. Marié de bonne heure il adore sa femme qu'il considère surtout comme une ménagère hors ligne et la meilleure des mères. Il sort très peu, ne lit pas beaucoup et dans tous les cas il ne lit que les ouvrages conformes à ses idées, je devrais dire à ses préjugés. Et ainsi son existence très calme, sans accrocs et sans incidents, s'écoule sans soucis, sans préoccupations aucunes, entre son bureau, où sa besogne est toute tracée, et sa famille qui ne lui donne que des satisfactions. S'il a contracté la vérole ce n'est pas qu'il ait fait la noce mais simplement parce qu'il n'a pas eu de veine. C'est en vain qu'on chercherait dans son passé une cause quelconque de surmenage physique ou intellectuel. Et c'est au milieu de sa vie calme et heureuse de ce bonheur qui est surtout fait d'uniformité, qu'est venue le surprendre l'affection dont il est mort.

Le début de la paralysie générale a été différent chez ces deux malades. Chez le malade de la seconde observation, l'affection a débuté par une neurasthénie que, étant donné la vie menée par le malade, on rapportait à un surmenage physique et intellectuel. Cette neurasthénie, soignée à Champell, laissa après elle des anomalies du caractère, irritabilité, exagération des actes et des paroles, qui pouvaient d'ores et déjà faire prévoir une affection sérieuse des centres cérébraux. Ces modifications furent mises sur le compte de la neurasthénie incomplètement guérie et on envoya le malade se reposer à la campagne. C'est là que, quelque temps après, apparurent brusquement et se déroulèrent les faits qui ont été longuement analysés et qui révélèrent d'une façon non douteuse l'existence de la paralysie générale.

Chez le malade de la première observation, au contraire, l'affection a débuté par de l'affaiblissement musculaire que l'on crut d'abord déterminée par un travail excessif, et comme, par le repos, l'hygiène, l'alimentation abondante, l'état du malade ne s'améliorait pas, qu'au contraire apparut même un certain degré de confusion mentale, on se décida à consulter le Pr Grasset, qui porta le diagnostic que l'on sait.

L'évolution de la paralysie générale a été, elle aussi, tout à fait différente dans les deux cas. Chez le second malade, la maladie a évolué assez rapidement vers la démence progressive et globale, qui est le caractère constant de la paralysie générale, quelle qu'en soit la forme clinique. Chez le premier malade, au contraire, le syndrome moteur du début est resté tel quel jusqu'à la terminaison de la maladie, et bien que la durée ait été de trois ans environ, à aucun moment on n'a pu saisir un signe quelconque de démence pouvant confirmer le diagnostic primitivement porté.

Etant donné ces faits, nous étions en droit de nous demander si, dans ces deux cas, il s'agissait bien réellement d'une même affection, d'une paralysie générale progressive. A notre avis, il s'agit dans les deux cas de lésions analogues à leur origine, différentes dans leur évolution consécutive. L'élément étiologique qui domine dans les deux cas est la syphilis. Ce sont les lésions syphilitiques que nous croyons être les causes immédiates de l'affection de nos deux malades.

Chez le malade de la première observation, l'évolution clinique nous fait penser à une syphilis cérébrale, artérite syphilitique et dégénérescence scléro-gommeuse des méninges de la base. En effet, l'artérite déterminant des troubles circulatoires, et partant nutritifs, des territoires cérébraux, détermine consécutivement des troubles fonctionnels. On peut dire que la fonction cellulaire est en raison directe de la nutrition de la cellule, par conséquent : à nutrition diminuée, fonction ralentie. Or, chez notre malade, le symptôme le plus apparent et pour ainsi dire caractéristique est un affaiblissement général portant sur les centres intellectuels aussi bien que sur les moteurs. De plus, on constate encore chez lui des phénomènes parétiques et paralytiques, le signe d'A. Robertson, qui peut ne pas exister dans la paralysie générale et qui serait toujours, d'après M. Babinski, un signe caractéristique de la syphilis cérébrale. L'observation de notre malade a bien des analogies avec la description clinique que fait Kraff-Ebing de la syphilis cérébrale dans son Traité de psychiatrie ; la mort par hémorrhagie méningée semble bien indiquer une lésion artérielle. Enfin, le traitement spécifique, bien qu'institué tardivement et mal suivi, a amené une amélioration notable de l'état physique aussi bien que de l'état mental.

Chez le malade de la seconde observation, les troubles oculaires de la neurasthénie, qui ont marqué le début de de la paralysie générale, reconnaissent comme cause la plus immédiate la syphilis cérébrale. Je dis que dans ce cas la neurasthénie est syphilitique, parce que, ayant observé deux cas de neurasthénie chez deux syphilitiques dont l'infection chez l'un d'eux remontait à 25 ou 30 ans en arrière, et dont l'autre présentait le signe d'Argyll. ces neurasthénies n'ont cédé qu'au traitement spécifique. Et ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est que l'oculiste qui fut appelé à soigner les troubles oculaires prescrivit le traitement spécifique que le malade s'obstina à ne pas suivre. D'ailleurs, on comprend très bien que la syphilis ayant une prédilection marquée pour les artères cérébrales, l'artérite qui en résulte provoquant des modifications dans la circulation et partant, dans la nutrition des cellules de l'écorce, détermine, lorsque ces cellules y sont prédisposées par une

activité fonctionnelle anormale, un syndrome neurasthénique pouvant s'imposer comme une neurasthénie essentielle, une neurasthénie nerveuse. Ce qui nous prouve que la neurasthénie était symptomatique d'une lésion diffuse artérielle, ce sont les troubles consécutifs, troubles qui révélaient l'existence de lésions plus profondes, inflammation chronique, prolifération névroglique, destruction des fibres tangentielles, dégénérescence des cellules nerveuses, lésions caractéristiques de la paralysie générale. Ainsi une lésion primitivement syphilitique donne naissance à des lésions dégénératives qui n'ont plus aucun caractère de spécificité, par le même processus, d'ailleurs, que l'artério-sclérose cérébrale détermine des lésions dégénératives qui se révèlent symptomatiquement par des démences organiques.

S'il en est ainsi, une question se pose : d'où vient que, dans certains cas la lésion artérielle syphilitique n'évolue pas, ne détermine pas de dégénération secondaires ? d'où vient que dans d'autres cas elle en détermine ? C'est que pour que les dégénérescences secondaires se produisent la réalisation de certaines conditions biologiques est nécessaire. Ces conditions sont réalisées par l'état antérieur des cellules cérébrales. Il est un principe de pathologie générale en vertu duquel toute cellule organique qui présente de la suractivité fonctionnelle a une tendance marquée à dégénérer. On comprend donc que des lésions artérielles, en provoquant des troubles circulatoires et, partant, nutritifs des cellules corticales déterminent d'abord un état d'irritabilité, de faiblesse irritable de ces cellules et secondairement un processus inflammatoire chronique dont l'aboutissant est la dégénération cellulaire. C'est pourquoi nous nous croyons en droit de dire que chez le malade de la seconde observation, qui était un surmené cérébral, la syphilis a provoqué d'abord un état neurasthénique assez grave et secondairement de la paralysie générale dont, si nous n'avons pu constater les lésions, nous avons suivi pas à pas l'évolution.

Et ainsi la syphilis nous paraît jouer un rôle important mais non unique dans l'étiologie de la paralysie générale. Si la syphilis est une cause importante de la paralysie générale, elle n'en est pas une cause suffisante. Cette dernière est constituée par l'état mental antérieur. C'est là une notion qui semble se dégager avec netteté des faits que nous avons observés (1).

A propos de l'état mental antérieur à la paralysie générale, je tiens à faire une remarque : chez notre second malade les manifestations délirantes n'étaient que l'exagération morbide des tendances normales du sujet. Ne faudrait-il pas voir dans ce fait l'origine véritable des différentes formes cliniques de la paralysie générale.

Telles sont les considérations qui nous ont été inspirées par l'observation des deux cas que nous venons de vous soumettre. Ces considérations, nous ne les émettons que comme de pures hypothèses, et demandent par conséquent à être vérifiées. Si elles l'étaient, les divergences d'opinion sur l'origine syphilitique de la paralysie générale n'auraient plus leur raison d'être. En effet, les principales objections que l'on fait à cette origine tombent d'elles-mêmes. Si la cause essentielle de la paralysie générale est constituée par un état spécial des neurones corticaux il est tout naturel qu'on ne trouve que très rarement la paralysie générale dans les pays où la syphilis est très répandue et où, par contre, le développement intellectuel est très rudimentaire.

De même, alors même que la syphilis envahissant un cerveau surmené, prédisposé à la paralysie générale, détermine cette affection, il n'y a rien d'étonnant à ce que les lésions de la paralysie générale n'aient aucun caractère de spécificité, la lésion syphilitique étant antérieure à la lésion inflammatoire dégénérative. Enfin, de ces considérations, il résulte tout naturellement que le traitement spécifique institué en pleine évolution de la paralysie générale ne donne aucun résultat. Mais cependant il s'en dégage une indication qui pourrait être grosse de conséquence, c'est que si le traitement spécifique est institué tout à fait au début d'une paralysie générale, avant que les lésions dégénératives ne soient constituées, alors qu'il ne s'agit en réalité que de lésions syphilitiques, ce traitement peut amener une amélioration certaine. C'est sans doute dans ce sens qu'il faut interpréter les guérisons de paralysies générales soignées par le traitement spécifique tout à fait au début de leur évolution.

Ce sont là, il faut bien le répéter, de simples vues de l'esprit, qui découlent normalement du rôle étiologique de la syphilis, tel que nous le concevons. Ce rôle sera définitivement, autant qu'en médecine il peut y avoir quelque chose de définitif, démontré non en se contentant de rechercher l'existence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, mais en essayant de déterminer aussi exactement que possible leur état mental antérieur, et il apparaîtra ainsi d'autant plus clairement que les cas tels que celui de notre première observation seront mieux connus, mieux analysés. Ces cas sont d'une observation difficile, car ils passent souvent inaperçus parce que les malades ne présentant pas de troubles délirants ne sont pas internés, peuvent ne pas consulter, et dans le cas même où un diagnostic de paralysie générale a été porté il est difficile de suivre l'évolution ultérieure de l'affection. C'est surtout la connaissance de cas semblables, la détermination des lésions qui les constituent, qui peuvent éclairer d'une façon complète le rôle de la syphilis dans la paralysie générale. Pour nous, le seul but que nous ayions poursuivi dans cette communication, c'est simplement d'attirer votre attention sur le rôle que nous paraît jouer l'état mental dans l'étiologie de la paralysie générale.

(1) La prédisposition morbide est d'autant plus apparente chez notre second malade si on tient compte que la mère est en pleine démence sénile et qu'une cousine est aliénée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Purpura palpébral consécutif à un cauchemar.

Maintes fois nous avons relaté des cas de *purpura* survenant à la suite d'*accès épileptiques* et occupant le front, les paupières, s'étendant d'une oreille à l'autre, en passant sous le menton, le cou. Nous avons cité aussi des *ecchymoses* de la conjonctive se montrant dans les mêmes circonstances (1). Cette éruption peut apparaître dans d'autres circonstances. « Le père de l'un de nos malades, avons-nous dit naguère, Cast..., qui avait présenté ce genre d'hémorragie, nous a affirmé avoir eu, à 17 ou 18 ans, un purpura tout à fait comparable comme aspect, siège et marche, à celui de sa fille (2), consécutivement à une *violente colère (purpura émotif)*. Autre cas :

Mlle X.. (Suzanne-Virginie), née le 22 mai 1886, est entrée le 4 mars 1901 à la fondation Vallée, atteinte d'aliénation mentale avec délire mélancolique, idées

(1) Nous avons vu aussi un exemple d'ecchymose oculaire survenant après le coït.

(2) *Des hémorragies de la peau et des muqueuses, pendant et après les accès d'épilepsie, et de leur analogie avec les stigmates des* [illegible]*tiques*. (Compte rendu de Bicêtre de 1901, p. 87.)

de culpabilité, d'indignité, refus d'aliments, etc., etc. (1). Elle en sortit guérie le 21 juillet 1902. Depuis lors, nous l'avons revue un certain nombre de fois, la dernière fois le 31 août. Elle est sujette à de petites crises caractérisées par un sentiment d'oppression, des grimaces, des mouvements nerveux des bras, l'impossibilité de parler. Ces crises durent quelques minutes et tout disparaît. Dans la nuit du 20 au 21 juillet, elle s'est levée pour uriner, s'est recouchée, et a été prise presqu'aussitôt d'un sentiment de peur, marmottait, s'agitait. Sa mère, l'entendant remuer, s'est levée et l'a trouvée la figure très pâle, exprimant la terreur. Ceci a duré 5 minutes. A son réveil, le lendemain, 21 juillet, elle ne se rappelait de rien. Ce n'est que le 22 qu'elle s'est souvenue. « J'ai eu peur d'un *squelette*. — Que vous voulait-il ? — Je ne sais pas, je ne suis pas peureuse d'habitude. Dans mon cauchemar, je disais : j'aime mieux mourir, en finir tout de suite. »

Le 21, *pointillé rouge* foncé, « très serré », sur les paupières des deux yeux : « c'était très laid » ; aussi au-dessous des oreilles, mais moins accentué. Rien ailleurs. L'éruption a commencé à diminuer le 21 au soir, davantage le second jour, tout avait disparu le 3e jour. Ce n'était pas à l'époque de ses règles. D'ordinaire le sommeil est bon. Sensibilité normale.

« Ces faits, répèterons-nous, nous ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certaines mystiques, les stigmatisées. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté... Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tous cas une diminution de la résistance de la peau et, finalement, au cours de l'attaque extatique, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'opère de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des accès épileptiques. » BOURNEVILLE.

Assistance Publique : Mœurs bureaucratiques.

Le *Semeur de l'Oise*, du 11 juillet, raconte le fait suivant, sur lequel nous appelons l'attention de M. Mesureur :

« Un accident d'une réelle gravité est arrivé ces jours derniers, à Paris, à M. Berdin, ancien maire de Pont-Sainte-Maxence et conseiller général de l'Oise. M. Berdin traversait une rue lorsqu'il fut à moitié écrasé par une voiture qu'il n'avait pas aperçue. Il fut relevé sans connaissance et transporté dans un hôpital sans que l'Administration songeât à avertir qui que ce soit de l'accident dont il avait été victime.

Inquiète de ne pas le voir rentrer à Pont, la bonne de M. Berdin prit le train pour Paris et se rendit à l'hôtel où son maître avait l'habitude de descendre. Il lui fut répondu que, depuis deux jours, M. Berdin n'était pas rentré. Pressentant un malheur, elle se rendit au commissariat et à la préfecture de police où elle ne put obtenir aucun renseignement. De guerre lasse, *elle se décida à parcourir tous les hôpitaux de Paris*, et ce n'est qu'après de longues recherches qu'elle découvrit M. Berdin à l'hôpital de la Charité, où il avait été transporté. M. Berdin n'avait pas encore repris connaissance ; il avait trois côtes enfoncées et une pleurésie s'était également déclarée.

La bonne de M. Berdin s'indigna, non sans raison, de la négligence des employés de l'hôpital parisien, qui, *connaissant l'identité du blessé*, auraient dû au moins prévenir sa famille, mais elle s'attira cette réponse stupéfiante : « Nous n'avertissons qu'en cas de décès (*sic*) ».

La presse de l'Oise est unanime à déplorer ce manque d'égards. Nous souhaitons à M. Berdin un prompt rétablissement et espérons que l'Assistance publique préviendra, à l'avenir, les familles d'accidentés.

Ce fait indique une pratique courante assurément regrettable. Nous ne doutons pas que, la connaissant, M. Mesureur ne pense d'urgence à y mettre un terme. Un autre fait, que nous allons citer, n'implique qu'une négligence accidentelle.

M. G... place son amie tuberculeuse à l'hôpital de X... Redoutant une terminaison fatale, il donne son adresse précise au bureau, en indiquant sa situation vis-à-vis de la malade, et en insistant d'autant plus vivement qu'il craignait que les parents de la malade, dont il donnait d'ailleurs l'adresse, ne fassent pas les démarches nécessaires. Il n'a été tenu aucun compte de sa prière, et ce n'est que par hasard qu'il a appris la mort et put rendre les derniers devoirs à son amie. Manque d'ordre et d'humanité ! Dr FREEMAN.

(1) Nous avons publié son observation dans le *Compte rendu de Bicêtre de 1902*, p. 191-205. On trouvera à la fin l'indication de nos publications sur la *folie des enfants*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 septembre.

Multiplication des globules du sang.

M. BOUCHARD, au nom de M. P. CARNOT et de Mlle DEFLANDRE, lit un mémoire complémentaire des recherches déjà faites par eux sur la multiplication des globules sanguins chez un animal, sous l'effet d'une injection de sérum provenant d'un autre animal à qui l'on a fait subir la veille une importante saignée. En injectant le tissu auquel appartiennent les cellules qui produisent le principe actif du sérum, c'est-à-dire la moelle osseuse, ils ont obtenu le même résultat.

La maladie de Bani.

M. LAVERAN présente une note de M. CAZALBOU, vétérinaire militaire, sur la propagation d'une trypanosomiase déterminée par une autre mouche que les diptères du genre glossina. C'est une mouche voisine de la tsétsé, qui est propagatrice de la trypanosomiase. L'auteur ayant constaté qu'un foyer épidémique existait dans la région de Bani, affluent du Niger, y a capturé les glossinas en question. Il les a transportées ensuite à Ségou et leur a fait piquer des chiens certainement indemnes de trypanosomiases. Deux de ces chiens sur sept ont été infectés. Voici donc un mode de propagation certain pour la maladie de Bani.

LES PRÉPARATEURS EN PHARMACIE. — Les préparateurs, élèves ou aides en pharmacie ont voté un ordre du jour demandant le repos d'une journée entière par semaine, et non le repos de deux après-midi.

EPIDÉMIE DE PETITE VÉROLE. — Une épidémie de petite vérole sévit dans Grenade. 150 familles pauvres ont été attaquées par la maladie, 7 personnes sont mortes en 24 heures. Les médicaments font défaut et on craint des désordres. (*Petit Var*, 15 sept.).

★

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTROLOGIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES.

(Milan 1906.)

Un Congrès d'électricité, encore que cette même nouvelle semble vouloir englober la majeure partie des affections chroniques, est par son titre même très spécial. Aussi semble-t-il préférable d'en parcourir les phases en un coup d'œil d'ensemble en en retraçant les faits et gestes les plus importants. Je suivrai cependant dans cette analyse l'ordre même des séances afin que le compte rendu total ne risque pas de devenir trop obscur.

De la séance d'ouverture que retenir de mieux : ou du discours fort applaudi du professeur Bozzolo (de Turin) président effectif, qui rappelle les efforts des congrès antérieurs et montre toute l'importance de celui-ci, et qui — il ne faut point l'omettre — nous transmet un aimable télégramme du ministre de l'Instruction publique ; — ou des souhaits charmants de M. Manzoni au nom de la ville de Milan — ou de l'allocution de notre compatriote Doumer, de Lille. Il excuse M. Tripier, retenu au loin par la maladie et, délicatement, montre comment les grands noms de Galvani et Volta désignaient l'Italie au choix du Comité.

Cependant il faut passer à l'ordre du jour bien chargé : 82 communications et 10 rapports. M. Cuzet nous parle des réactions électriques dans les paralysies faciales et nous voici réunis au café Montemerle où, pendant tout le déjeuner la cordialité la plus grande réunit tous ces savants de toutes frontières. Cuisine italienne soignée, toasts, photographie du groupe, rien ne manque. Et cependant le ciel, plus que clément à nos travaux, nous courbe sous le poids de ses rayons.

Nous voici de nouveau à la Scala Manzoni, siège de nos travaux. Un rapport et 21 communications nous attendent. Grâce à M. Oudin, qui préside, tout se passe dans un ordre parfait. Je ne retiendrai de tous ces travaux que ce qui peut intéresser le praticien. *pecus vulgus non arceo.* C'est tout d'abord le rapport de Cuzet sur l'excitation des nerfs. M. Taniekowski vient appuyer de son autorité ces lois si étudiées du rapport et successivement défilent à la tribune : M. Pexi, qui étudie les rayons X dans l'épilepsie ; — M. Xercavins, qui faradise avec succès les choréiques : — M. Bellemanière (de Paris), qui oppose la thérapeutique physique à la chirurgie dans les tumeurs blanches ; — M. Busi, qui démontre par les rayons X, les modifications des os par le traitement thyroïdien du myxœdème congénital — et M. Bertolotti, qui traite des rayons X dans les lymphosarcomes et dans les lupus érythémateux.

Enfin M. Schatsky aborde la nature des molécules et pendant quelques instants énergie et matière, redoutable problème, sont étudiées, fouillées par ce maître éminent que la physiologie la plus ardue enchante et qu'il connaît si bien.

Il est six heures et demie. Les congressistes disparaissent peu à peu, les journalistes vont pouvoir se reposer et sur « la Piazza della Scala », il y aura ce soir quelques Français qui goûteront sans réserve les exquises sensations artistiques qui font Milan si belle et si amoureusement visitée.

Aussi bien, Doumer le dit : « nous sommes décidés à travailler dur pendant ces quelques jours » Le banc de la Presse en sait quelque chose. 14 communications et quatre rapports, voilà le bilan de la 2e journée. Les rayons X en ont eu les honneurs et le professeur Schiff (de Vienne) eut avec M. Gastou (de Paris) une discussion des plus utiles sur le traitement du cancer superficiel. Une fois de plus, les rayons X ont été mis à une excellente place et les auteurs ont montré toute la conscience et la précision qu'ils apportaient aux faits publiés par eux. On sait que l'école de Saint-Louis et M. Schiff diffèrent quant à la technique, et ils ne se sont pas mis d'accord, précisément parce que nous n'avons aucun moyen de mesurer sûrement les rayons X. Aussi, sur la proposition Oudin-Doumer, la question est mise à l'ordre du jour du prochain Congrès.

Après M. Schiff, M. Gavazzeni (Bergame) cite ses cas de lupus traités par les rayons X ; Guillemonat (Paris) nous en cite les insuccès pour le cancer de la langue, ses succès par contre sur les cors aux pieds ; mais il démontre, avec photographies, les graves dangers des traitements intensifs.

C'est maintenant le radium qui apparaît avec M. Oudin comme porte-parole. Ces agents radifères, nous dit Oudin, ont sur les tissus, sur les virus, les ferments, des actions des plus actives. Mais il faudrait dissocier la gamme des rayons du radium en étudiant chaque unité séparée. Là encore nous manquons un peu de moyen de mesure. Néanmoins, quelques succès thérapeutiques sont connus, et Tonta (Milan) a eu de bons résultats dans les dépressions cardiaques. A noter son opinion sur l'ionisation de l'air par le radium dans la télégraphie sans fil.

De là, presque logiquement, le Congrès s'occupe des autres modalités électriques. M. Vassilidès (Athènes), appuyé par Doumer, Keating-Hart... a eu de vrais succès contre la calvitie. Avis aux Immortels des Académies ! M. Fontana (Padoue) galvanise le pneumo-gastrique dans les ptoses gastriques.

Et M. Paul Petit (Paris) nous fait assister à la guérison des zonas en quelques séances de courants continus à hautes intensités ; il tente aussi d'expliquer l'action de ce courant sur l'élément vésiculaire. M. de Backer (Paris) voit dans la haute fréquence une grosse indication au traitement des tuberculoses et des cancers, et rappelle ses travaux sur les ferments.

M. Luzemberger (Naples) nous fait comme une synthèse des modes d'application des courants sur la peau ; il établit l'historique de ces traitements et espère pour l'avenir des indications plus précises dans les relations publiées.

Chose plus curieuse, M. Salomonson (Amsterdam) a pu mesurer le courant faradique, la durée de son onde électrique, l'intensité, l'énergie, etc. On comprend toute l'importance de la question et Doumer l'a dit : c'est pour les constructeurs, une révolution dans les bobines. Enfin, pour la bonne bouche, pour la fin, je veux dire, j'ai réservé une mention à M. Luraschi, l'infatigable secrétaire, dont la complaisance ne s'est pas démentie un seul instant. Des projections de radiographies qu'il a prises du crâne en maintes positions permettent de mieux saisir les détails et de mieux étudier la boîte cranienne.

La troisième journée n'aura pas été moins féconde en recherches intéressantes. Il faudrait citer ici tout le rapport de Mlle Ioteyko (Bruxelles) sur l'*excitabilité des nerfs et des muscles.* Mais on ne peut pas tout louer. Aussi bien ; qui ne sut se borner ne sut jamais écrire : Bornons-nous donc à dire que cette journée fut surtout consacrée à la photothérapie, comme la précédente l'avait été surtout à la radiologie. M. Winkler (Vienne) nous a ouvert sur ces nouvelles méthodes de nouveaux horizons et, des discussions ouvertes sur son rapport, il semble que la grande action de la lumière est due à son énorme pouvoir oxygénisant des tissus. M. Steiner (de Rome) a de jolis succès par ce moyen dans la cure des *lymphomes.*

De la lumière, MM. Fort et Minet nous transportent dans les secrets du traitement des rétrécissements urétraux. Le premier défend l'électrolyse linéaire de toutes les attaques dont elle fut l'objet et montre les succès obtenus par ses élèves et par lui depuis 1881. Plusieurs membres du Congrès abondent en ce sens. Quant à M. Minet, il décrit son procédé d'électrolyse circulaire rapide qui guérit en fort peu de séances.

On entend ensuite la description du nouveau radiomètre de M. Schwartz (de Vienne) et le traitement de l'angor pectoris par M. Libotte (Bruxelles), par la faradisation des membres supérieurs à leur extrémité. Et nous revenons aux rayons X. Entre les mains de M. Guillemonat (Paris), ils ont favorablement traité un cas d'hy-

pertrophie de la prostate, comme entre celles de M. Foveau de Courmelles ils ont amélioré fortement 38 fibromes sur 45 cas traités. Rétraction et régression de la tumeur, suppression des hémorrhagies et des douleurs, état général bon. Il faut des séances répétées, prolongées et des doses moyennes.

M. Foveau de Courmelles s'est, avec aisance d'ailleurs, promené dans toutes les parties de la physiothérapie. Il décrit les bons effets des bains de lumière bleue chez les ataxiques et ce, en dehors de tout effet suggestif. Il note à peine un demi-échec dans 50 cas. Il étudie ensuite le radium, et attribue l'action analgésique aux rayons β et γ. Le radium, corps dangereux, qu'il ne faut laisser qu'aux seuls médecins, est de choix dans les petits épithéliomes et les lupus. Après le radium, M. Foveau de Courmelles passe à la photothérapie, bien moins dangereuse que les rayons X. Grâce à son appareil, il obtient avec 3 à 10 mA. au plus, les mêmes résultats qu'avec le Finsen. Il a traité aussi le cancer et la tuberculose par les agents physiques, et préconise volontiers rayons X, radium, et l'arc voltaïque refroidi par le radiateur de Foveau. Enfin, l'auteur présente au Congrès une électrode réglable de H.F. qui permet de régler la dose employée et d'y adjoindre sur un manche commun tous les accessoires de haute fréquence.

Lorsqu'un maître d'école n'a plus de prix à sa disposition, mais encore de bons élèves à récompenser, il use des mentions honorables. Ce ne sont pas les prix qui me manquent, c'est la place pour les noter. Et je ne puis donner qu'une mention très honorable, — pour cette raison — à M. Keating-Hart, pour ses appareils si ingénieux et à M. Bellemanière (Paris), pour son nouvel appareil à électrolyser l'urèthre.

Voici venir presque la fin du Congrès, puisque la journée de samedi est la dernière des communications. Et si l'on veut en donner une vue d'ensemble, disons d'abord que les rayons X ont été encore une fois étudiés et fouillés dans les moindres recoins. M. Leviaschi, a traité par eux une leucémie myélogène qui, après deux ans, est encore guérie. M. Guilloz étudie à fond la radiographie stéréoscopique, et M. V. Machado (de Lisbonne) nous donne cette notion intéressante, qu'une bonne ampoule doit pouvoir offrir une image nette des cartilages du larynx. Le docteur Petit (Paris) insiste sur la nécessité absolue d'unifier des méthodes radiographiques, afin d'obtenir des clichés comparables. Il faut, chaque fois, mesurer l'épaisseur du sujet, et de cette notion déduire par examen d'ombres-étalons de diamètre, connu la distance de l'ampoule à la plaque, afin d'obtenir des images avec déformation et agrandissement minima, et toujours appréciables. Ainsi devient pratique la stéréoscopie, la pelvimétrie de Varnier, qui peut se réaliser à 1 m. 50. M. Petit montre que la distance de l'ampoule est une notion à mesurer dans chaque cas, d'après l'épaisseur du sujet et non une mesure moyenne, empirique, que tant d'auteurs ont cependant voulu admettre. Un appareil très simple construit par Lacoste, de Paris, permet ces mesures. L'appareil réalise tous les cas possible de radiographie. Enfin, M. Petit énonce sa notation radiographique, langue qu'il a lui-même inventée et qu'il voudrait voir admettre, comme les accoucheurs et les électriciens ont adopté une notation devenue courante.

M. Gastou, avec force radiographies, nous montre ce que l'on peut attendre de ces radiations pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa méthode est d'une rigueur scientifique parfaite. Il a obtenu de notables résultats, dans les formes hémorrhagiques, dans les tuberculoses congestives. Et Guillemonat ajoute avoir traité par les rayons X les adéno-fibromes du sein, avec les meilleurs résultats.

Après les rayons X, le radium, et Oudin a fait avec succès l'application aux faits gynécologiques.

Et puis, pour fixer les règles, voici Denoyés (de Béziers) qui expose les résultats si intéressants de la haute fréquence sur les tuberculoses chirurgicales. Voici Doumer qui mesure l'intensité des champs magnétiques des solénoïdes d'autoconduction, ce qui permettra de contrôler et de mesurer tous ses résultats dans l'hypertension artérielle et tant d'autres affections.

Il y aurait bien d'autres choses à dire : je cite M. Haret avec sa table opératoire, je cite le traitement du cancer par la H.F. sous chloroforme de M. Keating-Hart. Enfin le Congrès s'ajourne pour sa séance de clôture après avoir démoli les unités H, œuvre d'empirisme, remède secret sans contrôle possible, et envoie en fin de séance un télégramme d'admiration à l'immortel professeur Röntgen.

« Dies Dominica ! Domini ! » C'est dimanche et le Congrès va se clore. La chaleur atroce qui règne ici parsème un peu les congressistes. Et pourtant, à quel régal ils étaient conviés ! Les rapports et communications avaient établi dans combien de maladies diverses l'électricité pouvait rendre service. M. Doumer a voulu tirer de tout cela des principes généraux.

Et, puisque la place m'est un peu limitée, je ne veux pas résumer en ceci ce discours plein d'idées profondes et dit de la voix chaude, claire et convaincante que possède M. Doumer. On peut affirmer désormais que les courants électriques agissent profondément sur la nutrition des tissus, suppriment les phénomènes inflammatoires, abolissent la douleur et modifient la tension artérielle. C'est à chacun de savoir quel mode employer, mais les faits comme ceux de Petit pour le zona, montrent que tous les courants ont un ensemble de propriétés générales.

Les constructeurs français ont brillé par leur absence au Congrès de Milan. J'ai dit dans un autre journal mon opinion très franche sur cette exposition d'instruments. Au point de vue français, seule la maison Lacoste (de Paris) avait montré un appareil et, de ceci, je la loue grandement ; mais je ne puis rien dire de l'appareil, parce que « le radio-correcteur » est de mon invention.

Les congressistes sont maintenant dispersés aux quatre coins du monde ! Et tandis qu'à mes pieds les barques ondoient sur le lac endiamanté, je pense au travail énorme fourni cette semaine et à toute la courtoisie qui y fut développée. Je pense à l'accueil si parfait que nous avons reçu en Italie, et un peu de mélancolie hante mon esprit... Mais je pense que, dans deux ans, nous nous retrouverons à Amsterdam et ceci me console..... Et cependant, à mes pieds, le lac immuable continue de frémir, et les vieux monts semblent sourire à nos bonnes volontés. Dr Paul-Charles Petit.

Communications diverses.

La Radiothérapie des fibromes. Stérilisation.

Partant de ce double principe que certains fibromes peuvent devenir cancéreux, et que les rayons X agissent sur le cancer, le Dr Foveau de Courmelles a pensé que les rayons X devaient agir au moins sur certains fibromes. Il n'a soumis à ce traitement que les patientes rejetant toute idée d'intervention chirurgicale. Depuis 1902, il a eu 45 malades à soigner, dont 38 nettement améliorées : rétraction et régression de la tumeur, suppression des hémorragies et des douleurs, état général bon. La peau et le système pileux noircissent (Institut de France, 27 février 1905). Près de la ménopause, les succès sont plus rapides, car celle-ci est manifestement avancée par les radiations de Rœntgen, ce qui indique une action atrophique sur les ovaires. Il faut des séances répétées, prolongées et des doses moyennes ; arrêter s'il y a de la fièvre, de la température, de la courbature, ou diminuer la durée et l'intensité, et observer.

Ataxie et bains de lumière.

Le Dr Foveau de Courmelles, en 1890, observait l'action excitante de la couleur rouge ; calmante, du bleu, analgésique de la lumière blanche. Il reprenait plus tard ces phénomènes, en désespoir de cause du reste, chez les ataxiques qu'il plaçait dans des grands bains de lumière blanche, et en 1899 et 1900, publiait des améliorations notables : suppression des dou-

leurs en ceinture, et marche moins hésitante. Depuis, les grands bains de lumière bleue combinée, dans les cas réfractaires, aux rayons X et au radium, lui ont donné des résultats plus rapides. Sur une cinquantaine de cas, il ne note qu'un demi-échec, d'un patient souffrant depuis 11 ans, qui n'eut que des accalmies et non l'amélioration notable et durable habituelle. D'ailleurs, ces bains de lumière sont entrés dans le traitement classique, et le professeur Raymond les recommande dans son enseignement de la Salpêtrière.

Contribution à l'étude médicale du radium.

Quelles sont les radiations utiles du radium? Se basant sur l'emploi de tubes contenant du radium ou de vernis l'incorporant et d'action analgésique à peu près semblable, les rayons β et γ : 1 p. cent de l'émission des tubes, traversant seuls le verre, le Dr Foveau de Courmelles attribue à ces radiations l'action analgésique. Les rayons X agiraient surtout comme modificateurs et destructeurs et se manifesteraient dans les vernis que, grâce aux indications du Dr Gustave Le Bon, il fit entrer dans la pratique médicale.

Insuffisant pour les chéloïdes, le radium est le traitement de choix des petits épithéliomas et des lupus. Il est toujours puissamment analgésique, quelle que soit l'origine de la douleur.

Corps dangereux, il conviendrait de réprimer tout acte de médecine illégale que se permettent si fréquemment les propriétaires et acheteurs de tubes radio-actifs qui veulent ainsi soigner tout leur entourage.

Cancérose et tuberculose traitées par les agents physiques.

L'*électrolyse médicamenteuse* semble avoir donné les premiers résultats dans l'arrêt évolutif du cancer. De même, des ventouses à demi remplies de médicaments et appliquées avec courant galvanique au siège de cavernes pulmonaires ont amélioré celles-ci. Mais les rayons X, l'arc voltaïque refroidi, obtenu par le radiateur chimique du Dr Foveau de Courmelles, le radium, donnent d'excellents résultats pour les épithéliomas ou les tuberculoses cutanées. Les intensités ne doivent pas être les mêmes pour *tous* les malades, qui ont leur sensibilité personnelle. Il ne faut pas non plus croire la dermatite ou la phlyctène indispensables : la guérison peut s'obtenir en restant en deçà.

Electrode universelle et réglable de haute fréquence.

M. Foveau de Courmelles a eu l'idée de monter sur un manche commun, où l'étincelle de haute fréquence se peut régler et, par suite doser, où les communications à la terre sont faciles et absolument parfaites, toute une série d'accessoires variant selons les applications, balai à effluves, pour le traitement de tuberculoses pulmonaires ou cutanées, d'eczémas, de prurits; embout rectal contre les fissures à l'anus : embout vaginal, nasal, auriculaire..., pour porter l'étincelle tamisée à travers le verre dans les divers organes...

Le maniement et la forme pratique de l'appareil ont beaucoup gagné à ces modifications.

Photothérapie.

La photothérapie a été momentanément supplantée par la radiothérapie, mais son emploi comporte moins de dangers, ses phlyctènes sont produites et guéries de suite, le contrôle en est plus sûr, on mesure l'intensité par le wattage. Le Dr Foveau de Courmelles a simplifié dès 1900 ces applications, en plaçant l'arc en vase clos, avec orifices d'échappement des gaz de combustion et très près du patient, ce qui permet d'avoir avec 3 à 10 ampères au maximum des résultats *identiques* à ceux de Finsen.

L'eau froide qui circule constamment est le seul ennui dans la manipulation de ce radiateur chimique si simple où se peuvent mettre des charbons à âme de fer ou de tout autre métal ; aussi a-t-on essayé maintes lampes sans eau. L'auteur a soigné avec succès des chéloïdes par la lampe à arc de fer par étincelles électrostatiques de Piffard, mais l'action n'est que superficielle, insuffisante pour des lupus ; mais pour des affections cutanées superficielles, cette lampe donnera de prompts et excellents résultats. L'arc voltaïque au charbon du radiateur de l'auteur a permis au Dr Dobrjanski, de Saint-Pétersbourg, de photographier chez le vivant à travers le pubis (dans le vagin) et chez le mort à travers le rocher.

LE DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

(Genève, septembre 1906).

DEUXIÈME LETTRE

Leysin (Suisse), le 13 septembre 1906,

Mon cher Directeur,

Nous voilà au terme du congrès et nous sommes au sanatorium de Leysin, en un site admirable d'où l'on aperçoit la pointe du géant des Alpes, le Mont-Blanc, mais n'anticipons pas et reprenons le congrès là où je l'ai laissé en ma précédente missive.

Nous avions parlé des écoles, mais nous ne les avions pas visitées encore. Etant donné les sacrifices énormes que fait la Confédération helvétique pour l'instruction, on pouvait a priori en conclure qu'elles seraient très bien. Nous en avons visité à Genève et à Bâle. A Genève, nous avons notamment trouvé ces salles scolaires hygiéniques pour lesquelles nous bataillons depuis si longtemps ; ici, ce sont les pupîtres Mauchain à élévation facultative, adoptée à la taille de l'élève et aux exercices qu'il y doit faire. Nous, nous avons toujours nos absurdes tables du temps de Charlemagne, alors, cependant que M. Féret et surtout le Dr Rolland nous ont donné des modèles répondant à l'hygiène. A Bâle, à l'école supérieure des filles, monument énorme, splendide et bien aménagé, nous retrouvons l'ancien mobilier. D'ailleurs, les cantons suisses sont en réalité des Etats indépendants, aussi nulle uniformité n'y règne.

Les écoles bien aérées, absolument gratuites — même les fournitures scolaires, l'enseignement de la gymnastique, du dessin, de la musique — sont d'une propreté absolue. Les enfants s'en souviendront et cultiveront plus tard cette branche de l'hygiène. Les douches chaudes leur sont données à l'école l'hiver, et des bons de bains leur permettent l'été d'aller s'ébattre dans le beau lac de Genève.

Des colonies scolaires existent pour les vacances et des fondations permettent aux enfants pauvres d'aller dans la montagne se retremper dans l'air ozonisé. On ignore — même les donateurs — les noms de ces enfants pauvres qui ne sont pas ainsi les parias de leurs camarades, fait trop fréquent chez nous.

L'école ménagère apprend à la jeune fille à savoir ses devoirs de femme économe et pratique : lavage, blanchissage, couture, cuisine, tout est montré. A Genève, on a sollicité nos critiques pour mieux faire ; aussi en dirons-nous que la propreté nous en a paru moins minutieuse qu'ailleurs. Des ustensiles de cuisine étaient un peu ternes à des tables au linoleum un peu usé.

Le linoleum est en Suisse très employé comme parquet, il est collé au mortier et très adhésif, en même temps que très doux aux pieds et facilement lavable.

— Je vous ai parlé des hôpitaux. L'Hôpital central, la nouvelle Maternité de Genève, sont très bien.

De même à Lausanne, où nous fûmes, lundi, très bien reçus avec collation. Mais au point de vue qui m'est cher, l'électrothérapie n'est pas très bien représentée; seuls, on y trouve les rayons X pour le diagnostic et le traitement.

J'avais déjà remarqué la même chose à Berne, en 1902, lors du Congrès d'électrologie médicale qu'y présida un psychiâtre.

Entre temps, le Congrès d'assainissement de l'habitation se clôturait, le samedi 8, par des discours et un grand banquet, alors qu'en réalité de grandes excursions en Suisse le continuèrent cinq jours encore. A cette séance de clôture, notre compatriote, le professeur Bard, fit un discours d'un humour, d'une vérité et d'un tact parfaits. Il critiqua surtout, il montra les défauts,

les erreurs, et aussi les espoirs et les progrès du Congrès. Il montra que surtout le problème de l'habitation salubre dominait celui de la tuberculose, qu'il était la réalisation pratique des théories et des prévisions antituberculeuses, et que les « hygiénistes de marque » avaient tort d'aller faire un peu de rêve, alors que la réalisation était à leur portée en s'adjoignant les hygiénistes de toutes nuances, administrateurs, médecins, architectes.

Les applaudissements interrompirent souvent le spirituel et éloquent professeur. Chacun souscrivait même aux critiques qui l'atteignait.

Ce fut ensuite un banquet au Grand-Théâtre, offert par la ville de Genève, puis excursion à Chamonix et aux glaciers des Bossons et enfin quatre jours encore la visite aux villes importantes, Lausanne, Berne, Lucerne, Zurich. Bâle et enfin le sanatorium de Leysin d'où je vous écris en hâte cette courte lettre.

Partout, ce furent des réceptions chaleureuses et enthousiastes. Le président, M. Guillaume Fatio, banquier, président du Comité de l'Habitation à bon marché, remerciait et nous indiquait ce qu'il y avait à faire et à voir.

Puis, M. Louis Faure, professeur de langues à l'Université, un vrai puits de sciences, nous guidait et nous expliquait tout avec la plus parfaite bonne grâce. Je n'ai jamais vu pareil encyclopédiste. Théorie des glaciers et des moraines, descriptions de montagnes, histoires de villes et de monuments, hygiène ; tout lui est familier. Aussi, le remercia-t-on, par un souvenir reconnaissant et tangible.

— Leysin, nous disais-je, est un site merveilleux, déjà il fut décrit dans le *Progrès*, mais j'y reviendrai, car j'y ai pris d'abondantes notes. La sanatorium populaire est vraiment à bon marché et c'est là un véritable progrès réalisé. Je le constate en remerciant les fondateurs MM. Amy Chassex et Dr de Cérenville.

Et nous nous séparons, tristes de nous quitter, après cette vie rapide, un peu factice et fiévreuse, mais si cordiale et si saisissante, et les Congrès n'auraient-ils que ce rôle qu'ils seraient encore éminemment utiles.

Dr Foveau de Courmelles.

Section VI. — *Locaux militaires.*

Le bureau de cette section était ainsi constitué : MM. Rouget, médecin-major de 1re classe (France), professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, délégué du ministère de la Guerre, *président* ; — de Senarclens, docteur en médecine (Suisse), *président-commissaire* : — Hublé, médecin-major de 1re classe (France), médecin traitant à l'hôpital Saint-Martin. à Paris, *secrétaire* ; — de Saussure, médecin de l'armée fédérale (Suisse), *secrétaire*.

M. le Dr Rouget, président, souhaite la bienvenue aux membres de la section des locaux militaires et, particulièrement aux délégués des nations étrangères. Les travaux de cette section devaient être dirigés par M. le médecin inspecteur Ed. Delorme, directeur de l'Ecole d'application du service de santé de santé militaire, membre de l'Académie de médecine de Paris, qu'au dernier moment, l'état de maladie d'un de ses proches a retenu en France, et à qui l'expression des regrets unanimes des membres de la 6e section du Congrès sera transmise par les soins du président.

Rapports et communications.

MM. Simonin, professeur au Val-de-Grâce ; Clair, capitaine du génie, et Morize, architecte (Paris). — *Locaux militaires : I. Des types actuels des casernes dans l'armée ; II. Des conditions générales qu'ils doivent remplir au point de vue hygiénique par rapport au climat et aux régions.*

L'habitat du soldat doit réaliser toutes les conditions de salubrité et d'hygiène capables de contribuer au développement des forces physiques de l'homme et à la conservation de la bonne santé. On a beaucoup critiqué, non sans raison, les casernements actuels ; mais il faut. en outre, savoir que la morbidité du soldat croît proportionnellement à la densité et à l'insalubrité de la population des villes de garnison. D'autre part, l'entassement de gros effectifs, dans certaines casernes. le resserrement exagéré des hommes dans les chambrées, favorisent au plus haut point l'extension des maladies épidémiques.

Des améliorations récentes, appliquées aux types de casernes 1889, 1898 et 1900, et consistant en salles de jour, les unes pour les soldats bien portants. les autres pour les soldats malades à la chambre. paraissent devoir exercer une heureuse influence sur l'hygiène du soldat.

Dans toutes les contrées de l'Europe, on a compris la nécessité de réformer le casernement en s'inspirant des idées du progrès hygiénique. Vers ce but, doivent tendre les efforts associés de l'architecte, de l'ingénieur, du médecin militaire.

De l'étude des différents éléments du casernement, découlent des mesures générales à recommander : 1° n'édifier les casernes que sur des terrains salubres, à proximité mais en dehors des agglomérations urbaines, suffisamment vastes pour y réaliser le casernement hygiénique moderne, et alimentées par une eau de bonne qualité et en quantité suffisante pour tous les besoins ; 2° adopter, pour la construction des casernes. le fractionnement des unités tactiques, les chambres de faible contenance et la séparation aussi complète que possible des locaux dits accessoires ; 3° dans l'évaluation du cube des chambrées, tenir plutôt compte de la surface horizontale que de la hauteur, celle-ci pouvant être reduite à 3 m. 50 de telle sorte que l'espace entre les lits ne puisse pas être inférieur à 0 m. 80.

MM. Lacau, architecte, et Rouget, médecin-major (Paris). *La chambrée.* — La chambrée fut pendant longtemps considérée comme le local à tout faire. Cette conception est contraire aux exigences de l'hygiène. La chambrée doit servir exclusivement de local de nuit, de dortoir. La création, l'amélioration des locaux de jour pourvoiront à la fois à l'hygiène physique et à l'hygiène morale du soldat.

Suit une étude détaillée de l'habitation du soldat, telle qu'elle doit être réalisée, tant au point de vue de la construction et de l'aménagement des chambres et des locaux accessoires, qu'au point de vue de leur emploi et de leur entretien. Il est, pour cela, nécessaire de faire sommairement l'éducation hygiénique du soldat.

M. Logie, inspecteur général du service de santé de l'armée belge. — *Les dortoirs dans les casernes.* — On a réalisé des progrès certains dans le logement du soldat, mais ce logement est encore perfectible. Il faut établir des locaux de jour et des locaux de nuit pour éviter la viciation de l'air des chambrées.

M. Marussy, ingénieur militaire (Budapest), fait une communication en langue allemande sur l'*Entretien des casernes.*

M. Testi, prof. de l'Ecole d'application du service de Santé militaire, Italie (Florence). — *Recherches sur des causes déterminées d'insalubrité dans les locaux militaires.* — Ces causes sont principalement de deux sortes :

1° Ce sont les poussières des cours, qui contiennent habituellement un très grand nombre de germes, parmi lesquels il en est de pathogènes ;

2° La production, dans les locaux, d'oxyde de carbone, provenant des sources de lumière et de chaleur. A ces dangers, l'auteur oppose deux mesures prophylactiques : — la première consiste dans le goudronnage du sol des cours, utile mesure déjà proposée par M. Hublé (de Paris) à des congrès antérieurs ; — la deuxième réside dans l'adoption de l'éclairage électrique dans les locaux militaires.

M. Testi. — *Influence des casernes sur la morbidité des troupes dans le préside de Florence.* — Dans cette étude, l'auteur a envisagé non seulement les conditions hygiéniques des casernes de Florence, mais encore la morbidité de ces casernes. Il a observé que la moindre morbidité appartient aux casernes dans lesquelles la densité de la population est faible par rapport à la surface occupée. Il faut combattre l'encombrement.

M. Ferrari Lelli, professeur à l'Ecole du service de Santé militaire (Florence). — *Considérations hygiéniques sur le type*

de construction des casernes. — On doit tendre à donner aux nouvelles casernes une plus grande surface, ainsi que cela se réalise actuellement pour les maisons à bon marché. Il faut séparer les unités tactiques par la construction de bâtiments multiples et peu élevés, bien éclairés, bien aérés et entourés de plantations. Les types de constructions seraient d'ailleurs adaptés aux différents climats.

M. Ferrari-Lelli (Florence). — *Recherches sur l'air confiné et vicié.* — Des expériences faites, il résulte : 1° que dans l'air expiré et confiné, il n'est pas encore possible de démontrer l'existence de toxines ; 2° que la biotoxine (Zuco et Onorato) n'est éliminée ni par la voie pulmonaire ; ni par la voie cutanée ; 3° que, dans l'état actuel de nos connaissances, les effets résultant du séjour dans l'air confiné et vicié, doivent être attribués à l'insuffisance d'évaporation de l'eau et à l'accumulation du calorique dans l'organisme.

M. Ligouzat, médecin-major (France). *Hygiène de la literie.* — Il y a lieu de se préoccuper non seulement des locaux de l'habitation du soldat, mais aussi de leur mobilier, en particulier des moyens de *couchage*. On pourrait qualifier la caserne : un hôtel meublé à clientèle forcée. La literie militaire est soumise à des causes multiples de souillure, qui en peuvent faire un foyer d'infection : outre la présence d'espèces microbiennes que l'humidité et la chaleur du corps développent dans les matelas. La literie doit être l'objet d'une surveillance attentive de lavages et de désinfection bien compris.

M. le Dr Bréchot (Paris), présente un *seau hygiénique incinérateur* pour chambres de malades contagieux, boxes. etc., recevant, directement ou non, les matières usées, les détruisant sur place ainsi que les balayures de la pièce, les restes d'aliments, crachats, pansements, etc., sans exposition à l'air, sans odeur ni fumée.

L'appareil entier comprend :

1° Un seau hygiénique incinérateur, avec couvercle ; 2° un brûleur de gaz ; 3° un couvercle commun au seau et au brûleur pour l'incinération ; 4° un chalumeau à essence minérale froide et isolée.

Le destruction des matières confiés à cet appareil, solide et peu encombrant, est complète et semble bien réaliser le desideratum hygiénique recherché pour éviter la diffusion des germes contagieux. Dr Hublé.

REVUE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Le secret professionnel devant la Cour d'Assises de la Gironde ;

Par le Professeur A. Pitres,

Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux (*Province Médicale*).

M. le Prof. Pitres, à propos des incidents d'audience soulevés récemment sur la question de l'inviolabilité du secret professionnel durant les débats du procès dit « de l'Empoisonneuse de Bordeaux », a publié dans la *Province Médicale* du 21 et du 28 juillet un très intéressant mémoire qui intéresse vivement les médecins.

Par leur profession, nos confrères peuvent être tous les jours appelés à déposer devant les tribunaux, il faut qu'ils sachent quel est leur devoir et quel est leur droit, s'ils doivent se laisser influencer par les menaces et les sollicitations de magistrats ou d'avocats qui outrepassent les limites de l'autorité que leur confèrent leurs fonctions.

M. Pitres a donné une relation complète de cette affaire « sans haine et sans crainte » dit-il, non pour exciter l'opinion publique contre des magistrats qu'il respecte, mais pour bien indiquer au médecin que jamais, comme l'affirmait à chaque occasion le regretté professeur Brouardel, le médecin ne doit fournir à l'accusation, ni même à la défense, les secrets qu'il a pu surprendre dans l'exercice de sa profession.

M. Pitres résume ainsi les grandes lignes de l'affaire où le secret professionnel a été mis en cause :

« Une dame de Bordeaux, Mme Canaby, était accusée de s'être procuré, chez divers pharmaciens de la ville, à l'aide d'ordonnances fabriquées par elle et revêtues de la signature imitée d'un honorable praticien de la région, des substances toxiques, de l'aconitine, de la digitaline et du cyanure de potassium, dont elle se serait servie, d'après le ministère public, pour tenter d'empoisonner son mari. Elle avait, en outre, envoyé chercher plusieurs fois, par ses domestiques, de la liqueur de Fowler, dont M. Canaby et elle avaient l'habitude de faire usage depuis plusieurs années dans un but thérapeutique. Les poisons sus-indiqués étaient entrés en sa possession dans le courant d'avril 1905. Précisément, dès les premiers jours de ce mois, M. Canaby s'était trouvé atteint d'une maladie à évolution bizarre, désignée par les personnes de son entourage sous le nom de grippe infectieuse, dont les symptômes, d'abord assez bénins, avaient pris graduellement une gravité tout à fait inquiétante. Le 13 mai, M. le Dr Guérin, médecin ordinaire de la famille Canaby, fut informé que plusieurs grammes de digitaline et d'aconitine avaient été introduits dans la maison de son malade. Il fit aussitôt part de ce fait à ceux de ses confrères qu'il avait précédemment appelés en consultation, et d'un commun accord M. Canaby fut transporté d'urgence dans une maison de santé de la ville. Examiné quelques semaines plus tard par des médecins experts, il fut trouvé atteint d'une polynévrite grave, probablement d'origine arsenicale, car l'analyse chimique de ses cheveux, pratiqué par MM. Barthe et Dupouy, y révéla la présence d'arsenic en quantité très supérieure à celle qui se trouve d'ordinaire dans les cheveux de sujets normaux et à celle qui fut trouvée dans les cheveux de quelques sujets ayant pris pendant longtemps de l'arsenic à dose thérapeutique.

Après une pénible convalescence. M. Canaby a fini par se rétablir. Il a pu comparaître à l'audience du 25 mai dernier et y affirmer sa ferme croyance en l'innocence de sa femme. Celle-ci, acquittée sur le chef d'empoisonnement, mais déclarée coupable de crimes de faux en écriture privée et d'usage de pièces fausses, a été condamnée à quinze mois de prison et cent francs d'amende.

Dans le cours de la longue instruction qui précéda la comparution de l'accusée devant la Cour d'assises de la Gironde, les médecins traitants et consultants de M. Canaby, MM. les docteurs Guérin, Rondot, Chambrelent, E. Bitot et Villard furent appelés à témoigner. Ils se retranchèrent derrière le secret professionnel, et, malgré les instances très pressantes des magistrats enquêteurs, ils se refusèrent à fournir les renseignements qui leur étaient demandés sur la nature de la maladie de M. Canaby, sur ses causes, sur ses symptômes, et d'une façon générale, sur tout ce qu'ils avaient pu voir ou apprendre dans l'exercice de leur profession. Ils s'y refusèrent même après que ces magistrats leur eurent déclaré qu'ils les déliaient de l'observation du secret professionnel et que M. et Mme Canaby les en déliaient aussi.

Leur silence systématique a été le point de départ des incidents dont nous allons maintenant rapporter les détails.

*
* *

Dès les premiers interrogatoires des témoins, M. le Président de la Cour laissa pressentir par quelques épigrammes le peu de cas qu'il faisait de l'inviolabilité du secret professionnel. C'est ainsi qu'après avoir demandé à la femme de chambre Julie L..., si son témoignage n'avait pas été influencé par les sentiments affectueux dont elle était animée à l'égard de son maître M. Canaby, il ajouta ironiquement : « Parlez sans réticences : il n'y a pas, pour ces sortes de choses, de secret professionnel. »

Aussi les habitués du Palais prévoyaient-ils que la déposition des médecins serait l'occasion de quelque orage. Leurs prévisions ne tardèrent pas à se réaliser.

M. le docteur Rondot, interrogé le premier, déclara qu'ayant été appelé à voir M. Canaby, en consultation, pendant sa maladie, il se croyait tenu au secret professionnel.

MM. les docteurs Chambrelent, Bitot et Guérin déposèrent dans le même sens et presque identiquement dans les mêmes termes, et M. le Président se borna à manifester son mécontentement en prononçant, après la déposition de M. Chambrelent, cette phrase que beaucoup de personnes ont été fort surprises d'entendre sortir de la bouche d'un magistrat : « Nous venons déjà de subir la loi du secret professionnel », et de dire sur un ton très sec et presque menaçant, après celle de M. Bitot : « Nous allons voir tout à l'heure. »

Vint le tour de M. le docteur Villar. « Ma situation, dit notre confrère est très délicate parce que j'ai été mêlé à l'affaire à des titres différents. J'ai d'abord, en dehors de l'exercice de ma profession, entendu le récit des bruits qui circulaient en ville au sujet de la maladie de mon ami d'enfance, M. Canaby. Je suis ensuite intervenu en qualité de médecin lorsque je vis le malade le vendredi 11 mai, avec mon confrère M. Guérin. Dans notre conversation, M. Guérin m'apprit qu'il avait été informé par une lettre anonyme et par la communication verbale d'une tierce personne que M. Canaby était victime d'une tentative d'empoisonnement. Le lendemain, un pharmacien de notre ville faisait savoir à M. Guérin que des substances toxiques avaient été délivrées, dans son officine, à des domestiques de la famille Canaby. Je fus aussitôt prévenu de ce fait par M. Guérin et quelques heures plus tard, dans une consultation à laquelle assistaient tous les médecins qui avaient été appelés à donner des soins à M. Canaby depuis le début de sa maladie, nous décidâmes qu'il y avait lieu d'enlever sans retard notre malade d'une maison dans laquelle nous avions la certitude qu'il était entré des quantités formidables de poison. C'est pour cela que nous le fîmes transporter immédiatement dans ma maison de santé de l'avenue Carnot. Pour le reste, je ne puis rien dire : cela rentre dans le domaine des choses que le secret professionnel nous oblige à ne pas révéler. »

— « Est-il vrai, demanda M. le Président, que, comme le bruit en a couru en ville, vous avez pris la précaution, avant d'enlever M. Canaby de chez lui, de dire à sa femme : « Nous venons, mes confrères et moi, de prendre, dans l'intérêt de votre mari, une résolution grave. Il faut que vous nous juriez de ne pas vous opposer à son exécution » ; que Mme Canaby prit l'engagement réclamé par vous et que quand elle sut que vous vouliez faire emporter immédiatement le malade dans votre maison de santé, elle se trouva mal ? »

— « Cela est vrai, » répondit M. Villar.

— « Tout le monde sait, reprit M. le Président, que vous êtes un chirurgien fort habile. La décision avec laquelle vous avez fait enlever M. Canaby de chez lui montre que vous êtes un psychologue très avisé. Cet enlèvement est une des plus belles opérations que vous ayez jamais faites, car elle a sauvé la vie à votre client. »

Ceci dit, il fit rappeler à la barre les quatre médecins précédemment interrogés et les ayant groupés autour de M. Villar, il leur tint le langage suivant :

« Messieurs les médecins, les juges d'instruction qui vous ont interrogés vous ont formellement déliés du secret professionnel. Mme Canaby vous en a déliés hier — et vous en délie encore aujourd'hui, a dit aussitôt l'avocat de l'accusée, M. Peyrecave. — Je vous en délie moi-même en ce moment, et vous demande, au nom de la justice, de dire tout ce que vous savez. »

Après un instant de réflexion, M. Villar répondit : « Personne au monde, monsieur le Président, ne peut nous délier du secret professionnel, pas même l'accusée. La loi nous oblige à le respecter, et si nous le violions, même dans l'intérêt de nos clients, nous serions passibles de poursuites judiciaires. Nous ne devons rien révéler de ce que nous avons appris dans l'exercice de notre profession : c'est là une règle absolue contre laquelle ne doit prévaloir aucune considération. »

— « C'est, en effet, reprit M. le Président, la doctrine qui paraît avoir cours dans le corps médical. Eh bien ! cette doctrine, je ne crois pas qu'elle soit la bonne. Un médecin ne doit pas révéler, d'après l'article 378 du Code pénal, la nature de la maladie dont est ou a été atteint un de ses clients. Mais, en vertu de l'article 30 du Code d'instruction criminelle il doit, ainsi que tout autre citoyen, prêter son concours à la justice, lorsque dans une affaire comme celle-ci, les faits dont il a connaissance peuvent faciliter la découverte de la vérité. En agissant autrement, les médecins s'exposent à être considérés comme les complices criminels et des empoisonneurs. »

Nos confrères ayant gardé le silence, tout le monde s'attendait à ce que le ministère public requît immédiatement leur condamnation pour refus de témoignage. C'était la conclusion logique de leur persistence dans la réserve qu'ils s'étaient imposée. Mais il est probable que les magistrats de la Cour de Bordeaux n'étaient pas bien sûrs de la légalité du terrain sur lequel ils s'étaient placés, car non seulement ils ne réclamèrent pas de sanction pénale immédiate, mais encore en ouvrant l'audience du 28 mai, M. le Président s'exprima à peu près dans les termes suivants :

« J'ai cru devoir insister dans une des précédentes audiences auprès des médecins traitants de M. Canaby à l'effet d'obtenir d'eux des renseignements sur les faits susceptibles d'éclairer la justice, qui pouvaient être parvenus à leur connaissance. Ils se sont retranchés derrière le secret professionnel, en vertu d'une doctrine qu'ils croient juste et que, pour ma part, je crois erronée. Je dois déclarer néanmoins que leur attitude dans cette circonstance n'entache en rien leur honorabilité et je leur annonce qu'ils peuvent se retirer. »

Ce qui veut dire, si nous ne nous trompons, que l'idée de réclamer contre nos confrères une sanction pénale avait germé dans l'esprit du président, mais qu'à la réflexion il y avait renoncé.

Nous regrettons, pour notre part, qu'il n'ait pas poussé l'incident jusqu'à ses dernières conséquences. Il eût ainsi fourni au corps médical français une magnifique occasion de faire fixer une fois de plus par la juridiction compétente l'étendue de nos devoirs et la limite de nos droits en ce qui concerne l'application de l'article 378 du Code pénal. Et cela eût été fort heureux pour nous, car les médecins ne peuvent pas rester indéfiniment exposés à être poursuivis par les parquets s'ils violent le secret professionnel, ou à être soupçonnés, s'ils le respectent, de complicité avec les criminels et les empoisonneurs.

*
* *

Quelques instants après l'interrogatoire des médecins traitants, la question du secret professionnel a été de nouveau soulevée à propos de la déposition de M. le professeur Blarez. M. Blarez est un docteur en médecine; mais il n'exerce pas la médecine. Il s'occupe de chimie et dirige, en sa qualité de chimiste, un laboratoire d'analyses auquel ont été envoyées, dans le courant du mois d'avril, par le médecin de la famille Canaby, des urines qui ont été déclarées être les urines de Canaby. M. Blarez les a analysées et n'y a pas trouvé d'arsenic. Il a, selon l'usage, remis aux intéressés une feuille d'analyses relatant le résultat de ses investigations et cette pièce a été ultérieurement communiquée à l'instruction et jointe au dossier. La défense prétendait en tirer parti pour démontrer l'inconsistance de l'hypothèse d'un empoisonnement par l'arsenic. Elle fit donc citer M. Blarez pour en confirmer à l'audience l'absolue véracité.

En réalité, quelque précise que pût être sur ce point la déposition orale de M. Blarez, elle était sans aucune valeur démonstrative parce que les urines soumises à l'examen de ce chimiste n'avaient pas été authentiquées. Rien ne prouvait donc que ce fussent les urines de M. Canaby plutôt que celles de telle ou telle personne de son entourage qui avaient été apportées au laboratoire d'analyses. Dans ces conditions, il eût été tout naturel que le ministère public fît ressortir le mal fondé de l'argument que la défense comptait tirer de la déclaration de M. Blarez. Mais il prit une autre voie pour amoindrir la valeur du témoignage de notre confrère. Au moment où celui-ci allait commencer sa déposition, il fut interrompu par M. le Procureur général qui lui dit : « Mais, Monsieur, vous êtes, je crois, médecin.

— Oui, répondit M. Blarez, je suis docteur en médecine et professeur de chimie à la Faculté de médecine de Bordeaux, mais je ne pratique pas la médecine.

— Néanmoins, vous êtes médecin. Comment se fait-il donc

que, contrairement à vos confrères, vous consentiez, vous, à violer le secret professionnel en nous révélant ce que vous savez au sujet de M. Canaby. »

M. Blarez n'eut pas de peine à expliquer qu'il n'avait aucune raison d'invoquer le secret professionnel puisqu'il n'avait pas soigné le malade et qu'il venait tout simplement attester la véracité d'un document faisant partie du dossier de l'affaire, M. le Procureur le laissa donc continuer sa déposition, non sans avoir ajouté cependant qu'il était fort surpris de constater que les médecins respectaient le secret professionnel quand sa violation pourrait fournir des charges à l'accusation, tandis qu'ils ne se faisaient aucun scrupule de le violer quand leurs déclarations étaient favorables à la défense. Il exprimait aussi sous une forme moins brutale dans les termes, mais tout aussi blessante dans le fond, l'idée précédemment émise par M. le Président : que les médecins se faisaient volontiers sinon les complices, du moins les défenseurs complaisants des criminels et des empoisonneurs.

*
* *

Quelque fort qu'on soit du témoignage de sa conscience, il n'en est pas moins désagréable d'être publiquement molesté pour avoir loyalement accompli son devoir.

Cependant les médecins sont tellement habitués aux railleries injustes et aux appréciations malveillantes de leur conduite, que nos confrères de Bordeaux auraient probablement fait peu de cas des propos désobligeants qui leur avaient été adressés, si le 28 mai, dans le cours de son réquisitoire, M. le Procureur général n'avait mis le comble à leur émoi en s'emparant du silence des praticiens qui avaient soigné M. Canaby pour en retirer un argument de présomption de culpabilité contre l'accusée.

Les médecins, a-t-il dit en substance, ont une conception très haute de leurs devoirs. Ils sont dévoués et courageux. Ils n'hésitent jamais à défendre, même au détriment de leurs propres intérêts, la vie et l'honneur de leurs clients. La loi qui leur impose le secret professionnel est une loi mal rédigée, dont l'application rigoureuse les obligerait souvent, dans la pratique ordinaire de la vie, à laisser commettre des actes tout à fait regrettables.

Si, par exemple, ils savaient qu'un jeune homme vicieux et avarié est sur le point d'épouser une jeune fille chaste et pure il serait indigne d'eux de ne pas s'opposer à ce mariage, dussent-ils, pour cela, violer le secret professionnel !

De même, si un de leurs clients était indûment poursuivi pour un crime qu'il n'aurait pas commis, il serait malhonnête de leur part de ne pas apporter à la justice tous les éclaircissements nécessaires pour démontrer l'innocence de l'accusé.

Or, dans l'affaire actuelle, ils refusent de témoigner. Leur silence est significatif. Ils se taisent parce qu'ils savent pertinemment que Mme Canaby est coupable, car si la sachant innocente ils ne parlaient pas, s'ils ne venaient pas dire ce qu'ils savent, ce ne seraient pas d'honnêtes gens. (*La Petite Gironde*, n° du mardi 29 mai 1906.)

« Voilà, s'est-il écrié, une femme qui souffre sur ces bancs qui, bien élevée, ayant reçu une bonne instruction, est continuellement humiliée par les promiscuités à laquelle elle est exposée dans sa prison : et vous, médecin, qui avez une femme et des enfants, si véritablement vous savez quelque chose, pourquoi ne venez-vous pas délivrer cette malheureuse? Il en est temps encore, et si vous ne venez pas, j'ai le droit de vous dire que c'est parce que vous avez découvert quelque chose. » (*Le Petit Parisien* n° du mardi 23 mai 1906.)

Cet appel à la sensibilité et à la conscience des médecins a produit une impression profonde sur l'auditoire et sur les jurés. Quant aux médecins, directement interpellés alors qu'il leur était impossible de répondre, ils y ont vu un de ces artifices de plaidoirie qu'emploient souvent les avocats d'assises, mais dont un magistrat n'avait pas le droit de se servir dans l'exercice solennel de ses hautes fonctions.

Comment ! disaient-ils, en sortant de l'audience, la loi nous oblige au secret. Elle nous interdit formellement de révéler les faits dont nous avons eu connaissance dans l'exercice de notre profession. Invités à le violer, en vertu d'une interprétation qui ne nous paraît pas fondée, qui est, en tout cas, en opposition avec la jurisprudence adoptée depuis plusieurs années par la Cour de Cassation et avec l'enseignement donné dans toutes les Facultés et Ecoles de médecine de France par les maîtres officiels de médecine légale, nous résistons. Nous nous taisons, non par caprice ou par crainte, mais par devoir, parce que nous sommes convaincus que la loi nous oblige à nous taire. Si nous nous trompons, qu'on nous poursuive : rien de plus juste. Si la loi est mauvaise, qu'on en réclame la modification ; rien de plus naturel. Mais que, tant qu'elle est en vigueur, on interprète notre silence à la charge de l'accusation, cela constitue un intolérable abus.

L'argumentation *ad homines* de M. le Procureur général ajoutaient ils, n'est pas seulement mal fondée en droit, elle repose, en fait, sur une appréciation arbitraire et qui dans la réalité, doit être presque toujours erronée, de ce que savent les médecins au sujet des faits visés par l'accusation. Elle présuppose, en effet, que les praticiens, ayant pénétré dans la famille de leurs malades, en ont surpris tous les secrets, qu'ils ont assisté à tous les détails de la préparation et de la perpétration du crime, qu'ils n'auraient qu'à ouvrir la bouche pour désigner le coupable à la justice. Or, les choses se passent tout autrement. Les empoisonneurs n'ont pas l'habitude de mettre les médecins appelés à donner des soins à leurs victimes dans la confidence de leurs agissements criminels. Et même dans les cas où ces médecins arrivent à acquérir la conviction que leur malade est sous le coup d'une tentative d'empoisonnement, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'ils connaissent la personne qui leur donne le poison. Leur devoir consiste à protéger de leur mieux la santé et la vie de leur malade. La justice n'a le droit de rien leur demander de plus. C'est à elle qu'il appartient, avec les moyens dont elle dispose, de découvrir le crime s'il y a eu crime et de rechercher le criminel s'il y en a un. ».

Après cet exposé, le Pr Pitres rappelle que la doctrine de l'inviolabilité absolue du secret professionnel a été de tout temps celle du corps médical.

Il rappelle la phrase du serment d'Hippocrate : « *Quoi que je voie ou entende dans la société, pendant l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* ».

Cette phrase, l'article 378 du Code pénal n'a fait qu'en donner la formule légale comme l'indique le texte suivant :

« *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs* ».

Les jurisconsultes, après de longues discussions, ont fini par admettre à peu près unanimement : 1° que le secret professionnel devait s'appliquer non seulement aux faits spécialement et volontairement confiés à la discrétion du médecin, mais à tous les faits dont celui-ci avait pu acquérir la connaissance par suite de l'exercice de sa profession ; 2° que le secret médical n'est pas un privilège dont les médecins ont le droit d'user ou de ne pas user selon les circonstances, mais qu'il constitue une obligation formelle, absolue, dont ni les intéressés ni les magistrats ne peuvent les relever ; 3° que, par conséquent, les médecins qui violeraient le secret professionnel, même dans l'intérêt de leurs clients, seraient passibles de poursuites et que leurs déclarations devraient tout au moins être tenues pour nulles et non avenues, pour *inopérantes* comme on dit en langage de procédure, parce que faits contrairement à la loi.

M. le Président de la Cour d'assises de Bordeaux, dans la tentative d'intimidation qu'il a exercée contre les médecins traitants de M. Canaby, a cherché à opposer à l'article 378 du Code pénal l'article 30 du Code d'instruction criminelle, ainsi libellé :

« *Toute personne qui aurait été témoin d'un attentat soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, sera pareillement tenu d'en donner avis au procureur de la République, soit du lieu du crime ou du délit, soit du lieu où le prévenu pourra être trouvé* ».

En y réfléchissant, on constate que l'article 30 du Code

l'instruction criminelle formule une règle générale à laquelle l'article 378 du Code pénal spécifie une exception étroitement déterminée. Et cela est si bien dans la pensée du législateur que l'article 30 du Code d'instruction criminelle n'a pas de sanction pénale, tandis que l'article 378 du Code pénal en a une : l'emprisonnement et l'amende. Mais que signifie alors, dira-t on, le membre de phrase de l'articl 378 du Code pénale qui dit que les médecins, chirurgiens, etc., ne doivent pas révéler les secrets à eux confiés, « hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs » ? Il visait jadis des articles de loi, aujourd'hui abrogés, d'après lesquels le médecin devait, comme les autres citoyens, dénoncer les complots contre l'empereur, la sûreté de l'Etat et le crime de fausse monnaie. Il s'applique aussi maintenant aux articles des lois sur l'exercice de la médecine relatifs à la déclaration des maladies contagieuses. En dehors de ces cas, le secret professionnel est légalement inviolable.

Nos confrères de Bordeaux ont donc eu parfaitement raison de résister aux injonctions des magistrats et de maintenir inébranlablement leur droit au silence. Le corps médical ne peut que leur savoir gré d'avoir défendu dans des circonstances délicates les principes qui sont ceux de la corporation tout entière.

Déjà la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a cru devoir les couvrir de sa haute autorité morale, en votant à l'unanimité dans sa séance du 1er juin 1906, l'ordre du jour suivant : « La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, après avoir pris connaissance des accidents survenus dans une affaire récente devant la Cour d'assises de Bordeaux relativement au secret professionnel, déclare qu'elle approuve l'attitude prise par MM. les Drs Rondot, Chambrelent, Villar, E. Bitot et Guérin appelés en témoignage. Elle les félicite d'avoir observé dans son intégralité le secret professionnel et rend hommage à leur parfaite honorabilité ».

M. Pitres fait un appel à toutes Associations médicales régulièrement constituées telles que les Syndicats médicaux, l'Association générale des médecins de France, etc., les invite à reprendre à l'occasion des incidents qui se sont passés à Bordeaux l'étude des difficultés qui peuvent surgir devant les tribunaux à propos de l'application de l'article 378 du Code pénal, et à indiquer nettement, après s'être entourées des avis compétents de leurs conseils judiciaires et de l'opinion des maîtres les plus autorisés de la déontologie médicale :

1° Si les praticiens ont le devoir strict de ne jamais révéler à justice les secrets dont l'exercice de leur profession les a rendus dépositaires, et le droit absolu de résister aux injonctions et aux menaces des magistrats tendant à leur faire dévoiler ces secrets ;

2° Si les médecins appelés à déposer devant les tribunaux doivent laisser passer, sans les relever, les paroles blessantes ou les insinuations injurieuses de certains magistrats, ou bien s'ils doivent protester — et en quels termes — lorsqu'ils sont taxés de complicité avec les criminels ou de complaisance systématique à l'égard des empoisonneurs ;

3° Enfin, quelles mesures il conviendrait de prendre à l'effet d'éviter désormais que le silence auquel les médecins sont astreints pût être indûment interprété par les avocats ou les procureurs généraux soit en faveur de la défense, soit à charge de l'accusation.

Un drame a l'hospice de Bicêtre. — L'asile de Bicêtre a été le théâtre d'une scène dramatique. Un aveugle, qui avait déjà fait un long séjour à l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris, Edouard ...el, croyait avoir à se plaindre d'un infirmier nommé Auguste Denant. Un soir, vers six heures, à la fin du dîner, il lui demanda un supplément à la ration réglementaire de pain. L'infirmier refusa. Le malade se fâcha et se mit à l'invectiver violemment ; puis, emporté par la colère, il se jeta sur l'infirmier qui, malheureusement, tenait à la main, à ce moment-là, le couteau avec lequel il était en train de couper du pain. L'aveugle s'enferra sur l'arme et eut le cœur traversé. M. Bectard, commissaire de police de Gentilly, a interrogé Auguste Denant, qui a d'excellents antécédents et qui, sobre et doux, est généralement aimé des malades. Il a été laissé en liberté provisoire, bien qu'inculpé d'homicide par imprudence. (*Le Temps.*)

VARIA

L'enseignement professionnel des infirmières. Un nouveau journal hospitalier : « La Garde-Malade Hospitalière. »

Il vient de se créer à Bordeaux, sous le patronage de M. le Dr Lande, un nouveau journal hospitalier : la *Garde-Malade Hospitalière*. Ce journal est l'organe des Ecoles des gardes-malades, système Florence Nightingale, et compte parmi son comité de rédaction : Mlle Elston, directrice de l'Ecole des Gardes-Malades de l'Hôpital civil du Tondu à Bordeaux et Mlle le Dr Hamilton, bien connue par ses études sur les infirmières. Nous applaudissons sans restriction à la campagne que mène ce journal, car nous n'avons jamais été l'adversaire de l'organisation des hôpitaux anglais. Ce que nous avons toujours prétendu et ce que nous affirmons encore, c'est que ce système est *actuellement* inapplicable à Paris, à cause de l'encombrement qui y règne, du nombre considérable du personnel nécessaire, des ressources trop faibles de l'Assistance pour améliorer le sort des infirmières, des préjugés de notre petite bourgeoisie française, etc., etc.

Nous ne doutons pas que petit à petit tous ces obstacles ne disparaissent, mais il faudra encore de longues années pour y parvenir.

Nous sommes intimement convaincu que si l'on modifiait hâtivement le personnel des infirmières parisiennes, en prenant pour modèle les Nurses anglaises, on aboutirait à un échec, ou à la création de sortes de congrégations laïques ayant les mêmes défauts que les congrégations religieuses.

C'est par une succession d'améliorations progressives et surtout par le développement de leur instruction professionnelle que, petit à petit, l'on parviendra à améliorer le recrutement des infirmières de nos hôpitaux. Ce que nous souhaitons vivement. Ce qui paraît possible pour un hôpital de province ou une maison de santé privée, n'est pas immédiatement réalisable pour la totalité des hôpitaux parisiens.

J. Noir.

Ecoles d'infirmières.

Les cours recommenceront le 4 octobre, à Bicêtre et à la Pitié ; le 8 octobre à la Salpêtrière. On peut s'inscrire dès maintenant au bureau de chaque hôpital.

LES CONGRÈS

Un congrès d'hygiène et d'assistance (Tourcoing 18-23 septembre). — Nous recevons la lettre suivante : Un congrès d'hygiène et d'assistance va se réunir à Tourcoing du 18 au 23 septembre. Les rendez-vous de cette nature sont bien nombreux : cette année en compte plusieurs, tant en France qu'à l'étranger. L'hésitation est donc bien compréhensible de la part des hommes qui sont sollicités de tant de côtés à la fois et à qui il est impossible de se multiplier, malgré leur bonne volonté et leur vif désir de participer à tous les travaux destinés à apporter une solution meilleure au problème de la protection de la santé publique et du soulagement de la misère humaine.

Le congrès de Tourcoing mérite cependant de retenir leur attention parce qu'il se distingue de tous ceux auxquels ils sont conviés à adhérer. Il constituera avant tout une leçon de choses éminemment pratique où chacun appréciera *de visu*, avec démonstrations techniques et chiffres précis à l'appui, les résultats que peuvent obtenir les municipalités soucieuses d'appliquer la loi de 1902 sur l'hygiène et la santé publiques et les commissions administratives des hospices ou bureaux de bienfaisance désireuses de soulager efficacement les misères et les infortunes.

Dans l'ordre de l'assainissement des villes, une série d'expériences préparées depuis plusieurs années établira qu'il est souvent possible de réaliser par des moyens simples, peu coûteux, le tout à l'égout, l'épuration des eaux résiduaires, et peut-être aussi le traitement des ordures ménagères.

En fait d'assistance, outre l'étude du fonctionnement de l'hospice, de l'hôpital, d'un sanatorium, que visiteront avec intérêt ceux qui se préoccupent d'améliorer le traitement des

malades dans les asiles publics, du bureau de bienfaisance, qui a compris son rôle d'une manière aussi heureuse qu'originale, nous produirons des renseignements inédits sur l'œuvre d'assistance aux mères et aux enfants qui fonctionne avec le concours de tous les services municipaux (exploitation d'une ferme, production et distribution du lait aux enfants, secours et conseils largement donnés pour favoriser l'allaitement maternel).

Nous montrerons enfin comment nous avons conçu l'assistance par le travail pour les semi invalides que l'industrie privée n'occupe plus, alors qu'ils sont encore capables de subvenir à leurs besoins sans devenir à charge aux organisations de bienfaisance. M. le préfet du Nord a si bien compris la haute portée pratique de ce congrès qu'il n'a pas hésité à nous encourager en recommandant aux maires, aux administrations de l'assistance et aux membres des commissions sanitaires, de participer à nos travaux. Il s'agit, en un mot, d'un *congrès expérimental* qui ne saurait manquer d'avoir une heureuse influence et de se traduire par d'importantes améliorations profitables à tous. »

Gustave DRON,
Député du Nord, maire de Tourcoing.

Congrès de pédologie et de protection de l'enfance (Berlin, 1er au 4 octobre 1906). — Ce Congrès aura lieu à Berlin, dans les locaux de l'université ; une exposition de l'enfance normale et malade lui sera annexée.

XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie (1er octobre). — Le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. Monprofit, professeur à l'école de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr Walther, *secrétaire général*, 68, *rue de Bellechasse, Paris.*

Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille (du 7 au 13 octobre). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. de Montricher, secrétaire général, 7, rue Grignon, Marseille. Pour le programme détaillé, voir *Progrès Médical*, n° 36, du 2 septembre 1906.

3e Congrès international pour la répression de la traite des blanches (*Paris, 22-25 octobre 1906*). — Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.).

Congrès international pour l'assistance des aliénés (*Milan, 26-30 septembre 1906*). — Voir pour le programme détaillé le n° du 9 juin 1906.

FORMULES

LXXVIII. — Contre le zona.

Appliquer le collodion suivant :

Acide picrique	0 gramme 75
Cannabine	0 — 25
Alcool à 90°	2 grammes.
Ether	3 —
Collodion élastique	4 —

(BROCARD.)

QUATRIÈME CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ D'ABERDEEN. — La reine d'Angleterre accompagnera le roi aux fêtes qui auront lieu le 28 septembre à Aberdeen pour le quatrième centenaire de la fondation de l'université de cette ville.

VOL D'UN LIVRE DE MÉDECINE PAR UN ÉTUDIANT.— Un jeune étudiant était poursuivi devant la neuvième chambre, pour avoir volé un livre de médecine d'une valeur de 12 francs, à un libraire des environs de l'Odéon. B. était un ancien séminariste de Saint-Sulpice, auquel son directeur avait conseillé d'abandonner la cléricature. Il était entré à l'Ecole des hautes études, il avait fait son service militaire et ses notes étaient excellentes. Le tribunal l'a condamné à un mois de prison avec sursis.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 2 au samedi 8 septembre 1906, les naissances ont été au nombre de 1068, se décomposant ainsi : légitimes 793, illégitimes 275.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 829, savoir : 436 hommes et 393 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 10. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 0. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 171. — Tuberculose des méninges : 9. — Autres tuberculoses : 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 51. — Maladies organiques du cœur : 40. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 8. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 36. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 15 ; autre alimentation : 98. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 25.— Hernies, obstruction intestinale : 3. — Cirrhose du foie : 15.— Néphrite et mal de Bright : 33. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 12. — Débilité sénile : 36. — Morts violentes : 35. — Suicides : 10. — Autres maladies : 95. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 58, qui se décomposent ainsi : légitimes 35, illégitimes 23.

FACULTÉS DE MÉDECINE ET ÉCOLES DE PROVINCES.—En vue de l'année scolaire de 1906-1907, les professeurs, les agrégés, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe dont les noms suivent viennent d'être chargés de cours, des fonctions de chefs de travaux ou d'enseignements complémentaires dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et les Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie de province ci-après désignées.

Bordeaux. — MM. Rondot (pathologie interne) : Mongour (pathologie et thérapeutique générales) ; Andérodias (accouchement) ; Denucé (maladies chirurgicales des enfants) ; Cassaët (histologie) ; Lasserre (histoire naturelle) ; Sellier (physiologie) ; Auché (anatomie pathologique) ; Sabrazès (clinique).

Lille. —MM. Deléarde (clinique médicale des maladies des enfants) Gaudier (clinique chirurgicale des maladies des enfants) ; Lambret (médecine opératoire) ; Raviart (médecine mentale) : Patoir (médecine légale) ; Bédart (physiologie) ; Vallée (pharmacie) ; Louis (chimie minérale) ; Riquiet (chimie organique) ; Desoil (micrographie et parasitologie) Gérard (anatomie) ; Demeure (physique).

Lyon. — MM. Sambuc (chimie organique et toxicologie) ; Moreau (matière médicale et pharmacie) ; Vallas (pathologie externe) ; Rochet (maladies des voies urinaires) ; Commandeur, Planchu (accouchements) ; Genoud (parasitologie) ; Devic (anatomie pathologique) ; Barral (chimie minérale) ; Regaud (anatomie générale, histologie et embryologie) ; Nicolas (médecine expérimentale et comparée) ; Causse (chimie organique et toxicologie) ; Bretin (matière médicale et botanique) ; Martin (médecine légale) ; Tixier (médecine opératoire) ; Doyon (physiologie) ; Chan[illegible] (physique) ; Ancel (anatomie pathologique) ; Dor, Gayet (clinique chirurgicale) ; Aurand (clinique ophtalmologique) ; Cade (clinique médicale) ; Boulud (travaux chimiques) ; Tolot (travaux biologiques) ; Jean Lépine (maladies mentales).

Montpellier. — MM. Rauzier (maladies des vieillards) : Puech (accouchements) ; Vedel (maladies cutanées) ; Soubeiran (pathologie chirurgicale) ; Fleig (chimie) ; de Girard (chimie pathologie) ; Marquès (physique) ; Poujol (phisiologie) ; Massabuau (anatomie pathologique) ; Gagnière physique biologique) ; Derrien (chimie) ; Grynfeltt (histologie) ; Gaucher (botanique cryptogamique) ; Astruc (hydrologie et minéralogie) ; Tarbouriech (chimie et pharmacie) ; Faucon (physique) ; Solirène (histoire naturelle) ; Gervais de Rouville (gynécologie).

Nancy.— MM. Vautrin (pathologie externe) ; Paris (maladies mentales) ; Etienne (maladies des vieillards) ; Février (maladies cutanées) ; Hoche (anatomie pathologique) ; Schuhl (accouchements) ; Weber (anatomie normale) ; Bouin (histologie) ; Robert (chimie) ; Guilloz (physique médicale, électrothérapie et radiologie) ; Thiry (histoire naturelle) ; Lambert (physiologie) ; Klob (physique) ; Bruntz (histoire naturelle et micrographie) ; Gira[illegible] (chimie, toxicologie et analyse).

Toulouse. — MM. Cestan (clinique chirurgicale) ; Aloy (chimie biologique) ; Morel (bactériologie) ; Bardier (physiologie) ;

Bauby (médecine opératoire) ; Baylac, Maïlhe (chimie) ; Cluzet (physique chimique) ; Daunic (anatomie pathologique) ; Laborde (sciences physiques, pharmacie) ; Ribaut (pharmacie).

Alger. — MM. Leblanc (anatomie et histologie) ; Musso (pharmacie et matière médicale). — Amiens. — M. Bernard (clinique médicale). — Angers. — M. Thézée (histoire naturelle). — Besançon. — M. Zorn (physique et chimie). — Clermont. — MM. Piollet (histologie) ; Billard (physiologie) ; Dionis du Séjour (médecine opératoire) ; Buy (anatomie et histologie). — Grenoble.— MM. Jacquemet (bactériologie) ; Vaillant (physique) ; Labatut (chimie et toxicologie) ; Dodero (physique et chimie) ; Bordier (histoire naturelle). — Marseille. — MM. Cauthier, Treille (maladies exotiques) ; Reynaud (hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales) ; Platon (clinique gynécologique) ; Jacob de Cordemoy (histoire naturelle coloniale) ; Escat (maladies des voies urinaires) ; Brun (clinique chirurgicale infantile) ; Lop (accouchements). — Poitiers. — MM. Léger (histoire naturelle) ; Berland (anatomie et histologie. — Rennes. — MM. Castex (physique) ; Lenormand (chimie) ; Houlbert (histoire naturelle) ; Véron (pathologie, cliniques chirurgicale et obstétricale).

Nomination. — Par décret du Président de la République en date du 10 septembre 1906, M. le docteur Pozzi (Samuel-Jean), membre de l'Académie de Médecine et professeur à la Faculté de médecine, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. le Dr Brouardel, décédé.

Une mission en Allemagne. — M. Clémenceau, ministre de l'intérieur, vient de charger M. le Dr Darier d'une mission en Allemagne, pour étudier l'hygiène de la vue dans les écoles, ainsi que l'organisation des diverses cliniques ophtalmologiques.

Corps de santé des troupes coloniales. — Un décret vient de fixer les effectifs des médecins et pharmaciens des troupes coloniales, sauf ceux des médecins inspecteurs généraux et médecins inspecteurs ainsi que ceux qui seront établis par une loi spéciale. D'après ce décret, le nombre des officiers du corps de santé est le suivant pour chaque grade : médecins principaux de 1re classe, 12 ; médecins principaux de 2e classe, 18 ; médecins-majors de 1re classe, 88 ; médecins-majors de 2e classe, 175 ; médecins aides-majors de 1re et de 2e classe, 141 ; pharmacien principal de 1re classe, 1 ; pharmaciens principaux de 2e classe, 2 ; pharmaciens-majors de 1re classe, 5 ; pharmaciens-majors de 2e classe, 19 ; aides-majors de 1re et 2e classes, 19.

Corps de santé de la marine. — Est désigné pour faire partie de l'état-major du contre-amiral Thierry dans la division navale de l'Atlantique, comme médecin de division, le médecin principal Gorron.

Sont promus dans le corps de santé de la marine : Pharmacien en chef de 1re classe, le pharmacien en chef de 2e classe Perrimond-Tronchet ; pharmaciens en chef de 2e classe, les pharmaciens principaux Chalufour et Bans ; pharmaciens principaux, les pharmaciens de 1re classe Tambon et Henry.

— Le médecin en chef de 2e classe Nodier est désigné pour les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis.

— Le médecin principal Barthélemy est désigné pour embarquer sur le cuirassé *Saint-Louis*, dans l'escadre de la Méditerranée.

— Par décision ministérielle, M. le Directeur du service de santé Jacquemin, a été nommé aux fonctions de directeur de l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux. M. le médecin de deuxième classe Savidan, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Redoutable* (division de l'Indo-Chine).

Vers les deux poles.— M. Charcot, au cours de la séance de clôture du congrès polaire, a fait une communication intéressante à l'assemblée. Il a annoncé qu'il comptait organiser prochainement une nouvelle expédition au pôle antarctique et que M. Benard, président de la Société d'océanographie belge, en organisait une également au pôle arctique. Les deux expéditions seront simultanées. (*L'Aurore*, 12 septembre 1906.)

Mort pendant une opération. — Un élève en pharmacie, âgé de trente-cinq ans, entrait il y a quelques jours à l'hôpital Laënnec, atteint d'ulcère variqueux pour y subir une opération.

Endormi avec toutes précautions nécessaires au moyen du chloroforme, il subit l'opération au cours de laquelle on constata sa mort. Sur la plainte de la famille, le parquet a ouvert une enquête et prescrit l'autopsie du corps. Mais aucune responsabilité ne paraît engagée au sujet de ce malheur.

Laicisation des hopitaux en Vendée. — Le gouvernement a fait pressentir le conseil d'administration de l'hôpital mixte de Fontenay-le-Comte au sujet d'une laïcisation éventuelle. Le conseil municipal a refusé en bloc de s'associer à cette mesure. Le conseil d'administration a offert immédiatement la démission de tous ses membres. Quant aux médecins attitrés, ils ont déclaré qu'au jour du départ des sœurs, aucun d'eux ne retournerait à l'hôpital. (*Le Temps.*)

Le trust de l'eau du Jourdain.— S'il faut en croire le *Matin*, qui lui-même cite le *New-York Herald*, il n'y a pas que les eaux minérales et l'eau de Lourdes qui sont exploitées. Il vient de se former un nouveau trust celui de l'eau du Jourdain. Le colonel Clifford Nadaud, de Covington, Etat de Kentucky, président de la Compagnie internationale de l'Eau du Jourdain, vient d'arriver à Alexandrie, venant de Constantinople. Il a réussi à obtenir du gouvernement ottoman le monopole de l'exportation d'eau du Jourdain pour servir à des baptêmes ou à toute autre cérémonie. Le transport se fera en barriques spéciales portant le sceau du gouvernement turc, ainsi que celui du consul des Etats-Unis, sous la surveillance du patriarche de Jérusalem. Le premier envoi arrivera en Amérique d'ici un mois.

La valeur comparative des doigts. — Les doigts n'ont pas tous la même valeur ; le pouce est le plus estimé. Le dernier tarif devant les tribunaux français est le suivant ; la perte du pouce droit fait perdre à la main trente pour cent de sa valeur ; la perte du pouce gauche, vingt pour cent ; l'index, de dix à vingt pour cent, et le doigt du milieu de huit à douze pour cent.

Enfants criminels. — L'assassinat de cette pauvre femme de la rue de la Folie-Méricourt, tuée grâce aux indications d'un gamin de douze ans ramène l'attention sur l'enfance criminelle. Sait-on que la progression est constante des crimes et des délits commis par de précoces bandits ? En 1850, on comptait 13.000 enfants criminels ; les statistiques nous apprennent qu'il y en a aujourd'hui plus de 30.000. Quelques-uns ont une mentalité effrayante. Un de ces jeunes scélérats répondait un jour au docteur Laurent, alors interne à la Santé, qui lui demandait pourquoi il avait essayé d'étrangler son père : — Pourquoi ?... Histoire de rigoler !... Pour voir la g... qu'il ferait ! (*Semeur de l'Oise*).

Asile d'aliénés de Clermont (Oise). — On demande des infirmières dans cet asile.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de MM. le Dr Chabaud, maire de Jaujac, conseiller général radical, décédé subitement ; le Dr Cusson, interne à l'Hospice-Général de Rouen ; le Dr Jeay, de Clermont-Ferrand, et de M. Mangin, pharmacien militaire, assassiné à Haïphong dans la nuit du 15 août.

Enseignement libre.

Clinique des maladies des yeux du Dr X. Galezowski, 41, rue Dauphine. — A partir du 8 octobre prochain, les Drs Jean Galezowski et H. Beauvois commenceront un cours pratique *d'ophtalmoscopie et de réfraction*. Pour s'inscrire s'adresser au Dr A. Beauvois, 41, rue Dauphine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des Carmes.

BOURNEVILLE. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie.** In-8° de 136 pages avec 55 fig. Prix .... 4 fr.
Pour nos abonnés .... 3 fr.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre et de Vallée pendant l'année 1904, avec la collaboration de MM. Durand, Friedel et Perrin. Vol. de 314 pages avec 17 fig. Tome XXV. Prix .... 7 fr.
Pour nos abonnés .... 5 fr.

BOURNEVILLE. — **Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral.** In-18 de 24 pages. Prix : pour nos abonnés (franco) .... 0 fr. 50

BOURNEVILLE. — **Fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés.** Rapport fait au Conseil supérieur de l'Assistance publique. In-4° de 58 pages, avec de nombreux tableaux.

BOURNEVILLE. — **Rapports présentés à la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.** (Année 1904). Brochure grand in-8° de 180 pages.

DELASIAUVE (J.) — **Journal de médecine mentale**, résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives, et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes reliés (prix, 50 fr.). En vente aux bureaux du *Progrès Médical*.

PAILHAS (B). — **Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.** Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Rennes du 1er au 7 août 1905. 1 vol. in-8° de 150 pages. Prix : pour nos abonnés (franco) 1 fr. 50.

SÉGUIN (Ed.). — **Premiers mémoires de Séguin sur l'idiotie** (1838-1843), publiés par Bourneville, in-8° de 182 pages. Prix .... 4 fr.
Pour nos abonnés .... 2 fr. 75

SÉGUIN (Edouard). — **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles muets, non sourds, bègues,** etc. Préface par Bourneville. 1 vol. In-8° de 534 pages avec un portrait de l'auteur. Prix .... 10 fr.
Pour nos abonnés .... 8 fr.

The Journal of Mental Sciences. — Published by Anthority of the Medico-Psychological Association. (Années 1880-1881-1882-1883-1884-1885-1888-1889-1890). Belle reliure en basane. Prix : 3 fr. le volume.

Les **Œuvres complètes** *de* **J.-M. Charcot**, *y compris les deux volumes des* LEÇONS DU MARDI, *et les deux volumes de* CLINIQUES *des maladies du système nerveux sont vendues au prix réduit de* **50** *francs au lieu de* **190** *francs, prises dans nos Bureaux.*



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 39 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 29 SEPTEMBRE 1906

Le Progrès Médical

SOMMAIRE : Diététique : L'assistance alimentaire, par Cornet. — Clinique médicale : Ce que deviennent les hystériques : 1° Estelle Le... (1873-1906), par Bourneville. — Bulletin : L'hygiène de la rue à Paris, par Noir. — Sociétés savantes : *Le deuxième congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation* (c. r. de Lucien Graux) ; *Hygiène publique* : L'épuration biologique. — Thérapeutique. — Varia : Avantages et inconvénients de l'écriture droite et penchée ; La valeur de la graphologie ; La reconstruction de l'hôpital Beaujon ; Médecins et ministères ; La consommation de l'alcool dénaturé en Russie ; Journal amusant médical de Munich ; Les cavernes décorées à l'âge de la pierre taillée ; La prohibition de l'absinthe en Suisse ; Mutuelle générale des médecins de France ; Un cas de mangeuse de sucre ; La mort de l'appendicite. — Les congrès : 1er Congrès international d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme ; Congrès international d'hygiène pratique ; Association française de chirurgie ; Congrès international pour l'assistance des aliénés ; Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille ; IIIe congrès international pour la répression de la traite des blanches. — Les épidémies. — Assistance publique : Ecoles municipales d'infirmières et d'infirmiers. — Formules. — Nouvelles. — Chronique des hôpitaux. — Enseignement médical libre. — Bulletin bibliographique.

DIÉTÉTIQUE

L'assistance alimentaire ;

Par M. le Dr **Paul CORNET**.

Voici les premiers fruits d'une enquête systématique sur la façon dont se nourrit la population parisienne, enquête poursuivie depuis bientôt quinze ans dans les conditions suivantes. Ce sont d'abord dix-mille questionnaires furetant dans la nourriture *habituelle* de dyspeptiques divers (1), et remplis par eux-mêmes, c'est ensuite l'enregistrement de deux cents interrogatoires posés à domicile, au sein des familles, au jour le jour, et à l'occasion d'une fonction publique (2).

D'une première vue d'ensemble se détache très nettement cette vérité facile à prévoir : c'est qu'en général, *la nourriture est d'autant moins insuffisante et d'autant plus intelligemment choisie et apprêtée, que le niveau social et le salaire sont plus élevés*. Si bien qu'en principe, et abstraction faite de certaines erreurs d'hygiène alimentaire redressables en soi, il semble que la base d'application de l'« alimentation rationnelle » des masses soit, avant tout, d'ordre économique, et que, pour rendre utile et pratique la diffusion des données scientifiques, il faille d'abord céder le pas aux économistes et aux philanthropes.

Il est un autre vérité qui s'est fait jour à cette enquête, et vient appuyer la première. C'est que *certaines fautes contre l'hygiène alimentaire sont dues à l'insuffisance de l'alimentation et vice-versa*. C'est, en somme, la réciproque de la proposition si utilement défendue par M. Landouzy et ses élèves (3). Je veux démontrer que dans certaines catégories sociales, et pour le moins chez les indigents et les nécessiteux, il est impossible, avec l'unique secours des évaluations caloriques des Voït et des Atwater, de transformer une alimentation « irraisonnée », « insuffisante », « insalubre »(1), en une alimentation « rationnelle », « suffisante », « salubre ». Il serait facile d'étaler ici toute une série de « menus », surpris au jour le jour chez les *malheureux*, c'est-à-dire chez ceux qui occupent le dernier échelon de l'échelle sociale et par lesquels on devrait commencer toute réforme tendant à l'amélioration du bien-être. Prenons au hasard:

Obs. I. — F.... terrassier, 45 ans, sa femme, 3 enfants (12, 8, 6 ans). Le 2 mai 1905 :

Le matin : café noir sans sucre........	0 fr. 15
A midi : haricots secs................	0 » 35
fromage de brie..............	0 » 15
Soir : soupe aux haricots..............	0 » 25
pain (4 livres pour la journée)...	0 » 70
vin (1 litre, pour la journée).....	0 » 25
Total pour 5 personnes......	1 fr. 85

Obs. II. — D... 27 ans, perceur, mère 23 ans, beau-frère, 15 ans. Menu du 10 mai 1902 :

Matin : café noir et sucre.......... ...	0 fr. 20
Midi : foie de génisse, 1 livre.....	0 » 70
beurre, ail, persil..............	0 » 25
fromage de brie...............	0 » 15
Soir : lentilles 1/2 litre................	0 » 35
beurre........................	0 » 10
pain pour la journée, 3 livres ..	0 » 55
vin pour la journée, 1 litre.....	0 » 25
Total pour 3 personnes (2).....	2 fr. 55

Obs. III. — Del... 6 personnes, père 37 ans, scieur ; mère, 32 ans paqueteuse ; 4 enfants (15, 13, 12 et 10 ans). Menu du 5 juin 1904 :

Matin : café noir pour 4, avec pain et 4 morceaux de sucre...........	0 fr. 30
Midi : soupe aux légumes	
pas de viande	
pas de vin	
Soir : soupe, légumes	
pain par jour, 6 à 7 livres.......	1 fr. 05
Dépense moyenne pour les 6 = 3 fr. 50	

Obs. IV. — D... 2 personnes. Le père, 29 ans, journalier, la mère 30 ans ; 1 enfant de 29 mois. Menu du 16 mai 1906 :

(1) Il s'agit surtout d'employés, de couturières ; puis de marchands de vins, cochers, gardiens de la paix, etc.

(2) Cette catégorie d'enquêtés comprend des instituteurs et institutrices, et tout le personnel dépendant de la préfecture de la Seine (cantonniers, employés d'octroi, employés de machines élévatoires, garçons de bureau, égoutiers), ainsi que les indigents et les nécessiteux inscrits à l'Assistance publique de Paris. Ma curiosité, partout aimablement accueillie, visait et vise encore la nourriture des non-malades.

(3) H. et M. Labbé. — *Enquête sur l'alimentation.* (*Congrès intern. de la tuberculose*, oct. 1905.)

(1) MM. Labbé. — *Loc. cit.*

(2) Le café, le sucre et le pain sont à partager avec la grand-mère malade, qui ne prend que des aliments liquides.

Pour ce jour et pour toute la semaine, une soupe faite avec des rognons de bœuf et de veau, et la graisse enveloppante.

Pain, 2 livres par jour ... 0 fr. 35
Vin, 1 litre par jour ... 0 fr. 30
Dépense moyenne = 1 fr. 10

Obs. V. — Les... 3 personnes. Mère et 2 enfants de 17 et 12 ans. Menu du 10 juin 1905 :

Matin : café noir, sucre et pain ... 0 fr. 30
Midi : pain et fromage ... 0 » 15
Soir : bifteak de cheval ... 0 » 30
pommes de terre, 1 kil ... 0 » 40
lard ... 0 » 10
fromage de brie ... 0 » 10
pain 3 livres par jour ... 0 » 55
pas de vin : eau et café.
Dépense moyenne : 1 fr. 55.

Obs. VI. — Rev... 45 ans, veuve. Menu du 31 mai 1906 :

Matin : café noir + 1 morceau de sucre + pain ... 0 fr. 15
Midi : beeftack de cheval ... 0 » 20
pommes de terre frites ... 0 » 10
pain 1 livre par jour ... 0 » 15
pas de vin : eau
soir : une panade
Dépenses du jour ... 0 fr. 60

Obs. VII. — Passag... 8 personnes. Le père, maçon, 48 ans ; la mère 38 ans, 6 enfants (18 ans 1/2, 15, 13, 5 et 3 ans). Menu du 30 juin 1905 :

Matin : café noir pour 6 personnes (sans sucre) ... 0 fr. 15
Midi : soupe avec un choux ... 0 » 30
beurre ... 0 » 10
pommes de terre 1/2 livre ... 0 » 20
fromage ... 0 » 20
Soir : soupe et fromage
vin, 1 litre tous les 2 jours
pain, 6 livres par jour ... 1 » 05
Dépense moyenne : 3 fr. 50

Obs. VIII. — Dem... (obs. II). Menu du 5 juin 1906 :

Matin : café noir ... 0 fr. 15
Midi : 1/4 de saucisson de cheval ... 0 » 20
haricots blancs, 1/2 litre ... 0 » 20
fromage ... 0 » 15
Soir : 1 soupe ... 0 » 20
pain pour la journée ... 0 » 70
vin, 1 litre ... 0 » 25
Dépense du jour ... 1 fr. 85

Obs. IX. — Mét... 5 personnes. Homme, 50 ans, fumiste ; femme 40 ans ; 3 enfants (16, 14, 6 ans). Menu du 8 août 1906 :

Matin : café noir sans sucre ... 0 fr. 15
Midi : beefteack de cheval ... 0 » 60
légumes, oseille ... 0 » 30
pain, 3 livres pour la journée ... 0 » 55
Soir : soupe à l'oseille ... 0 » 30
bière, 1 litre ... 0 » 20
Dépense du jour ... 2 fr. 10

Et cette cueillette de « régimes » parmi une collection où certains sont pires, peut être facilement multipliée par la liste des indigents ainsi que par le nombre de jours dans l'année ! Il est à remarquer que le café noir est comme la caractéristique du petit déjeuner des pauvres (90 %). On pourrait même, d'une façon générale, établir une classification sociale, ascendante en aisance, par les trois termes : *café noir*, *café au lait*, *chocolat*. Mais revenons aux malheureux. La ration alimentaire qui leur est permise eût pu être appréciée caloriquement. Mais d'une part, une série de chiffres n'eût pas fortifié d'avantage la thèse que j'entends soutenir, et, d'autre part, j'estime que la conversion en calories ne peut avoir une certaine valeur si on l'applique à un régime *particulier*, qu'autant qu'on possède la composition chimique des aliments de ce régime (1). Point n'est besoin d'ailleurs de cette évaluation pour m'objecter que si les malheureux remplaçaient le vin et le café par du lait, ils gagneraient, du coup, de 700 1000 calories. Très souvent, je leur ai timidement balbutié ce langage. C'est parler à des sourds, dont l'imperfectibilité se rive à une question de fait : c'est que ces malheureux, ne jouissant pas de cette stimulation normale qu'allume et entretient une bonne alimentation, sont instinctivement poussés, par une irrésistible besoin, vers les excitants fugaces et vers l'inévitable abus. C'est du moins pour une forte part, sous une telle impulsion que les indigents « boivent » tout ou partie des trois ou cinq francs (2) qu'ils reçoivent mensuellement de l'Assistance publique de Paris. C'est donc comme un cercle vicieux dont on ne peut sortir qu'en instituant d'une façon bien étudiée l'*assistance alimentaire*. Ce serait, en outre, une des armes les plus puissantes contre l'alcoolisme.

Et comment aider à l'alimentation du malheureux ? On pourrait m'opposer que jadis les Bureaux de Bienfaisance distribuaient des bons de pain et de viande, que les indigents s'empressaient de vendre au-dessous du pair. Je réponds qu'il s'agit là de contingences qui ne suppriment pas l'attraction du but et qu'une bonne organisation feraient disparaître. Il faudrait organiser des *cuisines publiques*, à l'instar des « *cuisines pour malades* » qui fonctionnent à l'étranger (Bonn, à Aix-la-Chapelle, à Posen, à Cassel, à Vienne) et spécialement à Berlin (3). Ce serait un bon motif à rendez-vous, pour la philanthropie éparse, privée (fourneaux, bouchée de pain, soupes populaires, ligues antialcooliques, œuvres de la tuberculose, etc.) ou publique (Assistance publique, communes, cantines scolaires), laquelle pourrait concentrer une partie de ses efforts avec plus de succès et moins de frais. Ce serait de plus un excellent moyen de concourir méthodiquement à « l'alimentation rationnelle » de l'homme, et de vérifier, en même temps que d'annihiler, ma proposition, savoir : que *certaines fautes contre l'hygiène alimentaire sont dues à l'insuffisance de l'alimentation.*

(1) Cette composition varie trop pour certains aliments : lait, fromage, pain. Il serait bon de multiplier les recherches de König et d'Atwater, en déterminant, dans les conditions les plus variées, la composition de la plupart des aliments, et en établissant des tableaux synoptiques, périodiquement révisables, qui expriment réellement et en regard l'une de l'autre, la valeur calorique et la valeur marchande.

(2) La plupart touchent 3 francs en été et 5 francs en hiver (247 sur 4490 indigents, pour certains arrondissements).

(3) La « *Krankenkuche* », de Berlin, est une œuvre d'initiative privée, confessionnelle, due à la libéralité de Mme de Rath. On consomme sur place et on porte en ville, dans les récipients conservant la chaleur (thermophores). On ne sert que le repas principal pour 0 fr. 50, 1 fr. 25 ou 2 marks, suivant le menu qu'il est inutile de détailler ici. C'est une cuisine pour malades *et pour indigents*. Ceux-ci et ceux-là étaient ainsi assistés au nombre global de 140 à l'époque où j'ai visité cette institution (sept. 1903).

CLINIQUE MÉDICALE

Ce que deviennent les hystériques : 1° Estelle Le... (1873 — 1906.)

Par **BOURNEVILLE**.

Nous avons revu, en janvier dernier, une *hystérique* que nous avons soignée en 1873 à la Salpêtrière, alors que nous remplacions temporairement notre maître Delasiauve. Nous allons rapporter les notes, un peu incomplètes, que nous avons recueillies à cette époque et dire ce qu'elle est devenue, ce qu'elle est.

Estelle L.., née le 29 mars 1852, est entrée à la Salpêtrière, le 8 juillet 1873, comme atteinte d'attaques d'*hystérie*, souvent suivies de *délire* avec propension au *suicide* (1). *Hyperesthésie de l'ovaire* et *hémianesthésie* à gauche. Lorsque L... sent approcher la crise, elle demande qu'on lui mette la camisole. Voici en quoi consistent ses crises :

Petites secousses de la tête qui se porte à gauche, en arrière, à droite. La face, d'abord pâle, devient rouge ou violacée. Les yeux sont dirigés en haut et à droite. Mouvements de déglutition, soulèvement du corps. Après avoir poussé des cris, la malade secoue brusquement la tête à diverses reprises et se débat autant que le lui permettent les liens qui la maintiennent. Ceci dure environ une à deux minutes. Puis elle dit : Ça y est ! et présente du délire. « Je voudrais, dit-elle, manger des fraises au champagne. » La physionomie devient sérieuse : « Je voudrais bien voir maman, maman !... C'est papa surtout que je voudrais voir ! J'aime mieux papa ! » Ensuite, elle semble avoir peur : « Encore la femme ! » Elle cache sa tête : « Ah ! j'ai peur ! » Elle pleure et répète: « Ah ! la femme ! » Les pleurs redoublent (elle s'imagine voir une femme qui lui veut du mal). Il s'agit là, sans doute, d'une réminiscence d'un des évènements de son existence, qui a été très accidentée. Souvent, après ses attaques, elle accuse une sensation de froid dans la jambe gauche ; elle a des secousses dans tous les membres, un frémissement de la lèvre inférieure et de la sputation. Ces phénomènes persistent pendant quelques minutes ; enfin, elle revient tout à fait à elle, regarde les personnes qui l'entourent sourit et demande des fraises.

Nous avons essayé trois fois de lui faire respirer du nitrite d'amyle. Dès qu'elle eut fait quelques inspirations, elle reprit connaissance et s'agita tellement qu'il fût impossible de continuer l'inhalation. Aussi, au bout d'une ou deux minutes, les convulsions reparurent-elles. Une nouvelle inhalation ayant été pratiquée, nous avons noté le même retour rapide de la connaissance, sans parvenir à poursuivre suffisamment l'inhalation pour juguler définitivement les convulsions.

Après la dernière inhalation de nitrite d'amyle, pendant quinze jours, sa *langue*, *noire*, était *contracturée* et sortie de la bouche à gauche. Elle a eu aussi, pendant le même temps un *tremblement de la tête*. Ces renseignements sont empruntés à nos *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie*, publiées en 1876. Elle avait des attaques nombreuses : 30, 35, 40 par mois. Elle a eu un *état de mal hystéro-épileptique* qui a duré trois jours.

Revue en 1886, elle nous a raconté que depuis le nitrite d'amyle, elle n'avait jamais eu d'attaques, que depuis sa sortie en 1875, elle a vécu avec une de ses sœurs établie modiste jusqu'à son mariage en 1880, qu'elle est désolée de ne pas avoir d'enfants et qu'elle vient nous demander de l'aider à en adopter un de l'Assistance publique. Ce projet n'a pas été exécuté, car quelques mois après sa visite, elle est devenue enceinte (30 ans) et a eu un garçon, âgé maintenant de 18 ans et demi. Avant ses règles, elle affirme qu'elle ne se touchait pas, mais qu'elle avait des spasmes génitaux involontaires qui auraient disparu avec l'apparition des règles. Etant ouvrière modiste, elle a fait connaissance, à 18 ans, d'un ami de sa patronne, est devenue enceinte, est accouchée d'un enfant mort à 6 semaines. Elle en aurait eu un grand chagrin ; aurait essayé de se suicider avec du charbon et de la benzine, aurait été secourue à temps, envoyée au Dépôt et de là à l'Asile clinique, puis à la Salpêtrière.

Réglée à 14 ans, ses règles ont continué régulièrement aux époques. Avant son admission à la Salpêtrière, après sa sortie, elle avoue s'être livrée à l'onanisme qui lui donnait plus de satisfaction que les rapports sexuels normaux (1). Ménopause il y a 7 mois (53 ans), sans accidents, sauf quelques spasmes génitaux à la fin de l'an dernier. Elle a toujours été et est encore impressionnable.

La *guérison s'est maintenue*, bien que depuis son mariage elle ait eu une existence très agitée. Son mari, russe, violent, exerçant la profession de tapissier, est un instable, un pérégrinateur, ne se plaisant jamais où il se trouve, travaillant tantôt chez lui, tantôt chez les autres. Ils ont vécu 10 ans à Montévidéo où il avait des *idées* de grandeur, prétendant se faire nommer président de la République de ce pays où il s'était fait naturaliser. Souvent il quitta sa femme et son enfant pour aller ailleurs, où il les faisait venir quand il avait gagné quelque argent. Il l'a quittée encore une fois il y a 3 ans ; elle n'en a plus eu de nouvelles et a demandé le divorce.

D'autres cas suivront dans quelque temps.

(1) Elle a souvent de la mélancolie avec idées de suicide, au moment de ses règles : pavots, laudanum, teinture d'iode, charbon, champignons vénéneux, morphine, benzine, eau de cuivre. — Strabisme consécutif à des convulsions de l'enfance.

(1) Mme D..., âgée aujourd'hui de 63 ans, que nous avons soignée pendant 22 ans, pour différentes maladies et, tout d'abord, pour des *spasmes vénériens* très fréquents, nous a avoué qu'elle n'avait aucun plaisir dans les rapports sexuels masculins. En 1886, elle nous disait : « Depuis une dizaine d'années, je ne sens rien avec mon mari », mais que les spasmes vénériens solitaires lui procuraient du plaisir, qu'elle mouillait ; ils étaient suivis d'énervement et de fatigue. — Mme F... a eu plusieurs enfants sans avoir jamais éprouvé de plaisir avec son mari. Les exemples de ce genre, on le sait, sont loin d'être rares.

Le traitement de la maladie du sommeil —. Deux patients, atteints de la maladie du sommeil contractée au Congo belge, en traitement à la villa coloniale de Watermael, seraient, grâce à l'atoxyl et à la strychnine, en voie de guérison.

Les Antivivisectionnistes en Angleterre. — La société antivivisectionniste vient de faire élever à Battersea une fontaine ornée de la statue d'un chien victime d'opérations chirurgicales, en signe de protestation contre la vivisection.

Le repos hebdomadaire. — Nos braves sergents de ville vont-ils aussi prendre leur jour de repos ou nous sera-t-il donné d'assister à des scènes comiques semblables à celle-ci :

Un enfant de 12 ans comparait devant le bureau de police de Liverpool. Il est accusé d'avoir volé une bourse à un honnête bourgeois de la ville ; d'ailleurs, il ne nie pas son crime ; le magistrat va donc le condamner, lorsque son père, qui assistait à l'audience, se lève et dit :

— Mon fils ne peut être condamné, parce qu'il a été arrêté le dimanche par les policemen et que la loi défend positivement à toute personne de faire quoi que ce soit le saint jour du Seigneur.

— Parfait ! riposte le magistrat.

Et s'adressant à l'enfant : — Quel est votre métier ? — Je n'en ai pas d'autre que celui de voleur, répond le prévenu. — Vous serez donc condamné pour vous être permis de vous livrer à vos occupations habituelles le saint jour du Seigneur. Et l'enfant est condamné à 5 shillings d'amende pour avoir contrevenu aux règlements.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène de la rue à Paris.

Les congrès d'hygiène se multiplient : l'an dernier, c'était, à Paris, l'hygiène scolaire ; hier, à Genève, l'hygiène de l'habitation ; ce sera demain, encore à Paris, l'hygiène alimentaire.

Pourquoi n'y adjoindrait-on pas un tout petit congrès de l'hygiène de la rue ?

Paris est pourvu d'un service de voirie nombreux et zélé, peut-être l'époque est-elle venue pour les hygiénistes de lui indiquer ce qu'il doit faire.

Le Parisien est souvent noctambule ; s'il entre chez lui attardé, il trouve au seuil de son logis le chiffonnier classique fouillant de son crochet hâtif la poubelle débordante et semant sur le trottoir ce qu'elle devrait contenir, les ordures de toutes sortes, véhicules des germes de toutes les maladies.

Loin de nous la pensée de priver cette modeste, célèbre, honnête et pittoresque corporation des chiffonniers de Paris de son gagne-pain et des quelques sous qu'elle arrive si péniblement à trouver, chaque jour. Mais ne lui rendrait-on pas service, à elle et à toute la population parisienne, en lui permettant de faire ses investigations et sa cueillette dans les dépotoirs municipaux plutôt que sur le seuil de nos logis.

Pour la dédommager du préjudice apparent que lui causerait ce trouble dans l'exercice de sa profession, la Ville, cette bonne mère des humbles et des déshérités, ne pourrait-elle pas lui construire, à proximité, des hangars et des magasins qu'elle leur louerait le meilleur marché possible? Elle supprimerait ainsi les dépôts d'immondices clandestins, nombreux, même dans les quartiers du centre, et, tout en facilitant les transactions du commerce des débris en le centralisant dans ces sortes de halles et de marchés, elle pourrait plus facilement assurer l'isolement et la désinfection des détritus toujours incommodes et souvent insalubres.

Laissons coucher le noctambule qui a enjambé pour entrer chez lui des monceaux d'ordures, le promeneur matinal qui va sortir ne sera guère plus favorisé. Il assistera au balayage et à l'enlèvement des poubelles.

Le balayage des rues de Paris mérite de fixer un instant l'attention ; il nous rappelle une mémorable séance de la 3e section du dernier Congrès international de la tuberculose, où le professeur Victor von Fritsch, de Dresde, fit sur le nettoyage humide des parquets une brillante conférence au milieu des nuages ironiques d'une poussière que les employés du Congrès soulevaient généreusement en balayant à sec les salles voisines du Grand-Palais. Le balayage des rues de Paris, sans doute en vue de notre instruction pratique, nous offre le même contraste. Le système humide s'applique à la chaussée littéralement inondée, mais le balayage à sec se réfugie sur les trottoirs et s'y maintient en toute sécurité.

Les balayeurs s'en donnent à cœur joie, on dirait que c'est à celui qui fera le plus de poussière, et ces malheureux trottoirs, où l'encombrement de la chaussée nous parque, où les commerçants étalent leurs victuailles et leurs marchandises, attendent, pour être rafraîchis, la chute désirée d'un nuage complaisant.

Levez-vous tard, attendez huit heures pour sortir. Vous serez alors la proie des ménagères. Admirez donc avec quelle vigueur elles battent à chaque étage leurs tapis, avec quelle rage elles brossent vêtements et chaussures, avec quel soin elles secouent aux balcons et aux fenêtres draps, literie et couvertures.

Il en tombe une véritable pluie de fine poussière que vous inhalez en respirant, heureux, si elle ne contient pas de desquamations varioliques, rubéoliques, scarlatineuses ou autres, ou, plus simplement, les crachats desséchés et classiques du tuberculeux, du pneumonique ou du diphtérique.

Le hasard vous protège-t-il de cette inhalation? Ne craignez rien, vous ne perdrez rien à attendre. Cette poussière pathogène, vous la retrouverez au restaurant sur votre bifteck ou autres aliments, avec l'aide des étalages des bouchers et autres marchands de comestibles.

A Athènes et à Rome, on vivait sur la place publique; à Paris, l'on vit dans la rue ou, plus exactement, sur le trottoir. On s'y promène, on y mange, on y boit, on y négocie; que n'y fait-on pas? Certain y trouverait la raison suffisante pour que le Parisien, né délicat, en réclama la propreté méticuleuse. Mais le Parisien, jadis frondeur, n'est plus guère exigeant et se contente du trottoir tel qu'il est.

Quant à la chaussée, n'en parlons pas.

Pour peu que la circulation y soit intense, les sabots de chevaux et les roues des véhicules travaillent continuellement à pulvériser le crottin, s'il fait beau, et, s'il pleut, à le pétrir en une petite boue fluide, fétide et gluante, qui éclabousse de la tête aux pieds et s'attache solidement à tout ce qu'elle atteint. Les multiples essais tentés pour protéger de la boue et de la poussière doivent sans doute s'appliquer sur les routes désertes où personne ne circule.

Pouvoirs publics, édiles de notre cité, vous tous en un mot qui avez la tâche délicate de nous enseigner l'hygiène ou de nous en faire respecter les lois, de grâce, donnez le bon exemple ; évitez aux regards étonnés des étrangers la malpropreté de nos rues et les souillures des façades lépreuses de vos demeures officielles et de nos monuments (1). Epargnez-nous aussi l'affichage inutile de conseils que vous méconnaissez en pratique. Suivez en matière d'hygiène publique la recommandation du Grand Patriote : N'en parlez jamais, pensez-y toujours et.... appliquez-la quelquefois.

J. Noir.

(1) Nous recommandons tout particulièrement à l'examen des incrédules les vitres du Louvre (pavillon de Marsan), les façades de la première cour du Ministère de l'Instruction Publique, celles des bâtiments du Muséum d'Histoire naturelle, donnant sur Geoffroy-St-Hilaire et rue de Buffon, etc., etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

HYGIÈNE DES MÉTROPOLITAINS SOUTERRAINS

Rapport par le Docteur **LUCIEN-GRAUX**

Les grandes cités ont pris au cours du siècle dernier un essor prodigieux : bourgeois et ouvriers ont abandonné, chaque année plus nombreux, les campagnes et les petites capitales de province, attirés par les Villes Tentaculaires où, semble-t-il, la vie est rendue plus aisée et plus agréable tant par le prix élevé des salaires que par l'abondance des plaisirs de toutes sortes qui s'y trouvent réunis. Les rues et les boulevards des cités modernes sont parcourus par un peuple affairé, par des voitures innombrables. Des centaines de milliers de travailleurs descendent le matin des quartiers périphériques où les loyers sont moins élevés pour gagner leurs magasins, leurs usines, et rentrent le soir par longues théories à travers les rues encombrées.

Il suffit de voir une ville comme Londres dont la superficie dépasse 30.500 hectares et dont la population sera bientôt de cinq millions d'habitants pour comprendre la nécessité de moyens de transport importants et rapides. Certes ceux-ci se sont bien transformés dans ces dernières années : des tramways à traction mécanique sillonnent aujourd'hui les villes avec une très grande vitesse, mais ils ne peuvent transporter que peu de monde à la fois : on dut construire dans les grandes cités de véritables chemins de fer : les métropolitains, mais, ceux-ci ne purent emprunter la voie voie publique ; ils furent aériens ou souterrains : nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Le succès qui a accueilli leur création est la meilleure preuve du besoin véritable auquel ils répondaient. C'est ainsi qu'à Paris en 1905 la compagnie du chemin de fer métropolitain a transporté 178.784.767 voyageurs dont 17.634.000 de 1re classe et 161.150.000 de seconde et que le total général de voyageurs transportés atteignait, le 1er janvier 1906, le chiffre de 582.959.108 personnes.

Le trafic s'est encore accru cette année dans une notable proportion : aussi le conseil municipal de Paris a-t-il décidé de créer de nouvelles lignes et de hâter la mise en exploitation de celles déjà concédées et en voie de construction.

L'hygiéniste doit s'occuper d'une entreprise aussi considérable, à laquelle tant de gens se trouvent intéressés et cela d'autant plus que si le public a, dès l'abord, hautement manifesté sa faveur pour un mode de locomotion aussi rapide et aussi peu coûteux, il n'a cessé de protester contre les incommodités du métropolitain : chaleur, odeur, encombrement, et il a exigé l'application de mesures rigoureuses pour éviter le retour des catastrophes semblables à celle de la station des Couronnes qui jeta la consternation parmi la population parisienne. Il semble, en effet, que l'hygiène n'est pas parfaite dans le métropolitain et que bien des réformes pourraient être tentées avec avantage. Nous n'aurons en vue dans ce rapport que le métropolitain de Paris, le seul que nous connaissions personnellement, mais les critiques et les vœux que nous formulerons s'appliqueront à la plupart des chemins de fer souterrains qui existent dans le monde entier.

L'opinion de quiconque pénètre pour la première fois dans une des grandes stations de notre métropolitain n'est certes pas favorable à ce dernier et il ne faut pas moins que l'assurance de partir aussitôt sans une longue attente dans des bureaux d'omnibus et celle de la rapidité avec laquelle on peut aujourd'hui traverser Paris en tous sens pour retenir le voyageur et l'engager à user de ce mode de transport.

C'est bien le sentiment de chacun que M. Jolibois exprimait en termes particulièrement heureux à la tribune du Conseil municipal : « Le Métropolitain d'aujourd'hui, disait-il est une cave mal aérée, rappelant parfois l'égout collecteur. On est pris à la gorge, dès la descente de l'escalier, par une série d'odeurs innommables, d'émanations irrespirables, mélange de sueurs, de goudron, d'acide carbonique, de poussières métalliques, etc., le tout d'une tiédeur lourde analogue à celle des jours d'orage.

« Et quand, monté en voiture il a, par hasard, au milieu de l'encombrement général, pu trouver un siège, ce qui est bien rare, le voyageur est assourdi, ahuri, par le bruit infernal du convoi en marche, dû aux trépidations du train, au roulement, au ripage et choc des roues, décuplé par la sonorité du souterrain et par les carreaux qui tremblent dans leurs croisillons ; comme résultat, il est impossible de causer ou de faire entendre une parole. Et il ne faut pas oublier les dangers courus dans cette cave. Sans parler des risques d'incendie, de panne ou de déraillement, qui — la preuve n'est plus à faire — ne sont pas chimériques, a-t-on réfléchi à ce que pouvait être l'hygiène du souterrain sillonné chaque jour par plus de 300,000 personnes dont beaucoup sont atteintes de maladies contagieuses, qui toussent, crachent, respirent à côté de vous, près de vous, sur vous, dans ce tunnel où l'aération est nulle, où l'assainissement par l'eau a été rendue impossible, où le nettoyage consiste purement et simplement à déplacer les poussières morbides en les poussant du quai sur la voie, alors que le train suivant rejette de nouveau sur le quai les microorganismes et les poussières calcaires et ferreuses ».

L'aération du métropolitain est des plus défectueuses. C'est elle qui tout d'abord doit retenir notre attention dans cette étude, car elle a donné lieu à de nombreuses recherches et à des discussions intéressantes.

Que l'air soit ou non vicié, il est un fait indubitable, c'est que beaucoup de personnes se plaignent de mal respirer, d'étouffer et que certaines se trouvent mal, ont des nausées, parfois des syncopes. Il y a eu des cas de mort subite dans le métropolitain comme partout d'ailleurs ; néanmoins l'atmosphère confinée où se trouvent placés des gens âgés, parfois enclins à l'apoplexie, ou atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, n'est certainement pas sans présenter un certain danger. Il en est de même pour les femmes enceintes qui risquent en outre d'être bousculées ainsi que pour les enfants. Est-ce à dire que l'air du métropolitain soit réellement nuisible ? La proportion importante de l'acide carbonique attire dès l'abord notre attention.

Les chiffres les plus élevés trouvés par MM. Albert Lévy et Pécoul sont les suivants : (par 100 m. d'air).

	Températ.	acide carb.
8 décembre 1903 2e cl. 65 voyageurs	21°0	189 lit.
29 janvier 1903 2e cl. surchargée	20°2	173 »
3 décembre 1903 2e cl. surchargée	19°8	171 »

M. Gréhant aurait trouvé de son côté des chiffres beaucoup plus élevés : de 410 litres à 750 litres d'acide carbonique dans 100 m c., d'air. Mais MM. Albert Lévy et Pécoul, qui ont fait ces dernières années un très grand nombre d'expériences n'ont jamais trouvé une proportion d'acide carbonique aussi importante dans leurs analyses. Les travaux de Paul Bert ont établi que l'acide carbonique était dangereux pour le chien lorsque la proportion de CO^2 dans l'air ou l'oxygène atteignait 40 ou 45 %. M. Gréhant a constaté dans des travaux récents que, lorsqu'un animal respire un mélange d'air et d'acide carbonique à 5 0/0, le centre des mouvements respiratoires est plus fortement excité et il s'établit une *lutte de l'organisme contre cet accroissement d'acide carbonique* dont l'heureux résultat est la constance de la composition du sang.

M. Gréhant n'a jamais trouvé jusqu'ici dans l'air du métropolitain 1 0/0 d'acide carbonique ; par suite, quelle que soit

★

l'affluence des voyageurs, il ne peut y avoir de variation sensible dans la composition des gaz du sang ; si dans certains exceptionnels on constatait une accélération des mouvements respiratoires, c'est que la proportion de l'acide carbonique augmenterait entre 1 et 5 %. Il est donc certain que la proportion d'acide carbonique n'est pas excessive dans l'air du métropolitain. D'ailleurs, cette proportion est la même dans l'air des écoles communales de Paris et supérieure dans celui de la 8e chambre correctionnelle du Palais de justice.

	CO^2 dans 100 m^3 d'air.
Air libre, Parc Montsouris	31,4 lit.
Egouts de Paris	39,0 »
Conseil municipal (salle des séances)	85,0 »
Ecoles communales de Paris (moyenne)	150,0 »
Métropolitain (tunnel du 1er réseau maximum du 1er janvier 1904)	150,0 »
Palais de justice (8e chambre correctionnelle)	221,0 »

Cependant, il est certain que si l'air du métropolitain n'est pas dangereux à respirer, il est, somme toute, mauvais. A quel moment, en effet, une atmosphère confinée commence-t-elle à devenir dangereuse ?

Une atmosphère confinée contenant plus de 100 litres d'acide carbonique pour 100m³ d'air, est, suivant M. Armand Gautier, malsaine ou peu saine.

De plus, l'air du métropolitain est chargé de tous les produits de la respiration, de la transpiration émanant des individus entassés dans les voitures, ainsi que des parfums artificiels parfois violents de certaines élégantes. Le professeur Armand Gautier insiste sur ce fait que ce n'est peut-être pas la teneur absolue de l'air en acide carbonique qui peut être sensiblement nuisible, mais qu'elle est le signe de la présence dans l'air des produits gazeux ou miasmatiques qui l'accompagnent, *produits autrement désagréables et dangereux* versés par la peau, la respiration, le tube digestif, le poumon, et d'autant plus nuisibles que la vapeur d'eau, presque à saturation dans ces souterrains, les condense immédiatement et les transporte sur tous les objets et, pour dire le mot, les porte de bouche en bouche.

Il est donc certain que si la proportion d'acide carbonique n'est pas assez élevée dans le métropolitain pour constituer à proprement parler un danger réel, l'air confiné qu'on respire dans les tunnels et dans les voitures est cependant malsain. Il serait désirable que des expériences fussent faites non pas avec de l'acide carbonique mélangé à de l'air pur, ainsi que l'on procède d'habitude, mais avec l'air même des voitures surchargées. Nous ne doutons pas que cet air contient des produits nocifs pour l'animal et pour l'homme. Quoi qu'il en soit, il est intéressant d'examiner les résultats obtenus par MM. Albert-Lévy et Pécoul, dont nous connaissons les dernières analyses relatives aux tunnels (4e trimestre 1905.)

Il y a une diminution considérable de la teneur en acide carbonique en août et septembre. La proportion d'acide carbonique est moitié de celle d'avril et de mai. En octobre, les nombres augmentent et dépassent ceux obtenus au printemps. M. Albert Lévy ne sait à quoi attribuer cette diminution : Les portes d'entrée des stations ont été enlevées : cela a-t-il donné une ventilation meilleure ? ou est-ce la circulation qui est considérablement ralentie ?

***

Si la ventilation est insuffisante pendant le jour, elle est parfaite pendant la nuit. Il y a en effet une notable diminution de l'acide carbonique et de la température à ce moment. Voici les chiffres obtenus (moyennes) :

Acide carbonique		Température	
1 h. à 5 h. du matin	4 h. à 10 h. du soir	nuit	jour
48 l.	108 l.	17,5°	19,7°

Le Conseil d'hygiène de la Seine s'est ému de la proportion élevée de l'acide carbonique du métropolitain et a prescrit d'établir des cheminées d'appel. Deux de ces cheminées ont été faites, l'une rue Crozatier, l'autre place de la Tour-Saint-Jacques (ligne n° 1). Des baies d'aération ont été ouvertes place des Ternes, rue de Rome, boulevard de Belleville (ligne n° 2, nord).

L'effet de ces baies et de ces cheminées ne peut être qu'excellent si nous constatons les résultats qu'a fournis l'ouverture des deux nouvelles sorties de la station du Palais-Royal. Le tunnel compris entre le Palais-Royal et les Tuileries donnait en effet les chiffres suivants depuis le début des analyses (litres par 100 m^3 d'air) :

121, 113, 130, 118, 132

En juin 1905, la proportion d'acide carbonique n'est plus que de 77. L'influence des deux nouvelles sorties pratiquées à cette époque au Palais-Royal n'est donc pas niable. L'amélioration se fait encore sentir dans la partie du tunnel comprise entre les Tuileries et la Concorde puisqu'on obtient 81, alors qu'auparavant on avait observé les chiffres suivants : 120, 116, 37, 114, 115, mais elle est beaucoup moins accentuée dans les tunnels suivants.

***

MM. Albert-Lévy et Pécoul n'ont pas trouvé trace d'ozone, ni d'oxyde de carbone, ni d'azote ammoniacal dans les tunnels. Par contre, les gares contiennent une proportion, faible il est vrai, d'azote ammoniacal, mais moins qu'à l'extérieur.

***

La mauvaise ventilation du métropolitain est encore établie par la chaleur qui y règne. Les températures prises aux deux points les plus bas du tunnel du métropolitain de Paris (Concorde et Tour Saint-Jacques) ont donné de janvier à mai 1901 les résultats suivants :

	Moyenne	Minima	Maxima
Intérieur	13°,2	8°,0	16°,0
Extérieur	8°,9	5°,0	17°,0

Les analyses de MM. Albert-Lévy et Pécoul ont établi, pour la période correspondante, une différence de quatre degrés entre les températures du tunnel et celles de la gare voisine. Cette différence est allée en augmentant progressivement par suite de la fermeture des portes donnant accès au métropolitain. C'est ainsi que le 4 novembre 1901 pour ne citer que cet exemple, MM. Albert-Lévy et Pécoul trouvaient les chiffres suivants :

Intérieur (tunnel)	19°,0
Extérieur	10°,

***

La tension de la vapeur d'eau est très élevée dans l'air du métropolitain ; elle augmente encore progressivement, depuis la Bastille jusqu'aux deux extrémités du réseau. Cette vapeur d'eau est due à la respiration des voyageurs.

***

L'air du tunnel des métropolitains comprend un grand nombre de bactéries. Un renseignement précieux nous est fourni à ce sujet par les recherches pratiquées à New-York où 3000 analyses bactériologiques furent pratiquées. On trouvait 500 bactéries dans le métropolitain de New-York contre 1.157 bactéries dans la rue. Il faut filtrer 6500 mètres cubes d'air extérieur pour arriver au chiffre de bactéries obtenu en filtrant 3200 mètres cubes du métropolitain. Par contre à Londres on trouve 13 microbes dans le métropolitain contre [illegible] dans la rue.

***

La ventilation des voitures est très défectueuse. Un exemple des plus typiques nous est fourni par l'expérience suivante :

Le 6 février 1902, MM. Albert-Lévy et Pécoul sont montés à la Porte-Maillot dans une voiture *non utilisée* depuis la veille ; la porte et les fenêtres avaient été ouvertes au départ, la température extérieure était de 5°,2. La température était dans

la voiture de 15°. Il y avait une proportion de 97 l. d'acide carbonique *au départ* ! Ce fait à lui seul prouve avec quelle négligence est assurée l'aération des wagons ! Voici les constations qui ont été faites relativement à l'air des voitures du métropolitain. Ils ont constaté dans cette même voiture que nous venons de signaler les chiffres suivants aux divers point du trajet.

	Tempér.	Acide carbonique
Porte Maillot.........	15°,1	97 l.
Châtelet.............	16,2	150
Vincennes...........	16,0	107

Parmi les analyses faites dans les débuts relevons celles-ci :

	Acide carbonique Litres	Acide ammoniacal Milligr.
2e classe (2 h. 20 m.)...	168.0	255.0
2e classe (4 h. soir)....	102.0	123.0
1re classe (4 h. soir)....	108.0	129.0

Il est intéressant de constater que l'on trouve 154 l. de CO^2 près du plafond des voitures et 165 l. à 0 m. 70 du plancher. M. Clowes a trouvé dans les voitures du Central London les chiffres suivants :

Moyenne 118 l.
Maximum : 147.
Minimum : 96.
Extérieur (rue) : 36 l.

La proportion d'acide carbonique est évaluée à 116 lit. par M. Scott Tebb dans l'intérieur des voitures du faubourg de Southwark.

Les nouveaux wagons mis en circulation sur la ligne n° 3 sont déjà bien mieux aérés. La partie médiane de la toiture de chaque voiture est surélevée et l'air peut entrer librement de chaque côté. Les voitures à plafond surélevé réalisent une amélioration incontestable comme le prouvent les expériences suivantes de MM. Albert Lévy et Pécoul.

Voitures à ventilation latérale :

	Nombre de voyageurs	Tempér.	Tension de la vapeur d'eau	Acide carb. dans 100 m3 d'air
1re Expérience.	28	23°,5	15mm,9	106 l.
2 —	44	24,3	18,0	132
3 —	38	23,0	12,5	115
4 —	39	22,7	14.9	128

Voitures à ventilation double :
(latérale et au plafond)

1re Expérience.	30	24°.8	16mm,5	98 l.
2 —	53	24,5	17,8	119
3 —	51	23,4	14,1	125
4 —	52	23,5	13,5	124

La proportion d'acide carbonique est donc beaucoup plus grande pour le même nombre de voyageurs dans des circonstances identiques dans les premières voitures. L'amélioration réalisée avec les nouveaux wagons est donc incontestable. Elle n'est pas suffisante. La ventilation des voitures ne sera bonne que le jour où la Compagnie se décidera à réaliser cette double réforme : 1° ventilation des tunnels au moyen de cheminées, de baies d'aération et de ventilateurs électriques. 2° établissement de ventilateurs électriques dans chaque voiture. 3° suppression de l'encombrement dans les voitures.

* * *

On connaît quelle est la disposition adoptée dans les gares du Métropolitain. Elles sont d'une longueur de 75 mètres, une largeur de 4 m. 10 et comprenent deux quais latéraux situés à 0 m. 85 au-dessus des rails. Un premier escalier de [illegible] à 3 m. 50 de large conduit dans une galerie où se trouve une marchande de journaux et le guichet où l'on distribue les tickets. On parvient, grâce à un second escalier large de 2 m. 75 aux quais latéraux. Ces dispositions sont beaucoup plus complexes dans les stations de croisement telles que l'Etoile ou Villiers par exemple.

Ce qui frappe, dès l'entrée, c'est le luxe des barrières et des grilles destinées à parquer les voyageurs et à les diriger dans des directions déterminées. Il paraît qu'elles sont nécessaires pour éviter les bousculades. Celles-ci n'existent pas moins en réalité et nous ne croyons pas que ces barrières aient l'effet qu'on se propose. C'est ainsi que tout escalier est divisé en deux parties l'un des compartiments étant réservé à la sortie des voyageurs, l'autre à leur entrée. L'espace ainsi réservé étant des plus restreints, il se produit de véritables encombrements et les sorties sont beaucoup plus longues qu'il ne serait nécessaire. De plus chacun, de ces compartiments se rétrécit à sa sortie et est fermé par une porte. Certes, on nous dira que la porte donnant sur le quai et qui s'ouvre dans le sens même de celui-ci, peut, même fermée à clef, s'ouvrir dû côt de l'escalier en cas d'une poussée violente comme il s'en produirait lors d'un sinistre, mais cette précaution est insuffisante.

On ne devrait pas accumuler semble-t-il à plaisir les obstacles à la sortie des voyageurs. Dans les stations de croisement il serait absolument impossible à une foule prise de panique de se retrouver dans les barrières qui s'entrelacent de toutes parts. Il se produirait dans les stations de l'Etoile, de Villiers, de la place de la République, des écrasements épouvantables et il y aurait très probablement autant de morts à redouter par la faute des grillages homicides que par celle de la catastrophe proprement dite.

Parmi les injonctions qui furent notifiées à la compagnie à la suite de la catastrophe de la station des Couronnes se trouvait la suivante :

« Toutes les barrières fixes, dont l'utilité ne sera pas démontrée, seront enlevées. Subsisteront seules les barres qui coupent longitudinalement les escaliers pour faciliter la montée et la descente des voyageurs .»

Lorsqu'une exploitation prend l'importance de celle qu'a acquise celle de la compagnie du métropolitain, il n'est pas acceptable de vouloir canaliser les voyageurs dans les directions diverses, au dépens de leur propre sécurité.

Ce qu'il fallait faire, c'était d'édifier dans chaque gare, entre les deux trains, un troisième quai, ou quai central, destiné à la sortie des voyageurs, quai muni d'un escalier de sortie et d'une porte spéciale. On aurait ainsi évité les bousculades terribles qui se produisent lors de la descente des voyageurs. Qui a vu des femmes et même des hommes un peu âgés ne pouvoir descendre à l'Etoile soit sur la ligne n° 1 ou la ligne n° 2 nord ?

Un flot de voyageurs se précipite, chacun sachant que seuls les premiers entrés dans les wagons pourront trouver des places assises.

Cette disposition devrait être adoptée dans les gares en construction à l'heure actuelle. Elle est la seule qui puisse faciliter la sortie des wagons et diminuer les bousculades, les heurts, sinon les coups qui arrêtent l'entrée ou la sortie des voitures et semblent de plus en plus empêcher les femmes, les enfants ou les gens un peu délicats de se servir de ce moyen de locomotion.

Sur les lignes actuellement exploitées, il est indispensable de créer un deuxième escalier pour la sortie, soit au milieu du quai ainsi qu'il a été fait à la station du Palais-Royal, soit à l'extrémité opposée à celle de l'entrée.

Les barrières actuelles n'ont été placées que pour éviter les frais de sorties nouvelles et d'employés supplémentaires. Elles retardent la sortie des voyageurs et favorisent l'encombrement. Les Parisiens ne les supportent qu'avec peine. Pour nous, nous les dénonçons à l'attention des hygiénistes. Certaines semblent avoir été placées pour favoriser l'écrasement des foules en cas de sinistre. Comment expliquer autrement la sortie de Denfert-Rochereau qui contourne le kiosque où l'on distribue les billets, les stations de la gare de Lyon et de place de la République où ces barrières se continuent en formant des angles droits. Et ces exemples pourraient être multipliés.

De quelle écrasante responsabilité ne craignent-ils donc pas de se charger, ceux qui n'ont pas hésité à rendre possibles des catastrophes nouvelles pour des raisons d'économie ?

(*A suivre*).

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'épuration biologique

Il est de plus en plus question depuis quelque temps de divers procédés à employer pour se débarrasser des eaux d'égout afin d'arriver à ne plus polluer les fleuves et les rivières. Aussi croyons-nous devoir renseigner nos lecteurs, dont beaucoup font partie des conseils élus ou des conseils d'hygiène, sur ce qui se fait par la ville de Paris et par le département de la Seine.

Les expériences d'*épuration biologique* au jardin municipal de Gennevilliers se poursuivent toujours soit sur les lits de mâchefer à triple contract et avec des matériaux de dimensions réduites, soit sur des lits constitués par de gros matériaux. Sur les lits de mâchefer à triple contract, les expériences d'épuration sont effectués à la dose de 1.000.000 mc. par hectare et par an.

Dans une partie des lits, l'alimentation est continue : dans l'autre, elle est intermittente, c'est-à-dire que la quantité d'eau correspondant à la dose annuelle de 1.000.000 mc. est distribuée en 8 heures ; l'alimentation est donc trois fois plus rapide que dans les lits à écoulement continu.

Les résultats obtenus par écoulement continu sont généralement satisfaisants ; l'écoulement intermittent donne des résultats moins favorables.

Dans les lits à gros matériaux constitués par une masse de caillou de 1 m.60 de hauteur sur laquelle sont superposées une couche de gravillon de 0 m. 10 d'épaisseur et une couche de sable de 0 m. 15, l'alimentation intermittente dure 12 heures par jour et correspond à une dose annuelle de 500 000 mc. à l'hectare. Les résultats étaient moins satisfaisants que ceux obtenus par le passage de l'eau à travers les lits à triple contract. Mais on vient de changer le mode de distribution des eaux en les répartissant d'une façon très régulière au moyen d'un tourniquet analogue à ceux qui sont employés dans diverses installations en Angleterre et en Amérique et il convient d'attendre les résultats obtenus par cet appareil pour comparer ces essais avec ceux des lits de contract à matériaux fins.

Voici maintenant quelques détails sur l'*épuration bactérienne départementale*. — Le service du département de la Seine exécute actuellement les travaux pour épuration bactérienne de 10,000 mc. par jour du côté d'Alfortville ; les bassins et *septic-bancks* sont en cours de construction ; on pense que les eaux pourront y être épurées dans les premiers mois de l'année prochaine.

Tableau statistique du nombre des immeubles et des systèmes de vidanges en usage à Paris, au 1er septembre 1906

Nombre d'immeubles..................	73.625
Chutes d'aisances....................	161.730
Ecoulements directs (nombre d'immeubles)	41.350
Appareils filtrants....................	13.076
Fosses fixes...........................	33.088
Fosses mobiles.........................	9.411

THÉRAPEUTIQUE

Le problème de la *médication phosphorée rationnelle* n'a été résolu que par la découverte de la phytine.

La Phytine est le seul principe phospho-organique *naturel* permettant l'administration de doses réellement actives de phosphore assimilable.

Formes pharmaceutiques : Cachets, granulé, comprimés et gélules.

Conseil matrimonial. — Un curieux projet de loi vient d'être introduit dans la législature de l'Etat de Minnesota. Il est intitulé : « Bill pour l'amélioration de la race », et il interdit le mariage sous peine de fortes amendes aux individus atteints de folie, de phtisie et autres tares déterminées. Un certificat devra accompagner toutes les pièces requises pour contracter le mariage qui est de plus interdit aux femmes ayant dépassé 45 ans. (*Lyon Médical*).

VARIA

Avantages et inconvénients de l'écriture droite et penchée.

Sur l'invitation de l'éminent et regretté professeur M. Brouardel, M. Desnoyers, professeur de calligraphie, a fait aux Sociétés Savantes une communication devant les membres de la Société de médecine publique, sur le genre d'écriture qu'il faut enseigner de préférence aux enfants du premier âge, si l'on veut leur donner l'écriture qui répond le mieux aux besoins de la vie et de l'hygiène.

Dans un exposé très documenté, il a fait ressortir que nos





Fig. 29 et 30.
Photographies d'un des enfants qui ont écrit devant les membres de la Société de médecine publique et de Génie sanitaire.

pères, vers la fin du XVIe siècle, avaient abandonné l'écriture droite pour l'écriture penchée, parce que cette dernière est plus rapide, et que les abréviations qui rendaient la lecture des manuscrits de cette époque si difficile disparurent avec l'écriture penchée.

Mais la position qu'il fallait prendre pour faire cette nouvelle écriture souleva les plus vives récriminations de la part des hygiénistes, et, plus tard, des membres de la Société de médecine publique eux-mêmes ; c'est que la position du cahier était restée droite comme pour l'écriture droite.

Lorsque M. Desnoyers fit sa méthode, il y a 20 ans, il donna pleine satisfaction à l'hygiène, tout simplement en inclinant le papier.

A l'appui de ces démonstrations, il a fait des expériences sur des enfants au buste nu, et muni d'un fil à plomb. Les

spectateurs ont pu se convaincre alors que l'écriture penchée permettait aux enfants qui écrivaient devant eux de garder une attitude naturelle, tandis que l'écriture droite donnait inévitablement une déviation vertébrale, et qu'enfin, l'écriture penchée était plus rapide.

Le Docteur Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière (Clinique Charcot), a pris également la parole pour faire remarquer que l'écriture droite, cahier droit, qui exige un déplacement constant du coude droit, occasionne aux muscles qui se rattachent à l'épaule une fatigue qui peut dégénérer en *Crampes des Écrivains*, et que cet inconvénient ne se présente pas dans l'écriture penchée, cahier incliné, qui permet l'immobilité du coude droit.

D'après la méthode Desnoyers, la position oblique du cahier présente aux yeux des traits perpendiculaires, ce qui donne entière satisfaction à l'hygiène de la vue.

La même communication, accompagnée d'expériences, a été faite au dernier Congrès pour l'avancement des sciences à Lyon, où les congressistes ont entièrement partagé la manière de voir de M. Desnoyers. C'est donc la fin des tâtonnements, car, maintenant, l'on peut se faire une opinion bien précise sur l'écriture qui convient le mieux au développement physique de l'enfant et aux nécessités de la vie. Ces travaux intéressants auront, espérons-le, près des pouvoirs publics, le retentissement désirable, pour que l'écriture droite soit désormais bannie de l'enseignement officiel.

La valeur de la graphologie.

Sous ce titre, le *Temps* relate, dans un article ironique, les résultats de l'enquête menée par M. Alfred Binet, directeur du laboratoire de psychologie à la Sorbonne, qui a interrogé un certain nombre d'autorités en graphologie.

M. Georges Montorgueil cite, dans l'*Eclair*, quelques exemples des jugements ridicules qu'ils ont portés sur l'écriture de personnages connus. Entre deux écritures, celle de M. Bergson, profond métaphysicien, professeur au Collège de France, et celle d'un simple appariteur, c'est dans la seconde qu'un graphologue reconnaît les signes d'une puissante intelligence. Mme Ungern-Steinberg, qui fait, paraît-il, autorité dans la partie, après avoir consciencieusement étudié une page d'écriture de Renan aurait rendu ce verdict : « Intelligence originellement médiocre et peu cultivée. De réflexion, peu. En revanche, la crédulité et le bavardage s'accentuent ». M. Crépieux-Jamin a reconnu en Renan un « esprit clair et délicat », ce qui est un peu mieux. « mais « n'atteignant pas au talent »! Sur Vidal, le tueur de femmes, les graphologues se sont surpassés, l'un a pris son écriture pour celle « d'une jeune fille qu'il faut classer dans les caractères tempérés ». Un autre y a démêlé les symptômes de « beaucoup de talent », et il a ajouté : « Quoique nous n'ayons jamais vu le graphique de Taine, c'est un peu ainsi que nous nous le représentons. En tous cas, celui qui a écrit ces lignes était un penseur. » Il est inutile d'insister et les graphologues paraissent de taille à rendre des points aux experts en écriture du procès Dreyfus, qui ont fait déjà une réputation à la « science » graphologique qui aura peine à s'en relever.

La Reconstruction de l'Hôpital Beaujon.

Il est question de la reconstruction de l'Hôpital Beaujon. Le nouvel hôpital, qui desservira les quartiers du Roule, Champs-Elysées, Madeleine, Europe, Batignolles, Ternes, porte Dauphine et Chaillot, aura une surface de 50.000 mètres carrés et 800 lits.

Voici les renseignements qu'a donnés le *Journal des Débats*, qui paraît bien informé, sur les divers projets de reconstruction :

A plusieurs reprises, l'administration a trouvé des « occasions », notamment à Saint-Ouen et à Levallois-Perret. Mais dans le premier projet la distance (à plus d'une lieue de Beaujon), qui obligerait à un remaniement des circonscriptions hospitalières, et, pour le second projet, la cherté du terrain (70 fr. le mètre) paraissent de sérieux obstacles. Cependant, la démolition de l'hôpital actuel, dira-t-on, doit assurer, par la revente du terrain, une somme suffisante pour gager l'opération prévue. Oui, à condition qu'on trouve un emplacement peu coûteux. C'est ce que croit avoir découvert M. F. d'Andigné. Voici le projet que le conseiller municipal du quartier de la Muette soumettra à ses collègues : L'hôpital Beaujon serait reconstruit sur le terrain militaire compris entre les portes de Villiers et des Ternes, la route de la Révolte et le boulevard de Villiers, auprès de la route départementale de Versailles à Saint-Denis. La question d'indemnité à payer par la Ville à l'Etat serait réservée pour être discutée lors de la désaffectation des fortifications. Dès maintenant on peut être certain que la dépense serait inférieure au bénéfice réalisé par la vente des terrains. M. d'Andigné évalue ce bénéfice à environ 14 millions et demi : 23,196 mètres carrés, dont 5,000 à déduire pour l'emplacement de voies nouvelles, soit 18.000 mètres à 800 fr. l'un. Sans débours, la Ville aurait un nouvel hôpital « modèle », à l'usage des 8e et 17e arrondissements, d'une partie des 9e et 16e arrondissements et de la plupart des communes de la banlieue Ouest.

Médecins et Ministères.

A propos des mesures prises par M. Clémenceau contre les médecins de son ministère, le *Gil Blas* rappelle les services médicaux organisés dans chaque secrétariat d'Etat.

« Cinq ministères se passent de médecins : l'agriculture, les colonies, la guerre, la marine et même la justice, qui, malgré la claudication qu'on lui attribue, n'en possède pas et ne s'en porte pas plus mal. Par contre, le ministère du commerce et le ministère des travaux publics comptent à eux deux un effectif de soixante-trois médecins, dont dix doctoresses, et de quatre chirurgiens! C'est-à-dire plus que les hôpitaux...

Les affaires étrangères se contentent, comme l'intérieur, de quatre Esculapes, dont un dentiste et un pédicure ; les finances en ont une demi-douzaine et l'instruction publique cinq. Au nombre de ces derniers se trouvent un aliéniste et un accoucheur! L'agriculture, la guerre, les colonies, la justice et la marine sont-elles vraiment plus salubres que les autres administrations? Le commerce et les travaux publics détiennent-ils le record des maladies contagieuses? Et pourquoi cet accoucheur aux finances? Peut-être pour aider M. Poincaré à mettre au jour un projet de budget né viable !... »

Les informations du *Gil Blas* sont inexactes, les colonies, la guerre, la marine, sont pourvues de médecins dépendant de leurs corps de santé. Nous ne savons si l'agriculture a des médecins, mais la justice en possède. Quant aux 63 médecins des ministères du commerce et des travaux publics, ils comprennent, croyons-nous, les médecins des postes et télégraphes, qui ont un personnel de 7 à 8,000 employés à soigner. Le *Gil Blas* ignore que le corps médical des hôpitaux de Paris comprend plus de 300 médecins, sans compter les chefs de cliniques, assistants, chefs de laboratoire, dentistes, etc., etc.

La Consommation de l'alcool dénaturé en Russie.

La consommation de l'alcool de grains vendu par la régie continue d'être une des sources les plus sûres des revenus de l'Etat. M. Souvorine citait récemment à ce sujet dans le *Novoïé Vrémia* les chiffres suggestifs suivants; du 1er juillet 1901 au 1er juillet 1906, le gouvernement de Toula reçut, à raison de la famine qui y régnait, une subvention de 1.400,000 roubles; la consommation de l'alcool y passa pendant la même période de 5,000 000 à 6,200,000 roubles. Le Trésor encaissa donc en impôts indirects trois fois environ ce qu'il avait déboursé à titre de secours.

Un autre abus contraire à la santé publique s'est introduit depuis le mois dernier, à la suite de l'ordonnance ministérielle qui autorise la vente de l'alcool dénaturé. Cet alcool est destiné exclusivement à l'éclairage et au chauffage, mais les paysans russes en ont compris différemment l'introduction dans le commerce. Ils ont cru que le gouvernement, en considération de la pauvreté générale et par charité, avait voulu mettre en vente un spiritueux moins cher que la vodka: ils attribuèrent aussi au nouveau liquide la vertu de procurer une double ivresse, la première quand on le consomme et la seconde le lendemain après ingestion d'un simple verre d'eau. Ils se mirent aussitôt à consommer l'alcool déna-

turé, auquel ils ajoutaient du sucre et des essences odorantes. Dans le gouvernement de Kief, plusieurs comptoirs s'ouvrirent et débitèrent ce mélange par grandes quantités.

Les journaux russes dénoncent des cas d'empoisonnement suivis de mort, notamment celui d'un prêtre invité à un repas de baptême, et demandent que le ministère des finances intervienne pour empêcher ou restreindre le débit de l'alcool dénaturé. (*Le Temps.*)

Journal amusant médical de Munich.

A l'occasion du congrès de médecine interne tenu à Munich au mois d'avril, la rédaction du journal *Münchener med. Wochenschrift* a édité un numéro spécial, qui nous fait connaître l'humour de nos confrères allemands. L'article de tête, signé : Crapulowski et Tulpensohn, traite des protozoaires, qui engendrent les lipomes et de leur application utilitaire. Après une préparation des plus fantaisistes, les animalcules furent ensemencés sur sérum humain et la pullulation fut tellement intense qu'au bout de six heures la tumeur avait le volume d'un mammouth. Donnée en pâture aux cochons, ces animaux atteignirent en 15 jours le poids de 1685.4 kg. Bien entendu, les ministres de l'intérieur et de l'agriculture se firent acquéreurs du procédé afin de combler le déficit en viande, que les hygiénistes allemands avaient si souvent signalé. Enfin le peuple allemand aura la ration nécessaire d'albumines! Les auteurs étendirent leur procédé aux microbes du myome, et réussirent à faire en six jours d'un veau un bœuf de mille kilos. Cette fois, c'étaient les meatpakers de Chicago qui achetèrent le secret de fabrication. Les protozoaires des tumeurs ovariennes, convenablement cultivés et donnés en pâture aux poules, firent monter la ponte journalière de 1 à 86 œufs, de sorte que tout bon Allemand aura dorénavant, comme les sujets de Henri IV, non une poule au pot le dimanche, mais une bonne omelette de 12 œufs tous les matins. Au dernier moment, juste avant la session, arriva le télégramme confirmant la possibilité d'augmenter dans la même mesure le frai de poisson vendu sous le nom de caviar et le rapporteur put inviter les membres présents à un déjeuner monstre de caviar et là-dessus tout le monde s'en alla plein de respect pour la science.

Le Dr Coputt entretint, dans l'après-midi, la docte assemblée sur les anomalies du crâne des professeurs : il y a là des hydrocéphales, microcéphales, acrocéphales, etc., etc. M. Wosserhopf fit une courte communication sur un nouveau produit « le Diagnosticin », dont le praticien n'a qu'à avaler deux tablettes pour ne jamais se tromper de diagnostic. Le médicament n'est vendu qu'aux patriciens reçus docteurs, pour ne pas rendre les épreuves cliniques trop faciles. Comme hypnotique, on vanta le Dramosol (pièce en 6 actes du Prof. X), anodin, mais d'un effet sûr.

Dans le même style, sont passés en revue la visite d'un chef, les réformes universitaires, les médecins militaires, les livres récents, etc., etc. Amusante est la lettre de Paris : Doyen opérant une bonne femme, la fameuse aubergiste de la chanson, qui possédait, entre autres belles choses, son accoucheur. Lorsqu'il voulut la délivrer, il joua de malheur, tomba dans l'utérus et ne put plus être retrouvé. En français, tout cela ne rime pas, mais continuons. Ne pouvant pas arriver à faire son diagnostic, Doyen fit venir le fameux radiologue, Dr Regmann, qui reconnut la présence dans la matrice d'un squelette d'un homme de 50 ans au moins. Comment faire ? Un forceps ne pouvait réussir, une symphyséotomie aurait abîmé le bassin, restait la laparotomie. En moins de dix secondes, sortit la tête de l'accoucheur qui entonna le chant de Brunehilde : « Salut à toi, soleil (Doyen fait la révérence), salut à toi, lumière du jour ! (Doyen fait une nouvelle révérence) Quel est le héros qui m'a délivré ? (Doyen s'incline pour la troisième fois) ». Drumont, assistant à la scène, s'écrie : « Nix deutsch, parlez-vous français ? » L'accoucheur délivré ne sait que répondre : « Café, oui, merci, bon, bon ! » En fin de compte, tout le monde est décoré par Fallières, et le nouveau-né est disputé par toutes les belles dames qui assistaient à l'opération.

Non moins fantaisistes étaient les comptes rendus de sociétés savantes, les décisions des tribunaux d'honneur. Des poésies médicales et un petit acte en vers terminent ce curieux numéro. Toutes ces élucubrations, plus ou moins drôles, doivent être lues dans le texte, car la traduction leur enlève la saveur originale. Retenons cette boutade très vraie sur le « scientifique raseur » : La poule, quand elle a pondu un œuf, caquette pendant quelques minutes, puis tout est dit. Le scientifique caquette au moins vingt-cinq fois sur chaque ineptie qu'il a pondu. Un confrère français a exprimé la même idée en paroles plus réalistes : « Le scientifique, quand il a pondu une m...., bat la grosse caisse autour, pour inviter tout le monde à venir la renifler ! »

Les cavernes décorées de l'âge de la pierre taillée.

A l'Académie des inscriptions et belles-lettres, l'abbé Breuil a décrit six cavernes ornées de peintures et de gravures de la province de Santander (Espagne), qu'il a explorées sous la conduite de M. del Rio et du R. P. Sierra, qui les ont découvertes. Ces cavernes sont : 1° Hornos de la Pena, qui présente exclusivement des gravures où se reconnaissent chevaux, bisons, bouquetins et une extraordinaire figure anthropoïde munie d'une queue (peut-être un singe) ; 2° San Isabel, où se trouvent quelques grossières images, d'une antiquité peut-être moins grande, faites avec le doigt sur le plafond argileux ; 3° Covalanas, à Ramales, ornée de fresques rouges ponctuées, figurant un cheval, un bœuf (?) et de nombreuses biches ; 4° la Haza, toute voisine de la précédente, et contenant des peintures de la même technique où l'on reconnaît des chevaux et des canidés ; 5° la Venta de la Perra, à Molinar (Biscaye), mais à quelques mètres de la province de Santander, avec des gravures très archaïques de bisons et d'ours des cavernes ; 6° la grande caverne de Castillo, à Puento-Viesgo, qui est remplie de nombreux dessins gravés ou peints. Les gravures, les unes très creusées, les autres fort légères, figurent des chevaux, des cerfs, des biches, des bisons et des bouquetins ; les peintures se subdivisent en : 1° mains cernées de rouge au nombre d'environ cinquante ; 2° dessins linéaires primitifs, noirs ou rouges : chevaux, bisons, cerfs ; 3° dessins du même genre, mais plus modelés ; 4° fresques polychromes semblables à celles d'Altamira et figurant exclusivement des bisons : 5° des figures rouges diverses : disques, figures tectiformes, scaliformes ou scutiformes ; la figure la plus remarquable est celle d'un éléphant dessiné au rouge et semblant différer du mammouth.

MM. Rivière, Cartailhac, Capitan, Duleau, ont déjà décrit de nombreux exemples de cette primitive manifestation de l'art chez les tribus de la fin de l'âge de la pierre taillée. Les dessins et pastels relevés par l'abbé Breuil sont destinés à faire partie de la publication d'ensemble entreprise par le prince Albert de Monaco et complètent les précédentes recherches.

La prohibition de l'absinthe en Suisse.

La Suisse suit le bon exemple de la Belgique. Le *Temps* publie la dépêche suivante de son correspondant donnant les résultats du referendum sur l'interdiction de l'absinthe dans le canton de Vaud :

Le corps électoral du canton de Vaud était appelé hier à se prononcer sur la suppression ou le maintien de la loi cantonale interdisant la vente au détail de l'absinthe sur le territoire du canton. L'interdiction est maintenue par 22,530 *oui* contre 15,676 *non*.

Rappelons que cette loi prohibitive a été votée le 15 mai dernier par le grand-conseil du canton de Vaud, à la suite d'une pétition qui s'était couverte de 84,000 signatures, dont 25,000 électeurs — plus du tiers du total. Le crime commis à Commugny par un absinthique qui avait tué sa femme et ses deux enfants ne fut pas étranger à ce mouvement que vint encore appuyer une statistique terrifiante de la consommation de l'absinthe dans le canton de Vaud : 270,000 litres par an pour une population de moins de 300,000 âmes et, ce qui est à remarquer, dans une région essentiellement viticole.

Le vote de dimanche aura une répercussion considérable en dehors même du canton de Vaud. Il s'est formé, en effet, dans toute la Suisse des Comités pour organiser la lutte contre l'absinthe sur le terrain fédéral et on signe depuis quelques

semaines une initiative portant revision de la Constitution fédérale dans le sens d'une interdiction absolue de la fabrication, de l'importation, du transport, de la vente et de la détention de l'absinthe. Le succès de cette initiative paraît assuré.

Mutuelle générale des Médecins de France.

Avis. — Les 9/10e des Confrères inscrits à la *Mutuelle générale des Médecins français*, ou en instance de l'être, ont exprimé le désir de revenir aux deux caisses distinctes du projet du Dr Hyvert, avec liberté de n'appartenir qu'à une seule de ces deux caisses.

1° Maladie, secours, décès, et 2° retraite.

On sait qu'aux termes des statuts approuvés, les Sociétaires actuels sont tenus de s'assurer simultanément pour les cas de maladie, secours, décès et retraite.

D'autre part, le chiffre de la retraite a paru beaucoup trop faible à la plupart d'entre nous : il doit être augmenté pour répondre à son but.

Le ministère de l'intérieur autorise ces modifications statutaires. Nous conservons — pour accroître nos revenus — tous les droits des Sociétés de secours mutuels : membres honoraires, fêtes, loteries régulières, etc.

Les 842 médecins qui se sont intéressés à la *Mutuelle générale* sont priés d'adresser leurs avis et vote, à ce sujet, 8, rue Etienne-Marcel, à Paris, avant le 5 octobre, ou mieux encore, mais toujours avant le 5 octobre, la promesse d'assister à l'assemblée générale du 15 octobre. Cette assemblée doit ratifier tous changements aux statuts en vigueur : l'approbation ministérielle sera donnée un mois et demi plus tard.

A partir du 15 octobre, tous les Sociétaires seront mis au courant, grâce au concours gratuit d'un journal de médecine, de tout ce qui intéresse la *Mutuelle générale des Médecins*.

Un cas de mangeuse de sucre.

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui, pour céder à un besoin irrésistible, se nourrit presque exclusivement, depuis plusieurs années, de sucre de canne, dont elle mange environ 4 livres par jour. Dans l'urine on ne rencontre que de temps en temps de faibles quantités de sucre. La muqueuse de la bouche et du pharynx est dans un état de tuméfaction et de rougeur chronique. (*Centralblatt für inner. Mediz.*)

La mort de l'appendicite.

Détaché d'un petit journal pharmaceutique qui s'intitule : *Portez-vous bien* :

La mort de l'appendicite.

BALLADE

Elle a vécu ce que vivent les roses,
La maladie au nom coquet et smart.
Destin fatal des plus aimables choses,
La Mode vient de la mettre au rancart,
L'avoir encor serait retardataire :
Les médecins, par décrets absolus,
Ont tout changé — où donc es-tu, Molière ? —
L'appendicite ne se porte plus.
Hier encor, pour l'ombre d'un malaise,
Pour un soupir, pour un peu moins que rien,
On vous mettait le ventre en mayonnaise :
C'était réglé, c'était chic, c'était bien.
Le nouveau jeu, c'est l'entéro-colite.
Ça durera deux ans, trois... Au surplus,
Nous verrons bien. Mais du moins, dans l'élite,
L'appendicite ne se porte plus.
Adieu ciseau, bistouri, ligature.
Pinces d'acier au nickel éclatant !
Où donc es-tu joyeux point de suture
Qu'un Jalaguier fignolait en chantant ?
Où donc es-tu, doux choc opératoire,
Qui nous laissait à tout jamais perclus ?
Tout, ici-bas, hélas ! est transitoire...
L'appendicite ne se porte plus.

ENVOI (*en forme d'appendice*)

Princes de la Science, en notre épiderme,
N'introduisez plus vos scalpels goulus,
C'est fini d'ouvrir. Oust ! Messieurs, on ferme.
L'appendicite ne se porte plus. Jules Hep.

LES CONGRÈS

1er Congrès International d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme.

(Loi du 11 novembre 1905. Paris : 22-27 octobre 1906.)

Le Congrès international d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme, se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 27 octobre 1906.

Toutes communications, demandes de renseignements, lettres, doivent être adressés à M. C. Nourry, secrétaire général, 49, rue des Saints-Pères, Paris, et les demandes et cotisation à M. Gaston Menier, député, trésorier, à Paris.

Ce Congrès organisé par la Société d'hygiène alimentaire est placé sous le haut patronage de : M. A. Fallières, Président de la République, et de M. Loubet, ancien Président de la République, et la présidence d'honneur de ; M. le Président du Conseil, M. le Ministre des Finances, M. le Ministre de l'Intérieur, M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, M. le Ministre de la Guerre, M. le Ministre de la Marine, M. le Ministre de l'Agriculture, M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, M. le Ministre des Colonies, M. le Ministre des Affaires Etrangères.

Son bureau est ainsi composé :

Président : M. le docteur H. Ricard, sénateur de la Côte-d'Or, président de la Société d'Hygiène alimentaire. *Secrétaire général* : M. C. Nourry, secrétaire général de la Société. *Secrétaires* : MM. le docteur Henri de Rothschild ; S. de Raczkowki, chimiste principal au Laboratoire Municipal de Paris. *Trésorier* : M. Gaston Menier, député de la Seine-et-Marne, trésorier de la Société.

Programme des questions a traiter. — *Bureau parisien de la 1re division : recherches scientifiques : Président d'honneur* : M. Berthelot ; *Présidents* : MM. Charles Bouchard, Armand Gautier.

1re section. — Physique biologique. — Energétique. — Présidents : MM. les professeurs d'Arsonval, A. Chauveau.

Questions : 1° Méthodes de calorimétrie humaine. *Rapporteurs* : MM. W. O. Atwater (Middletown) ; M. le docteur Pompilian (Paris) ; J. Lefèvre (Le Havre). — 2° Besoins de chaleur du corps humain, aux divers âges et dans les différents climats. — 3° Mesure du travail physiologique. *Rapporteurs* : MM. le docteur Weiss (Paris) ; le professeur Zenger (Prague) ; J. Lefèvre (Le Havre). — 4° Mesure du travail professionnel musculaire, *Rapporteurs* : MM. J. Tissot (Paris) ; Lucien Camus (Paris) ; le professeur Imbert (Montpellier) ; J. Lefèvre (Le Havre). — 5° Mesure du travail intellectuel. — 6° Vérification des besoins énergiques. Méthodes et formules d'énergétique. *Rapporteurs* : MM. Ernest Solvay (Bruxelles) ; Charles Henry (Paris) ; le professeur Laulanié (Toulouse) J. Lefèvre (Le Havre).

2e Section. Chimie biologique et Physiologie. — Président : M. le professeur A. Dastre.

Questions. — 1° Etat présent des connaissances et des théories sur la nutrition. Déterminer les conditions de la nutrition normale. Minimum des aliments organiques et minéraux ainsi que des boissons nécessaires. Quantité minima d'oxygène. Valeur du coefficient respiratoire. Influence de la minéralisation sur la formation des tissus. Rôle des substances colloïdales dans la nutrition. Ferments solubles et ferments figurés dans la digestion et la nutrition. *Rapporteurs* : MM. le professeur E. Pfluger (Bonn) ; le docteur Degrez (Paris) ; le docteur Gaube, du Gers (Paris) ; le professeur Lambling (Lille) ; V. Henri (Paris) ; le docteur René Gaultier (Paris) ; M. Fauvel (Angers) ; le professeur Albert Robin (Paris) ; le professeur von Bange (Bâle). — 2° Définition précise de ce qu'il faut entendre par un aliment. L'observation de l'isodynamie dans la composition des rations doit-elle être considérée comme suffisante, le minimum d'albuminoïdes et de minéraux étant respecté ? *Rapporteurs* : MM. le professeur Armand Gautier (Paris) ; J. Lefèvre (Le Havre) ; le professeur Héger (Bruxelles). — 3° Valeur glycosique des aliments. Quel compte en doit-on tenir dans l'établissement des rations ? *Rapporteurs* : MM. le professeur H. Zuntz ; le professeur Lambling (Lille) ; le professeur Max Rubner (Berlin) ; le professeur Chauveau (Paris) ; J. Lefèvre (Le Havre). — 4° Digestibilité

des aliments. Nombre *optimum* de repas. Durée du repos après le repas. Critique des méthodes employées pour déterminer la digestibilité. Influence de la préparation des aliments sur la digestibilité. *Rapporteurs* : MM. les docteurs Linossier (Paris) ; le docteur Bardet (Paris) ; le docteur von Noorden (Francfort. — 5° Synthèse chimique des aliments physiologiques. — 6° Classification des aliments d'après leur valeur physiologique. Valeur et danger des aliments nervins. L'alimentation. *Rapporteurs* : MM. le professeur Pouchet (Paris) ; le docteur Pascault (Cannes) ; Fauvel (Angers) ; le docteur Lapicque (Paris) ; J. Lefèvre (Le Havre).— 7° L'alcool est-il un aliment ? Abus et dangers de l'alcool. *Rapporteurs* : M. le professeur A. Gautier. — 8° Comment préciser par des caractères physiques ou chimiques faciles à reconnaître la valeur nutritive d'une substance alimentaire de façon à pouvoir introduire cette valeur nutritive comme élément dans la fixation de la valeur commerciale ! *Rapporteurs* : M. Maquenne (Paris). — 9° La stérilisation nuit-elle au développement de la flore stomacale et intestinale utile ? L'alimentation peut-elle maintenir et favoriser l'immunité naturelle ? *Rapporteurs*: M. le professeur Charrin (Paris) ; M. le professeur Metchnikoff (Paris). — 10° Alimentation défectueuse ou insuffisante. — Suralimentation et alimentation surabondante. Maladies qui en résultent. Les régimes dans les maladies (tuberculose, foie, arthritisme, etc.) *Rapporteurs* : MM. Albert Robin (Paris); Vaquez, Laufer (Paris).

3e *section.— Alimentation rationnelle.—Diététique. Présidents* : MM. le docteur Grandeau, le professeur Chantemesse.

1° Etat de l'alimentation populaire au commencement du XXe siècle chez les différents peuples (enquêtes directes et indirectes, valeur physiologique des rations actuellement consommées dans les diverses localités). *Rapporteurs* : MM. le professeur Waxweileir (Bruxelles) ; Hirschfeld (Berlin) ; Labbé (Paris) ; J. Tribot (Paris) ; Piéquet (Rouen) ; Slosse (Bruxelles) ; Dr Ioteyko (Bruxelles). — 2° Ration d'entretien aux divers âges. *Rapporteur* : M. le professeur Maurel (Toulouse).— 3° Détermination de méthodes rigoureuses d'établissement des rations alimentaires appliquées à la croissance et au travail. Procédés de calcul. Tables usuelles. Quel compte doit-on tenir de la relation nutritive (rapport nutritifs) ? *Rapporteurs* : MM. le professeur Atwater (Middletown) ; le professeur Max Rubner (Berlin) ; J. Alquier ; Henri Labbé (Paris) ; J. Lefèvre (Le Havre). — 4° Sous-sections spéciales à créer pour les applications à la ration alimentaire. *a*) Des nourrices et des nourrissons. *Rapporteurs* : MM. les docteurs Michel et Perret (Paris) ; le docteur Variot : le docteur Henri de Rothschild. *b*) De l'adolescence dans la famille et en pension. *Rapporteur* : M. le docteur Le Gendre (Paris). *c*) Du travailleur manuel à l'usine, à l'atelier et au chantier. *Rapporteurs* : MM. le professeur Imbert (Montpellier ; J. Lefèvre (Le Havre). *d*) Du travailleur intellectuel. *Rapporteur* : M. le docteur Maurice de Fleury (Paris). *e*) Du travailleur des champs. *Rapporteur* : M. le professeur Grandeau. *f*) Des professions manuelles féminines. *Rapporteur* : M. le docteur Mlle Pompilian. *g*) Du soldat. *Rapporteurs* : MM. Balland ; le docteur Derouineau. *h*) Du marin. *Rapporteurs* : MM. Léonard : le docteur Robert ; Florand (Paris). *i*) Du colon. *Rapporteurs* : MM. le docteur M. Loir (Paris) ; le professeur G. Reynaud (Marseille). *j*) Des sportsmen, *Rapporteur* : M. J. Lefèvre (Le Havre).

4e *Section— Chimie analytique.—Falsifications.—Législation.*

1° Tables chimiques (et catégoriques si possible) des aliments dans les divers pays, avec indication des déchets (refuses) s'il y a lieu. *Rapporteurs* : MM. E. Roux (Paris) ; Sidersky (Paris) ; Balland (Paris). — 2° Peut-on définir les caractères précis, physiques et chimiques des types d'aliments manufacturés (pure foods) ? Quels sont ces caractères ?. — 3° Méthodes d'analyses. *Rapporteurs* : — Vins. M. A. Gautier ; Bière : MM. Fernbach et Effront ; Cidre : M. Kayser; Spiritueux : MM. Lévy et Rocques ; Lait : MM. de Raczkowski et Chassevant ; Beurre : MM. Muntz, Silz et Crispo ; Fromages : MM. Trillat et Lindet : huiles comestibles : M. Bellier (Lyon) ; Graisses, suif . M. F. Jean ; Saindoux, margarines, huiles de coco : M. Wismann (Leyde). — 4° Indiquer les falsifications auxquelles sont actuellement soumis les aliments dans chaque pays. *Rapporteurs* : MM. le professeur Parodi (Le Caire) ; le docteur L. Weil (Strasbourg) ; Paclé (Paris). — 5° Le contrôle opéré par les associations de producteurs sur les produits fabriqués par leurs membres est-il susceptible de prévenir la falsification de ces produits ? Peut-il faciliter la répression des falsifications ultérieures ? Expérience du Danemark, des Pays-Bas et autres pays. Coopératives agricoles. Certificats d'origine. 6° Sous-sections spéciales : *a*) Unification des méthodes d'analyse des denrées alimentaires dans les laboratoires officiels en vue de la détermination et de la répression des falsifications. *Rapporteurs* : MM. André (Bruxelles) ; Sidersky (Paris) ; H. Wiley (Washington) ; Bonn (Lille). *b*) Unification de la législation internationale en matière de fraudes et de falsifications des aliments de l'homme. *Rapporteur* : M. Grognard (Bruxelles). *c*) 1° Organisation des services d'inspection et de contrôle de la fabrication, de la production et de la vente des denrées alimentaires dans chaque pays. Etat actuel. Amélioration à y apporter : 2° Réglementation de l'hygiène et de la salubrité des emballages et des magasins destinés à l'entreposition et à la vente des aliments de l'homme. *Rapporteurs* : MM. le docteur Louis Weil (Strabourg) : le professeur Blarez (Bordeaux). *d*) Les laboratoires municipaux et départementaux. Fonctionnement actuel. Amélioration. 7° Les lois de répression des fraudes et falsifications peuvent-elles suffire à assurer l'hygiène alimentaire ? A quelles conditions ? — 8° Expertises alimentaires. *Rapporteurs* : MM. Fayolle et Dervieux.

5e *Section. — Bactériologie. Toxicologie. Parasitologie. — Président* : M. le docteur C. Roux. 1° Produits d'altération dans les viandes, les œufs et les gâteaux à la crème. *Rapporteur* ; M. Le docteur Ogier. — 2° Viandes, organisation des marchés et halles. Viandes frigorifiées, Viandes en général, volailles, poissons. *Rapporteur* : M. Martel. — 3° Les parasites de la viande. *Rapporteur* : M. le docteur Martel. — 4° Parasites des cadavres. *Rapporteur* : M. le docteur Dervieux. — 5° Légumes toxiques. *Rapporteur* : M. Kohn-Abrest. — *Questions diverses.* — De la tuberculinine, sa présence dans le lait. *Rapporteurs* : M. le docteur Baudran. Action de la tuberculinine (tuberculinase) modifiée sur les vaches tuberculeuses. *Rapporteur* : MM. Baudran et Andrieu.

Prophylaxie des contagions par l'alimentation. Lait. (tuberculose). *Rapporteur* : M. Calmette (Lille). Toxicité résultant des impuretés qui peuvent accompagner les substances entrant dans la fabrication de certaines denrées alimentaires, ou que la fabrication peut y introduire. Bières et sucreries arsenicales, présence de métaux toxiques dans les conserves alimentaires, etc. Antiseptiques. Toxicité et recherche. *Rapporteurs* : MM. H. Wiley (Washington) ; le professeur Blarez (Bordeaux). — 6e *Section. — Statistique. Enseignement. Voies et moyens. Président* : M. Emile Levasseur. 1° Prix de la nourriture (consommation) dans les villes et les campagnes des divers pays au siècle dernier et au commencement du XXe siècle. Part de l'impôt dans le prix des aliments usuels dans les divers pays et leurs agglomérations urbaine. *Rapporteur* : M. Yves Guyot (Paris). — 2° Centres de production et origine des aliments usuels, statistique de la production. Prix à la production, à la fabrique et sur les marchés de gros. — 3° Moyens d'approvisionnement les plus propres à assurer, au meilleur marché, l'alimentation des travailleurs des villes. — 4° Etat présent de l'approvisionnement en denrées alimentaires des centres urbains et des campagnes, dans les différents pays. Améliorations possibles. Statistiques officielles ou particulières. — 5° *a*) La production mondiale suffit-elle aux besoins des populations ? *Rapporteur* : Yves Guyot (Paris). — *b*) La répartition des aliments est-elle satisfaisante entre les nations, leurs subdivisions administratives, les villes et les campagnes ? *c*) Voir si, comme l'a dit Malthus, il est exact que la population s'acroisse plus vite que les subsistances. *Rapporteur* M. Yves Guyot (Paris). — 6° Sous-section spéciale : Enseignement et vulgarisation des sciences appliquées à l'alimentation dans les établissements primaires, supérieurs et secondaires. Enseignement de l'alimentation rationnelle dans les établissements d'enseignement supérieur, notamment dans les Facultés des sciences et de médecine. *Rapporteurs* : MM. J. Mongel (Epinal) ; G. Bertrand, maitre de conférences à la Faculté des Sciences, chef de service à l'Institut Pasteur.

7e Section. — *Hygiène appliquée à la Technologie alimentaire. Transport* — *Présidents* : MM. Griolet, le docteur Villejean. 1° Hygiène appliquée à la technologie alimentaire. Procédés de préparation, de fabrication et d'emballage des denrées alimentaires. Etat présent. Défauts, améliorations à y apporter. Commissions spéciales à constituer pour préparer l'application des règles de l'hygiène à la technologie alimentaire). Laiterie. Meunerie. Boulangerie. Viandes. Epicerie. Denrées coloniales. Boissons fermentées. Légumes et fruits. Corps gras d'origine végétale. Produits sucrés et confiserie. Cuisine et pâtisseries, etc. *Rapporteurs*. Vins : MM. Sémichon et Mathieu ; Bières : MM. Fernbach et Effront ; Cidres : M. Kayser Spiritueux : MM. Lévy et Rocques ; Lait : MM. Henseval et Maurice Beau ; Beurre : M. Dornic ; Fromages : MM. Roger et Houdé ; Huiles comestibles : M. Dugast ; Graisses : M. F. Jean. — 2° Conservation des aliments par les agents physiques, chaleur, froid, électricité. — 3° *a*) Etat des industries agricoles alimentaires. Améliorations possibles au point de vue de l'hygiène alimentaire. *b*) Les industries agricoles de l'alimentation comportent-elles l'association des petits producteurs ? *c*) Y a-t-il avantage pour l'hygiène publique et les intérêts de la production à ce que ces industries se développent ? En cas affirmative, plus spécialement, dans quelles industrie ? — 4° Transport des denrées alimentaires. Améliorations à y apporter dans l'intérêt de l'hygiène publique. Part des frais dans les prix.

Bureau parisien de la 2e Division. — Applications sociales. Président d'honneur : M. Léon Bourgeois, *Président* : M. Jules Siegfried.

8e *Section. — Hygiène alimentaire et alimentation rationnelle dans la famille et hors la famille. — Président* : M. le professeur Landouzy, hygiène alimentaire dans la famille. — Devoirs de la mère de famille et de la maitresse de maison. Responsabilité. Conséquences pour la prospérité de la famille et la santé. Comptabilité alimentaire. Nombre et types des repas, etc. — 2° Alimentation populaire dans les établissements commerciaux. — Restaurants populaires, bouillons, crèmeries. Comparaison des prix. Types de repas selon les professions. Moyens d'y rendre possible l'alimentation rationnelle des travailleurs.

9e *Section. — Coopération et libre concurrence* : *Président* : M. Lourties. *Questions à traiter* : Coopération et libre concurrence. — Influence respective de la coopération et de la liberté de concurrence sur le prix des aliments dans les villes et les campagnes, tableaux comparés. Rapports directs du producteur et du consommateur. Y a-t-il avantage à se passer des intermédiaires ?

10e *section. — Assistance alimentaire. — Président* : M. Paul Strauss. *Questions à traiter* : a) Œuvres philanthropiques d'alimentation économique. — 1° Enfance. — Œuvres du lait. Crèches. Nourriceries. Pouponnats, etc. Cantines scolaires (types de repas). *Rapporteur* : M. J. Cerexhe (de Belgique). 2° Adultes. — Restaurants coopératifs. Restaurants de tempérance. Restaurants végétariens. Restaurants de dames seules. Institutions patronales d'alimentation : Réfectoires (types de repas). Magasins d'approvisionnement. Economats : leurs avantages, leurs dangers. Mesures propres à permettre le chauffage ou la cuisson des aliments des ouvriers et ouvrières dans les ateliers. *b*) Œuvres de bienfaisance et de charité. Organisation de l'assistance alimentaire privée, dans la famille et hors de la famille. Soupes populaires. Bons divers (pains, viande, lait, etc.). *c*) Assistance alimentaire publique.

11e *Section. — Prophylaxie sociale de l'alcoolisme et de la tuberculose par l'alimentation. — Président* : M. le docteur Cazeneuve. *Questions à traiter* : Moyens divers. *Rapporteur* : M Mongel (Epinal).

12e *Section. — Enseignement et vulgarisation de l'alimentation rationnelle de l'homme et de l'hygiène alimentaire à l'école et hors de l'école. — Président* : M. Ferdinand Buisson, député, président de la Ligue française de l'Enseignement. *Secrétaire* : M. Ch. Quillard, ancien chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine. — 1° Les phénomènes de la vie provoquée par l'alimentation peuvent-ils constituer une base solide de l'enseignement de la morale pratique ? 2° Place des questions d'alimentation dans l'enseignement ménager. — 3° Programmes et plans d'étude. Modèles de leçons. — 4° Place des questions d'alimentation rationnelle dans les cours professionnels. Programmes et plans de conférences dans les œuvres post-scolaires, les syndicats professionnels, au régiment, etc.

Congrès international d'Hygiène pratique. (Paris, 20-31 mars 1907). — Un Congrès international d'hygiène pratique, du plus haut intérêt social, aura lieu à Paris, du 26 au 31 mars prochain, sous la présidence de M. le professeur Raphaël Blanchard, membre de l'Académie de Médecine, assisté de MM. le Dr Janselme et le Dr Roger, médecins des hôpitaux : Jeannot, inspecteur de l'Enseignement ; le Dr Georges Petit, le Dr Jules Grand, le Dr H. Collière, le Dr Gouël, le Dr Quénu, professeur à la Faculté ; Jules Siegfried, Dr Arago, Maysounabe, etc., etc. Ce Congrès est divisé en huit sections, dans lesquelles seront étudiées : l'hygiène alimentaire, des campagnes, de l'habitation, des ateliers, des colonies, l'hygiène générale, la puériculture, l'hygiène de l'adolescence et enfin l'alcoolisme. Pour recevoir gratuitement le programme complet et conditions d'admission, s'adresser à M. Schær-Vezinet, secrétaire-général du Congrès, 15, rue des Petits-Hôtels, Paris (Xe).

Association française de chirurgie, XIXe Congrès. (Octobre 1906.) — Nous rappelons que le XIXe Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra lundi prochain, 1er octobre 1906, à Paris, sous la présidence de M. Monprofit (d'Angers). Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Chirurgie des gros troncs veineux. — Rapporteurs : MM. Lejars et Morestin. — 2° Foie et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire. — Rapporteurs : MM. Willems et Loison. — 3° Ectopie testiculaire et ses complications. — Rapporteurs : MM. Souligoux et Villar, MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Dr Walther, *secrétaire général*, 68, *rue de Bellechasse, Paris*.

Congrès international pour l'assistance des aliénés. *Milan, 26-30 septembre 1906*. — MM. les Drs Jules Voisin et Legrain ont été délégués par le gouvernement pour le représenter à ce Congrès.

Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille (du 7 au 13 octobre). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. de Montricher, secrétaire général, 7, rue Grignon, Marseille. Pour le programme détaillé, voir *Progrès Médical*, n° 36, du 2 septembre 1906.

3e Congrès international pour la répression de la traite des blanches (*Paris, 22-25 octobre 1906*). — Les cotisations au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.).

LES ÉPIDÉMIES

La fièvre jaune. — Les câblogrammes parvenus du Sénégal au ministère des colonies font connaître que l'état sanitaire du Sénégal, pour lequel on avait été inquiet, est bon, le cas de fièvre jaune signalé à Dakar est resté isolé. Néanmoins de récentes dépêches signalent les décès de deux européens.

La fièvre typhoïde. — A Tunis, la fièvre typhoïde sévit dans plusieurs quartiers. A l'hôpital militaire on compte plus de 140 malades ; plusieurs décès ont déjà été constatés. Les troupes sont allées camper sous la tente hors de la ville.

Le 155e d'infanterie, caserné à Commercy dans des baraquements insalubres, a quitté cette garnison par crainte de la fièvre typhoïde, pour se rendre au camp de Châlons, où résidait auparavant un bataillon de ce régiment.

A Reims, la fièvre typhoïde continue à régner ; on annonce la mort du soldat Garniser, du 132e d'infanterie. C'est le deuxième décès depuis la déclaration de l'épidémie.

Suicide a l'Hotel-Dieu. — *On se tue par frayeur de mourir.* — Hier matin, un poseur de rails, nommé Jean Arnal, âgé de quarante ans, atteint de la tuberculose, en traitement à l'Hôtel-Dieu, s'est précipité d'une fenêtre du second étage dans la cour de la pharmacie et s'est tué sur le coup. (*L'Aurore*, 11 sept.)

ASSISTANCE PUBLIQUE

Ecoles municipales d'infirmières et d'infirmiers.

Directeur de l'Enseignement : Dr BOURNEVILLE.

I. Salpêtrière.

L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le *lundi 8 octobre*, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. MONTREUIL, directeur de la Salpêtrière ; Eléments d'Anatomie, M. le Dr SCHWARTZ, ex-interne des Hôpitaux, prosecteur à la Faculté ; Eléments de Physiologie, M. le Dr J.-B. CHARCOT, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux ; Pansements, Mme le Dr EDWARDS-PILLIET, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr H. DE ROTHSCHILD, suppléant M. le Dr NETTER ; Hygiène, M. le Dr PAUL-BONCOUR, ex-interne des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des Hôpitaux ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les dames qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière, doivent se faire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er décembre. Les cours sont publics et gratuits.

II. La Pitié.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de la Pitié ouvrira ses cours professionnels le *jeudi 4 octobre*, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. ROGER, directeur de la Pitié ; Eléments d'Anatomie : M. MOREL, interne des hôpitaux ; Eléments de Physiologie, M. le Dr POULARD, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté ; Pansements, M. le Dr PETIT-VENDOL, ex-interne des hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr DUBRISAY, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux : Hygiène, M. le Dr REGNIER, ex-interne des hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des hôpitaux ; Massage (cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de la Pitié poivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er decembre. Les cours sont publics et gratuits.

III. Lariboisière.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de Lariboisière ouvrira ses cours professionnels le *vendredi 5 octobre*, à 8 heures du soir.

L'Enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. FAURE, directeur de Lariboisière ; Eléments d'anatomie, M. le Dr DAURIAC, ex-interne des Hôpitaux ; Eléments de Physiologie, Mme le Dr EDWARDS-PILLIET, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; Pansements, M. le Dr ISCH-WALL, ex-interne des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr L. TISSIER, accoucheur des Hôpitaux ; Hygiène, M. le Dr CORNET, ex-interne en pharmacie des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, Mme CHABOSEAU, lauréate de l'Ecole de Pharmacie ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE.

Les personnes qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er décembre. Les cours sont publics et gratuits.

IV. Bicêtre.

Les cours commenceront le 4 octobre. L'enseignement comprend les cours suivants : Administration, M. MULHEIM, directeur de Bicêtre ; — Anatomie et physiologie, M. le Dr BONNAIRE ; — Pansements, M. le Dr Julien NOIR ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nes, M. le Dr MOUCHOTTE ; — Hygiène, M. le Dr LAURENS ; — Petite pharmacie, M. le Dr CORNET ; — Massage (cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE.

A la distribution des prix et des diplômes qui a eu lieu à la Salpêtrière à la fin de juillet, ont été décernées les récompenses suivantes :

Officier de l'Instruction publique, M. DAURIAC (Jules-Stanislas), professeur d'anatomie à l'Ecole d'infirmières de Lariboisière. — *Officier d'Académie*, Mme CHEVALET (Nelly-Alice-Charlotte), surveillante de 1re classe à l'hospice de Bicêtre, Mme DESTABLÉ (Camille-Henriette), surveillante de 1re classe, maîtresse des cours primaires à l'école d'infirmières de l'hôpital Lariboisière, Mlle DUMONT (Olympe), surveillante des cours de l'école à l'hospice de la Salpêtrière, Mlle LAURENT, maîtresse des cours pratiques à l'hôpital de Lariboisière et M. le Dr MOREL (Louis), professeur aux écoles d'infirmières des hôpitaux de Paris, Mlle Clément, maîtresse des cours pratiques à l'Ecole de la Pitié.

FORMULES

LXXIX. — Contre les bronchites fétides et la gangrène pulmonaire.

Faire prendre de six à dix des pilules suivantes par 24 heures :

Créosote	
Iodoforme	ãã 0 gr. 05
Terpine	
Acide benzoïque	ãã 0 gr. 02
Térébenthine de mélèze	
Poudre de guimauve	ãã 0 gr. 06
Magnésie légère	

pour 1 pilule n° 100. (LEGROUX.)

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 9 au samedi 15 septembre 1906, les naissances ont été au nombre de 922, se décomposant ainsi : légitimes 665, illégitimes 257.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 836, savoir : 441 hommes et 395 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 0. — Rougeole : 2. Scarlatine : 1. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 0. — Tuberculose des poumons : 181. — Tuberculose des méninges : 17. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes 54. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 44. — Maladies organiques du cœur : 53. — Bronchite aiguë : 0. — Bronchite chronique : 9. - Pneumonie : 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire 54. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. – Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 11 ; autre alimentation : 70. – Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 11. — Hernies, obstruction intestinale 7. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright 34. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement 1. – Débilité congénitale et vices de conformation 21. – Débilité sénile 25 — Morts violentes : 43. — Suicides : 11. – Autres maladies : 104. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 55, qui se décomposent ainsi : légitimes 36, illégitimes 19

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DES BEAUX-ARTS ET DES CULTES. — Ont été nommés par des arrêtés du ministre en date de 12, 21 et 28 juillet, 4, 11, 18 et 25 août, 1er, 8 et 15 septembre 1906 :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs ROULET (LÉONARD), médecin au collège de Riom ; — *Officiers d'Académie* : AURÉGAN (JEAN), médecin à Lannion ; SERRE (S.-H.), médecin au lycée de Montpellier ; BLAYAC (HENRI), médecin à Bédarieux ; BOUSQUET (PAUL), médecin à Paris ; BRUNEAU (FRÉDÉRIC), médecin de l'hospice de Châteauroux ; CHLÉMOWITCH (DAVID), médecin à Couilly ; COUDOUR (GEORGES), médecin à Paris ; FIÉ (CÉLESTIN), délégué cantonal à Saint-Amand (Nièvre) ; GAVAR (FRÉDÉRIC), maire de Ponthièvre (Algérie) ; HURTEL (LOUIS), médecin à Hangest-en-Santerre (Somme) ; JAILLE (EUGÈNE), médecin de l'hôpital de Châteauroux ; JOUANNE, médecin à Guelma ; JOUVE (RAPHAEL), médecin aide-major de 1re classe au 13e chasseurs à Béziers ; MAHÉ (YVES), médecin à Pléhedel (Côtes-du-Nord) ; MACÉ (CHARLES), administrateur à l'hospice de Guingamp ; PASCAL (ALEXIS), médecin à Orange ; PELLEGRIN (HENRI), médecin à Villeneuve-de-Berg (Ardèche) ; ROLLIN (MAURICE), médecin à Paris ; ROUGET (JULES), médecin-major de 1re classe détaché à la section technique du service de santé ; TARDIF (JOSEPH), médecin à Longué (Maine-et-Loire).

CONCOURS DE MÉDECIN SUPPLÉANT A L'INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE. — MM. les docteurs qui désireront prendre part

au Concours du 10 décembre 1906 se feront inscrire à la Préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité). Le registre d'inscription est ouvert dès à présent ; il sera clos le 24 novembre à 4 heures. Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat. Il devra être âgé de 25 ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter. Aussitôt après la clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du Jury. La liste des membres de ce jury sera communiquée aux candidats admis qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devraient être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury. Le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Epreuves du concours. — 1° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ; 2° épreuve théorique de pathologie spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation) ; 3° épreuve de titres scientifiques et hospitaliers.

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis que trois candidats sont : 1° une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition) ; 2° une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades). Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points. Elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite.

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine. — Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 30 octobre 1906.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre à quatre heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Art. 4.— Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note «bien» le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie. *b*) Une composition de physiologie.
3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note «bien» le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine. *b*) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont: *a*) Une composition de médecine ; *b*) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année. (*Arrêté du 18 sept.*)

Concours pour l'obtention des bourses de pharmacie. — Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe aura lieu au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 30 octobre 1906.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qni ont subi avec la note « bien » les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen trimestriel ; 2° Les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant : Elèves à quatre inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° Botanique. — Elèves à huit inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° Matière médicale et pharmacie. — Elèves à douze inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° Chimie analytique et toxicologie

Candidats au diplôme supérieur. Section des sciences physico-chimiques : 1° Physique ; 2° Chimie. — Section des sciences naturelles : 1° Botanique ; 2° Zoologie. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier, qui ont été admis à ce grade avec la mention « bien », pourront obtenir sans concours une bourse de 1re année. (*Arrêté* du 18 sept. 1906).

Concours pour la nomination a six places d'élèves internes en pharmacie des hospices de Marseille. — Un concours pour la nomination à six places d'élèves en pharmacie des Hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 3 décembre 1906, à trois heures de l'après midi, dans l'Amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 heures à 5 heures du soir, jusqu'au 26 novembre inclusivement.

Récompenses accordées a la suite du Concours ouvert pour l'amélioration des casernements. — Le Ministre de la Guerre, sur la proposition de la commission spéciale a décerné des médailles d'honneur : à MM. Teyssier, médecin-major de 2me classe ; Duchène-Marullay, médecin-major de 2me classe ; Dupart, médecin-major de 2me classe ; Sabatier, médecin-major de 1re classe. — Des témoignages de satisfaction par lettre collective : à MM. Sandras, medecin-major de 2me classe ; Manceaux, médecin-major au 11e chasseurs à cheval.

Universite de Lyon. — M. Sambon, agrégé, est chargé du cours de chimie et toxicologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie pendant l'absence de M. Cazeneuve, député. — M. Planchu, docteur en médecine est chargé du 1er novembre 1906 au 28 avril 1907 des fonctions d'agrégé (accouchement) à la même Faculté.

Marine. – Une place de médecin de la santé du service sanitaire maritime est déclarée vacante à Marseille, conformément à l'article 2 du décret du 9 novembre 1904. Les candidats sont invités à produire dans un délai de 15 jours leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et toutes justifications utiles.

M. le médecin de 2me classe Le Berre du port de Brest est désigné pour embarquer sur le *Goëland* (section locale du Sénégal).

Hospices civils de Lille. — La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis qu'il sera ouvert le lundi 5 novembre 1906, à 8 heures du matin à l'Hôpital de la Charité, un concours public pour la nomination de 9 internes titulaires, 4 internes provisoires et 24 externes en médecine (service de la Faculté de l'Etat). Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Hospices rue de la Barre, 41, à Lille.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de 1.200 francs chacun, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Pour 1906, le concours sera ouvert le lundi 3 décembre. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 13 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Hôpital-hospice de Saint-Pons (Hérault). — On demande une surveillante générale, 700 fr. nourrie, blanchie et logée. S'adresser à M. le Maire.

Congrès allemand contre le cancer. Un congrès est ouvert à Heidelberg le 24 septembre pour examiner les travaux du professeur Otto Schmidt, de Cologne, sur le cancer et les moyens préventifs et curatifs qu'il a expérimentés. A ce congrès ont été invités, outre les principaux spécialistes allemands, de nombreuses notabilités du monde médical anglais et français, parmi lesquels MM. Segond, Metchnikoff, de l'Institut Pasteur, et Monprofit, d'Angers etc.

Inauguration de l'hôpital de Vitré. — M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, a inauguré hier le nouvel hôpital de Vitré. Il s'est ensuite rendu au collège Sévigné, nouveau collège de jeunes filles fondé dans un ancien couvent des Ursulines. M. Mirman a félicité la directrice, Mme Bourgis, pour la façon dont elle a compris l'installation du nouvel établissement. Puis a eu lieu un banquet où des discours ont été prononcés par M. le préfet, M. Garreau et M. Mirman. (*Le Temps.*)

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. Nina RODRIGUES, professeur de médecine légale à l'Université de Bahia, et celle du Professeur-Dr Hermann COHN, un des plus éminents oculistes, qui vient de mourir à Breslau, à l'âge de soixante-huit ans.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAUX DE PARIS : *Concours de l'externat.* — Question d'anatomie : Artère axillaire (sans les branches). Question de pathologie : Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aigüe. — Séance du 22 septembre : Question d'Anatomie : Ligament de l'articulation du genou ; — Séance du 23 septembre : Articulation tibio-tarsienne ; Pathologie ; Séance du 22 septembre : Pathologie : Technique des injections médicamenteuses sous-cutanées intra-musculaires et intra-veineuses.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Fondation Vallée*). — M. BOURNEVILLE. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation des malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Enseignement libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr BANZET, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soirs à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX DU Dr X. GALEZOWSKI, 41, RUE DAUPHINE. — A partir du 8 octobre prochain, les Drs Jean GALEZOWSKI et H. BEAUVOIS commenceront un cours pratique *d'ophtalmoscopie et de réfraction*. Pour s'inscrire s'adresser au Dr A. Beauvois, 41, rue Dauphine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

BASEILHAC. — Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages. 1804. Editition de Gabon. Prix.................... 10 fr.

BERLIOZ (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix.............................. 2 fr.

DEMARQUAY (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In-8° de 628 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Pr. 8 fr.

DUBOURG (Elisée). — Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix................ 1 fr.

HENROTAY (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8° de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'A...* 1896.. 0 fr.

PASQUIER. — Observations d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull.* ... du Nord. Prix.. 0 fr.

REYBARD (J.-F.). — Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Pr. 8 fr

Librairie ALCAN
108, boulevard Saint-Germain.

LANDOUZY et HEITZ. — Effets obtenus par la balnéation carbo-gazeuze. 1 vol. in-8° de 90 pages.

Dr CULLÈRE. — Rapport médical sur l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (1906). Brochure de 100 pages. Servant-Mahaud, 3, place de la Préfecture, La Roche-sur-Yon.

KRAKAUER (J.). — La goutte, ses différentes formes et les maladies qui s'y rattachent. Brochure de 80 pages. Klemm, éditeur, à Berlin.

BESTYRELSE (A.). — Handssvageanstalten beretning for Aaret 1905-1906, Kobenhavn.

NOBL (G.). — Ueber das Schutzvermögen der subkutanest Vakzineinsertion. Braumuller, éditeur, Leipzig.

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

MAISONNEUVE (P.). — Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. 1 vol. in-8° de 80 pages. Prix................ 2 fr. 50

TREILLE (A.). — Rapport au Sénat sur l'emploi des composés du plomb dans les travaux de la peinture en bâtiments. 1 vol. grand in-8° de 930 pages. Mouillot, imprimeur du Sénat. Paris.

Le Rédacteur-Gerant : BOURNEVILLE

IMPRIMERIE DAIX FRERES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 40 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 6 OCTOBRE 1906

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 20 Octobre**, *ce numéro devant paraître le 3 novembre*.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La peste et son mode de propagation

Par le Prof. **CHANTEMESSE** et le Dr **BOREL** (1)

Historique. — Théories anciennes sur la propagation de la peste. — Théories modernes. — La peste et le navire. — Conclusions.

HISTORIQUE.— Ecrire l'histoire de la peste — même brièvement — depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, sortirait du cadre de ce travail. Nous retracerons simplement la marche de la peste dans ses grandes lignes afin de montrer quelle évolution elle a subie depuis les épidémies les plus anciennes jusqu'à celle qui, partant de Chine en 1894, a envahi successivement tous les continents du monde.

La peste a régné de tout temps, au dire des historiographes (2) et il semble impossible d'assigner une époque déterminée à son apparition. Moïse, Homère, les historiens latins, Thucydide, Lucrèce, Pline, Diodore de Sicile, Galien, nous signalent l'existence de la peste en Orient. Plus tard, Grégoire de Tours, Procope, Evagrius, Agathias et beaucoup d'autres nous donnent encore des descriptions de ce qu'ils appellent toujours la peste d'Orient.

Jusque vers 1800, l'aire de la peste était très étendue (3) elle embrassait l'Europe, le nord de l'Afrique, l'Asie Mineure, la Syrie, la Mésopotamie, le Turkestan, la Perse, le sud et l'extrême-orient de l'Asie jusque sur les rives chinoises du Pacifique. Mais jamais elle n'avait traversé l'Atlantique et c'était une maladie essentiellement propre au vieux monde. «Elle paraît avoir oscillé comme autour de son centre de gravité, sur les bords de la Méditerranée orientale, de la mer Rouge, du golfe Persique et de la Caspienne.» Puis peu à peu, au début du XIXe siècle, les limites de la peste se réduisirent singulièrement, se concentrant dans l'Assyr, le Kurdistan, la Perse, le Turkestan, sur les montagnes nord-occidentales de l'Himalaya et dans les contrées montueuses du Yun-Nam. On constatait toujours dans les régions que nous venons de citer quelques épidémies de peste, mais le danger semblait définitivement éloigné, si bien que, depuis 1860 environ, la plupart des gouvernements européens avaient presque cessé — dans leurs règlements sanitaires — d'envisager l'éventualité d'une invasion de la peste. Mais brusquement — au début de 1894— la peste fit son apparition sur les côtes de Chine, où elle était arrivée du Yun-Nam, pour se répandre, chose inouïe, dans un nombre considérable de ports situés dans toutes les parties du monde.

En 1896, elle gagne les Indes, qu'elle ravage depuis cette époque, puis elle se dirige par étapes successives vers l'Europe, infectant la mer Rouge, l'Egypte, de nombreux ports de la Méditerranée. Elle marche aussi vers le sud atteignant Madagascar, Maurice, la Réunion, le Cap et même l'Australie. Du bassin de la Méditerranée elle gagne l'Amérique du Sud, qu'elle contourne peu à peu, contaminant tout aussi bien la rive du Pacifique que celle de l'Atlantique; chacun des ports infectés en infecte d'autres l'année suivante.

Nous savons que ses ravages— excepté aux Indes et en Egypte—n'ont pas, en général, été considérables ; mais nul ne peut prévoir combien de temps durera cette actuelle invasion de la maladie, ni affirmer qu'elle ne s'installera pas à l'état endémique dans quelques-uns des centres contaminés. Les services sanitaires maritimes resteront encore pendant de longues années sous la menace d'une infection, d'autant plus redoutable, qu'elle se produit toujours à l'improviste. Il importe donc d'établir d'une façon très précise le bilan de nos connaissances actuelles sur la propagation de la peste, afin d'établir à cet égard une réglementation qui garantisse le maximum de sécurité à nos frontières et

(1) Cet article que M. le Pr Chantemesse a bien voulu envoyer au *Progrès Médical*, sera un des intéressants chapitres du livre intitulé : *Hygiène Internationale : Frontières et Prophylaxie*, par CHANTEMESSE et BOREL qui paraîtra incessamment chez l'éditeur O. Doin, 8, place de l'Odéon (Paris VIe).
(2) CLOT-BEY. — La peste observée en Egypte, Paris, 1840.
(3) [illegible]AUVEL. — Travaux du comité consultatif d'hygiène, 1881.

le minimum de restrictions au commerce international, lequel a déjà eu trop à souffrir de la présente épidémie et des craintes excessives qu'elle avait, au début, suscitées.

THÉORIES ANCIENNES SUR LA PROPAGATION DE LA PESTE. — Nous ne pouvons avoir recours ici — comme pour le choléra — à des textes précis élaborés par une conférence internationale; la crainte de la peste ayant disparu depuis de longues années, c'était surtout à lutter contre le choléra que s'efforçaient les gouvernements européens. Cependant, à l'époque où la peste apparaissait encore fréquemment en Egypte, l'Académie de médecine s'était émue de cette menace et, en 1840, elle avait nommé une commission chargée de présenter un rapport sur la peste (1) ; c'est à ce travail que nous empruntons les renseignements suivants. Ils sont relatifs au mode de propagation de la maladie et mettent en lumière l'opinion que les savants de cette époque professaient sur son étiologie. Ils se résument en cinq propositions :

I. Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés ; et d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

II. Des faits en très grand nombre prouvent que les hardes et vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable, et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle. Les faits qui sembleraient avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique

III. La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique, n'est nullement prouvée.

IV. La classification admise dans nos lazarets pour les objets susceptibles et non susceptibles ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

V. L'étude des moyens propres à désinfecter les vêtements, hardes et marchandises est encore à faire. Pour être rationnels, des recherches à ce sujet devraient être précédées de la preuve que ces objets peuvent réellement se charger du principe de la peste.

Il restait alors à déterminer pour la Commission de 1840, comment la peste pouvait, en dehors des pays infectés, se transporter par l'intermédiaire des navires. Le problème était assez embarrassant à résoudre pour cette Commission, qui ne reconnaissait ni l'action nocive du contact des malades, ni celle des hardes ou effets, ni celles des marchandises de quelque nature qu'elles soient. Elle répondit alors que la peste se propageait par l'*air chargé de miasmes exhalés du corps des pestiférés ; ces foyers d'infection pestilentielle une fois formés à bord d'un navire, par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés, peuvent être transportés même à de grandes distances.*

Clot-Bey (2), qui avait longtemps étudié la peste en Egypte et qui avait été consulté par cette Commission donna sur le mode probable de transport de la maladie une conclusion à peu près analogue.

« Un navire part d'une localité infectée ; un ou plusieurs de ses gens d'équipage, de ses passagers, sont atteints de peste pendant la traversée ; le navire, en arrivant dans le port, est mis en quarantaine ; on prépose à sa garde des surveillants, des médecins et ceux-ci contractent la maladie. Des cas de ce genre prouvent l'importation ; mais prouvent-ils la contagion de la peste ? Nous ne le pensons pas. Ceci nécessite quelques explications de notre part.

« Quand un navire a séjourné plus ou moins longtemps dans le port d'une ville infectée, il s'est trouvé soumis, comme toutes les choses comprises dans les rayons du foyer épidémique, à l'action des causes morbides. Il s'est laissé pénétrer, il s'est imprégné de l'air atmosphérique, véhicule probable de l'agent pestilentiel. Cet air, renfermé dans la cale, dans le faux-pont du navire, où la ventilation ne s'opère pas, où il ne peut être renouvelé, à cause de l'encombrement produit par les marchandises à bord des navires de commerce ; cet air, disons-nous, pris dans un foyer épidémique, peut conserver assez longtemps ses propriétés délétères ; de telle sorte que, pendant la traversée, il peut influer sur la santé des passagers du navire, et, plus tard, sur celles des personnes qui seront exposées à l'action des causes morbides ; c'est ainsi que des gens de l'équipage et des gardes de santé mis à bord des bâtiments ont dû contracter la maladie. »

Nous retrouvons ici une hypothèse identique à celle qu'avaient émise les anciens auteurs au sujet du transport de la fièvre jaune. Pour la peste — comme pour le typhus amaryl — les savants qui avaient conduit sur place des recherches sérieuses étaient forcément amenés à conclure que malades, effets ou marchandises n'avaient aucun rôle dans la contagion ; ils comprenaient que celle-ci leur était extérieure, que le navire la renfermait bien, mais qu'elle était indépendante de lui : impuissants à formuler une autre conclusion, les savants admettaient alors l'existence de miasmes particuliers, insaisissables pour eux et transportés par la voie maritime.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps à ces recherches historiques et nous constaterons seulement que — dès 1840 — l'Académie de médecine avait reconnus exacts d'une manière générale les points suivants qui ont été vérifiés par l'observation moderne : 1° La peste n'est pas contagieuse par les malades ; 2° la peste n'est pas transmissible par les effets et les hardes des pestiférés ; 3° la peste ne se propage pas par les marchandises ; 4° le principe contagieux est pris par le navire dans le pays infecté, il est transporté par lui mais il lui demeure extérieur.

THÉORIES MODERNES SUR LA PROPAGATION DE LA PESTE. — A peine la peste commençait-elle son actuelle pérégrination que les gouvernements européens s'empressèrent de réunir à Venise, en 1896, une nouvelle conférence sanitaire internationale destinée à élaborer une réglementation protectrice. En effet, comme nous l'avons déjà dit, tous les services sanitaires avaient depuis longtemps perdu de vue la peste et se trouvaient désarmés devant sa réapparition soudaine.

Il eût été logique que la conférence prît, comme point de départ de ses discussions, les derniers travaux faits sur la peste et, parmi ceux-ci, il n'en était pas de plus considérable que le rapport présenté à l'Académie

(1) PRIES. — Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines, Paris, 1846.
(2) CLOT BEY. — *Loc. cit.*

de médecine dont nous avons cité les principales conclusions. Ce rapport avait nécessité plusieurs années de préparation ; pour l'établir on avait consulté successivement par écrit les médecins de toutes les nationalités qui avaient eu l'occasion d'étudier la peste en Egypte et en Turquie ; on avait recueilli un certain nombre de documents émanant de divers consuls accrédités auprès de ces pays : en un mot, ce travail était le fruit d'un effort considérable qu'on eut le grand tort de négliger. On était ébloui par la découverte récente (1894) du microbe de la peste faite par Yersin ; et ce microbe, on le constata de suite partout sans se préoccuper, comme il eût fallu, de son habitat de prédilection, sans s'inspirer de la connaissance de ses principales propriétés biologiques telles que sa résistance à la dessiccation, etc.

Aussi les mesures édictées par la Conférence de Venise furent-elles uniquement dirigées contre les hommes, contre leurs effets et contre les marchandises, alors que la Commission de 1840 avait si bien établi que les uns et les autres étaient d'ordinaire impuissants à transporter l'épidémie.

La peste continua donc sa marche en avant puisqu'aucune des mesures édictées contre elle ne pouvait entraver sérieusement cette marche ; mais de partout, bactériologistes et expérimentateurs se mirent à l'œuvre, et des travaux consécutifs à la découverte du microbe se dégagèrent un certain nombre de notions nouvelles, parmi lesquelles deux surtout étaient importantes au plus haut degré en matière de propagation pesteuse, à savoir : 1° le rôle du rat et des insectes ; 2° la classification clinique de la peste : en bubonique, septicémique, ou pneumonique chez l'homme, et gastro-intestinale ou septicémique chez le rat.

Grâce à ces deux notions on peut arriver aujourd'hui à se rendre un compte précis de la grande majorité des faits épidémiologiques observés en ces années dernières.

Le rat, les insectes et la peste. — Cette notion du rôle des animaux et des insectes est aussi vieille que l'histoire de la peste elle-même ; mais jamais, jusqu'à nos jours, aucun auteur n'avait établi entre les épidémies et les épizooties une relation de cause à effet ; on les constatait parallèlement sans établir un lien quelconque entre elles ; pour quelques auteurs, elles étaient déterminées par les mêmes causes, mais pour personne l'une n'était sous la dépendance de l'autre. Moïse, Isaïe, Hérodote, Aristote, Strabon, Pline, Rufus d'Ephèse, Avicenne, Nicephorus Gregoras, Ambroise Paré, Fracastor, François Valleriola, Laurent Joubert, Skène, Lodge, Guy de la Brosse, Hodges et beaucoup d'autres ont, depuis l'antiquité jusqu'au XVIII[e] siècle, associé les épizooties quelconques aux épidémies de peste qu'ils ont relatées. Le seul qui ait insisté à cet égard est le médecin persan Avicenne lorsqu'il dit : « *Avant l'apparition de la peste, on voit les rats et les animaux qui habitent sous terre fuir vers la surface du sol et s'agiter de-ci, de-là, comme des animaux ivres.* »

Cette notion persistait dans le Levant et les Européens habitant cette région avaient grand soin, quand ils se mettaient en quarantaine, de fermer les portes et les fenêtres pour empêcher les chiens, les chats, les rats ou les oiseaux, de pénétrer chez eux et de leur apporter le germe pestilentiel. En Chine également, les indigènes avaient depuis longtemps remarqué la coïncidence de la mortalité des rats et de la peste humaine. Le D[r] Planck (1), qui avait étudié la peste aux Indes et en Chine, avait signalé qu'à la veille de l'apparition de la peste dans une maison, on trouvait des rats mort le matin comme suffoqués par les miasmes des appartements. Les serpents mouraient aussi près des villages, ainsi que les chacals qui les mangeaient. Nous terminerons là ces citations que nous pourrions faire plus nombreuses et nous ajouterons que c'est Yersin qui, le premier, en 1894, a montré la connexion étroite existant entre les épizooties et les épidémies pesteuses, les premières étant la cause déterminante des secondes. En effet, la mortalité des rats est toujours un avant-coureur de l'épidémie ; citons-en quelques exemples dont un certain nombre ont pu être observés personnellement par nous.

A Bombay, le transport de la peste par les rats des docks, initialement infectés, jusque dans les différents quartiers, a été nettement montré par un grand nombre d'auteurs (1). A l'Ile Maurice (2) le rôle des rats dans la propagation de la peste s'est manifesté non moins clairement. A Diégo-Suarez (Madagascar), il y eut une forte épizootie dans les magasins situés sur les quais. A Smyrne — environ un mois avant le premier cas de peste et alors que personne ne songeait à la présence de cette affection — un gros négociant en farines ayant des entrepôts situés sur les quais, écrivait naïvement une lettre à un journal local en se plaignant qu'on empoisonnait les rats chez lui, ce qui risquait d'avarier ses marchandises. A Nha-Thrang, à la Réunion, à Tamatave, à Sydney, à Mascate, à Bouchir, à Port-Saïd, à Alexandrie, à Beyrouth, à Bassorah, à Constantinople, à Oporto, à Marseille (sept. 1903), dans les ports du Sud-Amérique, partout et toujours, semblable fait a pu être constaté.

Pour terminer, nous donnerons un document paru récemment à ce sujet : c'est une note que le Bureau sanitaire de la ville de Bombay communiquait à la presse indienne le 2 février 1906 et dont voici quelques extraits :

« Pendant les huit derniers mois, le Bureau sanitaire de la municipalité s'est activement occupé de capturer, d'empoisonner et de recueillir les rats. A l'heure actuelle, plus de 30.000 rats par mois sont réunis et envoyés au laboratoire de Parel pour être examinés au point de vue bactériologique. La Commission de la peste dirige le travail, et chaque jour un rapport sur l'examen de chaque rat est envoyé au bureau sanitaire... On peut avoir une idée du rapport entre la peste du rat et celle de l'homme si l'on remarque que, depuis que les observations ont commencé en juillet dernier, la proportion des rats contaminés par rapport au nombre total des rats recueillis chaque jour est passée de 2 pour 100 à 20 p. 100... » Or, pendant le même temps, la peste humaine subissait sa recrudescence annuelle et le nombre de cas, qui était en août de 50 environ par semaine, était en février de 160 pendant un même laps de temps. On peut donc affirmer que l'épizootie est pour ainsi dire le canevas sur lequel vient se tracer le dessin de l'épidémie.

Reprenons quelques-uns des exemples cités plus haut. A Port-Louis, dans l'île Maurice, la peste était d'abord cantonnée dans un quartier bien délimité, facile à indiquer sur le plan de la ville, car celle-ci, étant bâtie régulièrement, est composée de rues se coupant à angles droits. Dans un quadrilatère — formé de la plupart des entrepôts de riz et de grains — les cas de peste se montraient multiples en chaque maison. En dehors

(1) Planck. — *Medical Times and Gazette*, 22 novembre 1878.

(1) Simond. — Propagation de la peste. *Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1898.

(2) Lorans. — Rapports officiels sur l'épidémie de l'île Maurice.

de cette zone, quelques cas — toujours isolés — se manifestaient chez des individus que leurs occupations ou leurs achats avaient amenés dans la région contaminée. Lorque la peste se répandit dans les autres parties de l'île, l'expansion se fit en suivant une route déterminée qui, chaque matin, était jalonnée de cadavres de rats. Or si les malades avaient joué un rôle quelconque dans la diffusion de la maladie, tout autre eût été sa marche. Il est clair que chaque cas nouveau eût créé dans chaque maison un foyer nouveau et que les malades, dont quelques-uns sont allés mourir en diverses parties de l'île, eussent contaminé tout au moins leur entourage immédiat. Les personnes qui avaient approché les contagieux étaient enfermées de suite dans des camps d'isolement, quelquefois au nombre de 50 ou 60. Quelques-unes eurent la peste, mais toujours quatre ou cinq jours au maximum à partir de la date de leur internement et sans infecter les autres isolés, ce qui prouve que ces gens étaient déjà, au moment de leur mise en observation, dans la période d'incubation et qu'ils ne furent, par la suite, la source d'aucun danger pour ceux qui les entouraient.

Le rôle pathogénique des objets s'est montré tout aussi négatif. En effet, nul cordon sanitaire ne fut institué, nulle entrave à la circulation des choses et des gens ne fut imposée à la population de l'île Maurice ; chaque jour, les trains partaient librement de Port-Louis. Il est donc certain que des milliers d'objets touchés par les malades ont voyagé dans l'île sans créer un foyer quelconque.

La marche de l'épidémie dans la ville, dans ses environs et dans l'île entière ne put s'expliquer que par la propagation au moyen des rats. Cette constatation fut si bien établie que l'on eut bientôt recours à l'évacuation pure et simple des maisons contaminées. Tout un quartier fut de la sorte abandonné, les habitants furent transportés à la campagne et les cas de peste cessèrent immédiatement parmi ces déracinés pour faire leur apparition quelques jours après dans une autre partie de la ville. Semblables faits, plus frappants peut-être encore, se produisirent à Diégo-Suarez. Ce furent les ouvriers noirs du magasin, où l'on avait constaté la plurimortalité des rats, qui furent les seuls atteints sur une population civile et militaire d'environ 3.000 Malgaches et métis.

On pourrait supposer que l'arrêt de l'envahissement de la peste fut obtenu par l'isolement immédiat des malades. Ce serait là une grave erreur ; à Diégo-Suarez les cas n'ont été connus, la plupart du temps, qu'après le décès, lorsqu'il devenait impossible pour les noirs de cacher le cadavre, et tous les malades ont été soignés dans les cases indigènes par leur entourage dans lequel il n'y a eu aucun cas de contagion. Quant aux objets et aux effets ayant appartenu aux décédés, il eût été bien inutile de songer à les détruire, les familles les faisant rapidement disparaître.

A Smyrne, l'épidémie resta cantonnée dans le quartier des épiciers et débitants des denrées alimentaires, et les cas qui se produisirent dans le reste de la ville purent être rattachés au foyer initial ; ils se montrèrent d'ailleurs impuissants à créer une nouvelle contagion autour d'eux. Dans son rapport (1) sur cette épidémie, le Dr Mizzi, inspecteur sanitaire de Smyrne, s'exprime ainsi : « Cette épidémie est caractérisée par l'absence de toute relation directe et saisissable de l'un à l'autre cas... Non seulement elle n'a pas franchi la ville pour envahir les faubourgs, les environs, la province, à l'époque des récoltes, mais elle n'est pas sortie des quelques quartiers sud de la ville. Elle a même suivi presque toujours le parcours d'une seule rue. »

(1) E. F. Mizzi. — Rapport sur l'épidémie de peste de Smyrne présenté au Conseil supérieur de santé de Constantinople, 1900.

A Sydney, le Dr Frank Tidswell (1) observe que la mortalité sur les rats s'est produite plusieurs semaines avant le premier cas humain et il ajoute qu'il n'a pu trouver aucun cas de contagion directe du malade à l'homme sain, ni aucun cas de transmission par les objets.

A Djeddah, en 1899, l'inspecteur sanitaire note dans son rapport sur la peste (2) que deux malades étant partis pour La Mecque ont été impuissants à créer un nouveau foyer dans cette ville. Enfin, dans son travail sur la peste en Egypte, M. le Dr Rist (3) a résumé tous ces faits en disant qu'il paraît difficile d'incriminer les individus ou les bagages transportés par eux. Il ajoute que c'est pourtant de ce côté que se porte généralement tout l'effort des administrations quarantenaires. D'ailleurs, si la peste se propageait par les malades, on pourrait — au milieu des contaminations multiples de ces années dernières — citer l'exemple net et précis d'un navire transportant un contagienx à son bord et ayant, par son intermédiaire, infecté une ville. Or, aucun exemple de ce genre n'est cité par les nombreux auteurs ayant étudié les diverses épidémies, et chaque fois, l'origine de ces épidémies, malgré des enquêtes répétées, est restée obscure et même l'enquête n'a que très rarement permis de remonter jusqu'au premier cas.

On pourrait multiplier les exemples du genre de ceux cités plus haut, car partout les mêmes faits ont été relatés. Si la peste se transportait par les malades ou par les objets, comment ne serait-elle pas sortie des ports qui — étroitement enfermés du côté de la mer — communiquaient librement avec l'intérieur des terres.

La peste s'échappant de Sydney, de Smyrne, d'Oporto, s'est-elle propagée dans la province environnante, même à quelques centaines de mètres de la ville ? Aucun exemple de ce genre n'a été cité, et si la peste partant de Bombay a envahi le reste de l'Inde, c'est lentement, toujours par l'intermédiaire de la migration des rongeurs et sans que les malades ou les objets aient joué un rôle dans sa propagation. On pourra nous objecter que la peste est sortie d'Alexandrie pour envahir une partie de la Basse-Egypte ; mais cela tient à des conditions topographiques toutes spéciales. En effet, cette partie de l'Égypte est sillonnée par des bras du Nil ou des canaux dont quelques-uns ont leur embouchure à Alexandrie même, et c'est par la navigation fluviale qu'ont été transportés les rats malades qui ont contaminé le pays. Il en est de même pour Bagdad, qui fut infecté par l'intermédiaire de bateaux fluviaux qui remontent le Chat-El-Arab et l'Euphrate. Enfin, la peste a également parcouru les grands fleuves de l'Amérique du Sud contaminant tour à tour les villes situées sur leurs rives. Que la navigation soit maritime ou fluviale, elle joue toujours, dans la propagation de la peste, un rôle identique.

La peste est donc une maladie des rongeurs qui se transmet à l'homme : mais de quelle manière s'opère

(1) Franck Tidswell. — Some praticals aspects of the plague at Syndney. *Journal of the sanitary Institute*, janvier 1901.

(2) Xantropoulidès. — Rapport présenté au Conseil supérieur de santé de Constantinople. 1899.

(3) Rist. — La peste en Egypte de ma 1889 à juillet 1899. *Presse médicale*, mai 1900.

cette transmission ? Au début, on croyait que le simple contact avec le rat malade, ou plutôt avec les cadavres de ces animaux, suffisait pour déterminer la contagion. Mais bientôt on put entrevoir — grâce aux travaux faits sur le paludisme — le rôle joué par les insectes dans la transmission des maladies infectieuses. En étudiant l'épidémie de Cutch Mendavi dans l'Inde, au printemps de 1897, Simond (1) fut frappé de rencontrer dans un certain nombre de cas une lésion initiale qui avait quelque apparence d'une piqûre de puce avant de constituer une phlyctène. Le même auteur ajoute : « Nos recherches, continuées à Bombay, à Luratchi, à Karad, à Masur, à Mundra, nous amenèrent à considérer que, dans chacun de ses foyers, si le rat pouvait être accusé de convoyer le bacille de Yersin, ce n'était ni par le simple contact du rat malade, ni par ses déjections que le microbe passait de son organisme dans celui du rat sain ou de l'homme sain. La constatation que le bacille se cultivait dans le corps des puces nourries sur des rats malades et le succès de deux expériences effectuées en vue de transmettre la peste d'un rat malade à un rat sain, par l'intermédiaire de la puce, nous confirmèrent définitivement dans l'opinion que cet insecte était le véhicule ordinaire, sinon unique, chargé de faire passer le virus pesteux d'un rat à un autre, de ceux-ci à l'homme et de l'homme à l'homme. »

Ogata et Nuttal arrivaient en même temps à des conclusions identiques, puis toute une série d'autres auteurs vérifièrent les expériences faites par ces premiers chercheurs. Nous voici donc en possession de deux premiers faits : la peste est une maladie du rat, maladie que la puce transmet à l'homme par inoculation.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le IIe Congrès international d'assistance des aliénés.

Le IIe Congrès international d'assistance des aliénés, qui vient de tenir ses assises à Milan, a obtenu un grand et légitime succès. Un grand nombre de rapports ont été lus aux séances suivies par des congressistes venus pour travailler. Le Congrès avait été organisé d'une façon parfaite par le professeur Tamburini, son éminent président, et le Dr Ferrari, le très dévoué et très consciencieux secrétaire général, au zèle duquel nous ne saurions trop rendre hommage.

Une intéressante exposition de plans d'asiles avait lieu dans une des salles de l'Université Bocconi. Des excursions avaient été organisées aux asiles de Mombello et Mendrisio. Des discours importants furent prononcés par les présidents successifs, MM. Tamburini, Lombroso, dont l'arrivée dans la salle des séances provoque des tonnerres d'applaudissements et le professeur Bianchi, ancien ministre de l'Instruction publique. Le Congrès approuva une intéressante proposition de M. Frank (de Zurich) relative à la création d'un institut international pour lutter contre la folie.

Nous ne saurions songer à analyser ni même à citer les rapports faits au Congrès ; nos lecteurs voudront bien se reporter aux *Archives de Neurologie* où nous ferons un compte-rendu détaillé. Citons simplement les rapports de MM. Bond, Brauchli, Deventer, sur l'organisation des compartiments d'observation, de surveillance et d'isolement dans les asiles et les colonies ; de M. Ladame sur les sociétés suisses de secours aux aliénés ; de Madame Marie, la charmante compagne du médecin en chef de l'asile de Villejuif, sur les convalescents sortant des asiles.

M. Merlo, chef de la bienfaisance publique au ministère de l'Intérieur, a étudié d'une façon particulièrement remarquable le patronage des aliénés pauvres. L'assistance des anormaux a donné lieu à d'importants rapports des Drs Courjon, Beach, Jules Voisin. Le Dr Marie a consacré un rapport des plus travaillés à la colonisation agricole au point de vue de l'assistance des aliénés, des épileptiques et des arriérés adultes. Nous-mêmes avons établi dans notre rapport sur l'hospitalisation des nerveux, l'intérêt qu'il y aurait à organiser des sanatoriums populaires pour nerveux que l'on devrait édifier dans des endroits propices (stations climatiques, etc.), et qui seraient ouverts à tous sans déclaration préalable.

Le professeur Deventer étudia le progrès dans le traitement des aliénés au point de vue social et économique.

Le Congrès se termina en adoptant les vœux suivants :

Vœux émis par le Congrès. — Que partout où l'assistance familiale des aliénés n'est pas encore pratiquée, une commission gouvernementale d'aliénistes compose un ensemble d'instructions claires, détaillées, par lesquelles on décrive et explique nettement l'essence et le but de l'assistance familiale, et que ces instructions soient adressées à tous les médecins de campagne sans exception en les sollicitant de bien vouloir en répandre la connaissance parmi les populations rurales, en prêcher l'adoption et en assurer l'exécution. (MARIANI.)

Que les Sociétés de patronage s'occupent aussi « des personnes prédisposées à l'aliénation mentale ; qu'elles se constituent dans tous les pays et se multiplient partout. Qu'elles poursuivent surtout le but de travailler à l'adoption de l'assistance familiale, de la contrôler de concert avec la direction médicale des asiles, de faciliter le placement du malade après sa guérison et son retour à un travail normal, de s'occuper enfin des conditions morales et économiques de sa famille. II. — Que les œuvres de bienfaisance, d'assistance publique et de patronage coordonnent leurs efforts afin de mieux atteindre leur but commun.

(Mme MARIE, MM. MERLO et LADAME.)

Le Congrès, prenant en considération les connexions existantes entre les aliénés, les enfants arriérés, les alcooliques et les criminels, témoigne le désir d'une fusion entre les différentes Sociétés de patronage afin de pouvoir pratiquer le patronage d'une manière plus rationnelle, avec plus de succès. (MOREL VAN DEVENTER.)

Le Congrès émet le vœu de voir organiser des sanatoriums populaires pour nerveux, édifiés dans des endroits propices, ouverts à tous sans déclaration préalable, ainsi qu'il est pratiqué en Allemagne. (LUCIEN GRAUX.)

Le Congrès émet le vœu qu'il soit procédé à des mesures prophylactiques et spéciales ainsi qu'à la cure et à l'isolement à l'égard des aliénés tuberculeux, tant dans la colonie que dans les asiles fermés, publics ou privés.

(MARIE DE ROLET.)

1° Les enfants anormaux ont droit à l'assistance ; il convient de leur assurer (en dehors du vivre et du couvert s'il y a lieu) le traitement médico-pédagogique et l'éducation professionnelle qui leur permettront de devenir des citoyens utiles.

2° Dans chaque pays, les amis des anormaux, philanthropes, médecins et éducateurs, doivent se grouper et s'unir en

(1) SIMOND. — La question du véhicule de la peste, 1905.

★

comités nationaux à l'effet de provoquer, de seconder et de compléter l'action des pouvoirs publics en faveur des enfants anormaux. (COURJON.)

Que l'assistance des arriérés phrénasthéniques soit soustraite à la spéculation privée et confiée à des institutions publiques qui présentent les garanties nécessaires.

Signé : MEDEA, PINI, FERRARI, GONZALES, MONTESANO, FAGGIANI.

Considérant que, bien que le nombre de connaissances assurées à propos des causes des maladies nerveuses et mentales et en général de la dégénération humaine soit assez grande, elles ne sont pas encore suffisamment ni complètement coordonnées ;

Considérant que la vie moderne, usant le système nerveux, a augmenté énormément et menace d'agrandir encore et beaucoup plus le chiffre des affaiblis et des aliénés ;

Considérant la nécessité de pourvoir par tous les moyens que l'on croit opportuns à la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales ; le Congrès approuve la proposition de fonder un *Institut international pour l'étude étiologique* et pour l'action prophylactique des maladies nommées et de la dégénération en général et institue un Comité international afin d'organiser l'Institut en tâchant d'obtenir la coopération des divers gouvernements pour compléter et coordonner l'examen des causes dégénératives en général et en particulier, chez les différents pays, pour arriver à formuler les propositions qui conviendront le mieux.

Charge la présidence du Congrès de nommer les membres du Comité international. (D'après la proposition FRANK).

Les rapides analyses que nous avons données et les vœux que nous citons ici montrent toute l'importance des sujets traités. On peut affirmer que le IIe Congrès international de l'assistance des aliénés aura des résultats utiles pour l'avenir des malheureux qui nous intéressent et qu'il marquera un progrès dans l'amélioration internationale de leurs moyens d'assistance.

Ajoutons qu'une très remarquable exposition de plans d'asiles et d'œuvres d'assistance familiale donna lieu à de nombreuses récompenses.

Deux excursions à l'asile de Mombello et à celui de Mendrisio (Suisse) eurent le plus vif succès.

Nous ne pouvons terminer ce compte-rendu sans remercier le comité d'organisation du Congrès de la façon si aimable dont il a reçu les délégués officiels des gouvernements et qu'il sache que nous conservons pour notre part le meilleur souvenir du banquet empreint d'une cordialité toute italienne qu'ils ont bien voulu leur offrir.

Cette rapide énumération prouve toute l'importance d'un Congrès dont les résultats seront certainement des plus heureux. Terminons en remerciant tout particulièrement le comité d'organisation de la façon charmante dont il a reçu les délégués officiels des gouvernements. Nous lui en sommes, pour notre part très reconnaissant.

Dr LUCIEN-GRAUX.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Sur la proposition du préfet de la Seine, en date du 8 septembre 1906, le ministre de l'Intérieur a nommé M. LE Dr TERRIEN, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, chef du service ophtalmologique à l'Hôpital des Enfants-Malades.

RÉCOMPENSES. — Le ministre de l'Intérieur a accordé à M. Hubert, garçon de service à l'hospice des Enfants-Assistés, une médaille de bronze, pour son courageux dévouement, et blessure reçue dans le service.

Les périodes de service des médecins de réserve et de territoriale.

Le *Temps* du 28 septembre a publié un fort intéressant article sur *les grandes manœuvres de l'armée suisse*, où le général Langlois, sénateur et ancien membre du Conseil supérieur de la guerre, fait le plus grand éloge des qualités morales de nos voisins, et cite comme exemple l'abnégation des médecins de leur armée. Voici du reste le passage :

Ce qui frappe tout particulièrement dans l'armée suisse, c'est la discipline, la bonne volonté générale, le sentiment du devoir profondément enraciné. Cela se remarque dans les faits les plus insignifiants comme dans les plus importants, chez le simple soldat comme dans les grades les plus élevés, dans toutes les armes, dans toutes les situations. Tous semblent accomplir avec satisfaction le devoir militaire. J'en citerai un seul exemple, parce qu'il m'a vivement frappé. Comme toutes les personnes astreintes au service militaire doivent marcher sans aucune exception, toutes les ambulances sont mobilisées aux manœuvres, ce qui excède les besoins ; beaucoup d'entre elles restent donc inactives. A chacune d'elles sont affectés quatre médecins non montés. Ceux-ci font toutes les étapes à pied avec l'ambulance, formant le premier rang de quatre de la colonne, alignés comme à la manœuvre. Je l'ai maintes fois constaté et n'ai vu aucune exception.

Est-il réellement beaucoup de pays où des médecins, sans la moindre plainte, sans le moindre indice de mauvaise humeur, quitteraient ainsi leur clientèle pendant 18 jours pour faire sans utilité, à pied et en tenue régulière, des étapes sur des routes poudreuses ? Mais c'est la *règle*, et chacun observe la règle facilement avec la conscience du devoir accompli. C'est là, certes, l'une des manifestations les plus probantes de l'excellent esprit qui anime tous les Suisses, les officiers particulièrement, montrant l'exemple de l'abnégation, de la discipline, du respect de la loi.

Il est un autre pays où les médecins civils accomplissent à l'armée, sans plainte et sans mauvaise humeur, une besogne sans utilité : C'est la France.

Nous avons connu des médecins occupés, convoqués loin de leur clientèle dans une ville de l'Est « où les nécessités du service les appelaient instamment » disaient les réponses faites aux demandes de sursis. A leur arrivée au corps, ces confrères étaient fort aimablement accueillis par le médecin major du régiment auquel ils avaient été affectés.

« Soyez les bienvenus, messieurs, leur disait-il ; mais que diable voulez-vous que je fasse de vous. Vous arrivez ici cinq quand je n'ai besoin de personne ; comme le régiment va partir dans quelques jours en manœuvres et que vous ne pourrez pas l'accompagner puisque votre période sera terminée avant le retour. Je n'ai le temps de vous donner aucune instruction utile. L'infirmerie vous est ouverte. Tâchez de ne pas trop vous ennuyer. »

Et les médecins civils, qui avaient quitté leur clientèle pour accomplir une *période d'instruction*, étaient réduits à devenir les hôtes assidus du cercle ou du café et à faire, pour tuer le temps, la partie du capitaine d'habillement, qui ne partait pas en manœuvres.

Un autre de nos amis, médecin-major de territoriale fut appelé récemment pour assurer le service de la garnison d'une ville du Nord. A son arrivée, il apprend que la garnison était partie en manœuvres et qu'il

ne reviendrait qu'après la terminaison de sa période de treize jours. Il se renseigna et apprit que la ville était pourvue d'un hôpital militaire. Il y trouva un médecin de l'active qui y soignait deux malades et un blessé et assurait déjà le service de la garnison qui ne comptait pas en tout cinquante hommes, tous valides. Là encore, ce praticien avait été appelé par les nécessités du service. Malgré l'inutilité manifeste de ces appels, tous ces médecins français se sont exécutés sans plainte ni mauvaise humeur, car ils savent qu'ils doivent à leur pays le service militaire. Cela ne les a pas empêchés de faire, non comme officiers mais comme citoyens, la triste réflexion que le budget de la guerre était soumis à un étrange gaspillage. Ils ont cru, et tout porte à penser qu'ils avaient raison de le croire, qu'une somme était fixée pour l'appel d'un chiffre donné de médecins, et qu'on les avait fait venir pour compléter le chiffre et épuiser le budget.

Il serait cependant bien simple de remédier à ces abus. Au lieu d'appeler les médecins à ces périodes sans utilité, ne pourrait-on pas les convoquer à des exercices spéciaux. Ils y prendraient part avec intérêt et assisteraient avec zèle aux manœuvres qu'ils sont destinés à accomplir en temps de guerre. Les exercices pourraient être précédés d'une période de conférences sur l'organisation du service de santé en campagne et l'utilisation de son matériel. Ils seraient suivis d'une autre série de conférences critiques sur les manœuvres accomplies.

Le médecin civil, satisfait d'avoir appris quelque chose d'utile, ne regretterait plus autant l'abandon de sa clientèle. Il ne ferait plus d'amères réflexions sur le gaspillage du budget de la guerre, alimenté en partie par des impôts qui le chargent si lourdement ! Et s'il survenait une guerre, plein de confiance en lui, au courant du rôle qu'il devrait jouer, ce médecin deviendrait l'utile auxiliaire de ses camarades de l'active. Actuellement, il serait presque toujours, au moins au début des hostillités, un embarras, un gêneur, car le désarroi de la période de mobilisation ne permettrait guère alors de l'instruire.

S'il en était ainsi, le corps de santé militaire français instruit et utilisable serait d'un meilleur exemple que celui des médecins suisses « faisant sans utilité, à pied et en tenue régulière, des étapes sur des routes poudreuses ».

FREEMANN.

THÉRAPEUTIQUE

AVIS. — *Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de leur valeur, soit 0 fr. 20 pour les numéros ordinaires, 0 fr. 60 pour le* **Numéro des étudiants.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre.

La syphilis des honnêtes femmes.

Sur le nombre total des femmes syphilitiques observées dans la clientèle de ville, la proportion des femmes honnêtes et mariées est considérable : elle atteint le cinquième des cas observés.

La contamination résulte, tantôt d'une syphilis contractée par le mari avant son mariage, tantôt d'une syphilis contractée au cours du mariage. Ce deuxième ordre de faits est le plus rare et ne représente qu'un tiers des cas.

La contamination est tantôt très précoce (20e jour après le mariage dans une observation), tantôt très tardive (7e année). Mais l'immense majorité des contagions se fait dans la première année du mariage. Et presque toujours l'interrogatoire apprend que le mari avait au moment de se marier une syphilis de date récente, remontant à moins de trois ans.

Parfois même (et le fait a une grande importance au point de vue de l'autorisation médicale pour le mariage) la syphilis est plus ancienne. Elle remonte à quatre et cinq ans. Ce délai de cinq ans serait donc désirable. Il n'est peut-être qu'un minimum.

Dans d'autres cas, la contagion est fatale et forcée.

Quelquefois le mariage se fait le mari étant en incubation de syphilis. Dans ces cas, celui-ci s'est contaminé à la suite de l'enterrement de sa vie de garçon, c'est-à-dire peu avant le mariage, et les premiers accidents se développent insidieusement : le mari croit, au début, à une écorchure, à une vésicule d'herpès, à un bobo quelconque et ne s'en inquiète pas.

Quelquefois, il s'agit d'individus qui se sont mariés alors qu'ils étaient porteurs d'un chancre infectant.

Quelques-uns parmi ces malades en pleine puissance de syphilis sont des cyniques, voulant à tout prix et malgré tous les avertissements faire un mariage qui est pour eux une bonne affaire. D'autres sont des insouciants, s'illusionnant sur le danger. Mais la plupart sont des ignorants. Un avis médical aurait suffi à les détourner. Le rôle du médecin en pareil cas devient capital. Une croisade contre la syphilis est aussi nécessaire que contre l'alcoolisme et contre la tuberculose.

M. FOURNIER termine en montrant le nécessité d'instruire les jeunes gens sur le péril vénérien. Il cite avec grands éloges la campagne de conférences entreprises dans l'armée, dans les écoles, dans l'Université et même dans certaines mairies.

Il sera certainement difficile d'empêcher quelques faits de contagion lointaine. M. Fournier, dans la prochaine séance, compte étudier les syphilis secondaires tardives pouvant contagionner après huit ans et même neuf ans. Mais les avis du médecin, une ignorance moins grande du public supprimeraient la grande majorité des contagions récentes les plus fréquentes de toutes.

L'étiologie du paludisme.

M. KELSCH discute le rôle trop exclusif attribué aux anophèles dans la propagation de la malaria. Il ne croit pas que la distribution géographique des anophèles réponde exactement à celle du paludisme. Les recrudescences des épidémies ne coïncident pas toujours avec les saisons où les moustiques sont le plus nombreux. Le régime des eaux et des pluies, mais surtout les fouilles de terrain, les travaux de terrassement, jouent un rôle indéniable, indépendant de celui des anophèles.

M. Kelsch n'est pas éloigné de penser que la malaria peut se transmettre sans l'intermédiaire des moustiques. Sa prophylaxie est donc complexe et ne doit pas viser qu'un seul élément.

A.-F. PLICQUE.

XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 1-6 octobre 1906).

Le XIXe Congrès français de chirurgie s'est ouvert sous la présidence du Pr MONPROFIT, d'Angers, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, le lundi 1er octobre, à deux heures du soir.

M. LEJARS a abordé la première question mise à l'ordre du jour, sur laquelle il a écrit un remarquable rapport.

Chirurgie des gros troncs veineux.

M. LEJARS (de Paris), rapporteur, expose les progrès réalisés dans ces dernières années par cette partie de la chirurgie. Il étudie le traitement des plaies accidentelles ou opératoires des gros troncs veineux et les résultats donnés selon les vaisseaux par la ligature et la suture veineuse. Il conseille la suture des plaies veineuses comme celle de toutes les plaies et aborde ensuite l'application de la suture vasculaire à la cure de l'anévrysme artério-veineux. Il considère cette intervention comme applicable seulement dans certaines conditions.

Il passe ensuite en revue les anastomoses vasculaires, le traitement opératoire,les thrombo-phlébites septiques,et, exposant la gravité des interventions de ce genre, montre que si ces opérations ne doivent pas être tentées à la légère, elles peuvent cependant avoir leur utilité. Pour lui,dans les thrombo-phlébites chroniques profondes, l'intervention n'est justifiée qu'après un temps d'épreuve suffisamment long.

Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.

M. CH. WILLEMS (de Gand), premier rapporteur, a traité cette seconde question mise à l'ordre du jour du Congrès. Nous donnerons le résumé par l'auteur de ce second rapport dans notre prochain numéro.

M. le Dr Ed. LOISON, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, co-rapporteur, a traité la même question que M. Ch. Willems dans un mémoire dont voici le résumé :

Dans cette esquisse générale de la chirurgie thoracique actuelle, ayant pour but l'étude des voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire, l'auteur étudie successivement : 1° les voies artificielles simples ; 2° les voies artificielles combinées à l'emploi de moyens spéciaux ; 3° les voies naturelles et mixtes de pénétration.

La plèvre fut pendant longtemps la terreur des chirurgiens: aussi, dans la description des voies artificielles simples, y a-t-il lieu d'étudier séparément : a) les procédés de pénétration extra-pleurale et sous-pleurale ; b) les procédés de pénétration intra-pleurale et transpleurale. Par les deux genres de voies, on peut aborder les organes contenus dans les médiastins ; mais la voie sous-pleurale rend l'opération plus difficile, tandis que la voie transpleurale augmente le danger d'infection.

En outre, la voie transpleurale a l'inconvénient de produire fatalement un pneumothorax, complication sur la gravité de laquelle les auteurs ne sont pas d'accord. C'est pour éviter le développement de ce pneumothorax que l'on a préconisé, dans ces dernières années, l'emploi de moyens spéciaux : méthode de l'hyperpression, méthode de l'hypopression, auxquelles le rapporteur propose d'ajouter, en se basant sur des vues théoriques, la méthode de la normopression statique.

Vient enfin l'étude des voies naturelles et mixtes, trachéo-bronchoscopie et œsophagoscopie permettant l'extraction simple et sans danger des corps étrangers arrêtés dans les conduits alimentaire et aérien.

Les différents procédés utilisés et conseillés peuvent, pour la plupart, trouver leur raison d'être et d'emploi, suivant les conditions de temps et de lieu où se passe l'acte opératoire ; cependant certains doivent,à l'heure actuelle, être complètement abandonnés ; d'où l'utilité de les diviser en procédés de choix, procédés de nécessité, et procédés à rejeter.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

HYGIÈNE DES MÉTROPOLITAINS SOUTERRAINS (*Suite et fin.*)

Rapport par le Docteur **LUCIEN-GRAUX**

L'éclairage est insuffisant dans le Métropolitain. Le voyageur qui arrive dans la rue ensoleillée met un temps assez long à se reconnaître dans la cave sombre où il pénètre et où il ne distingue que des ombres pressées les unes contre les autres.

Ce défaut d'éclairage tient à trois causes : les lampes ne sont pas assez nombreuses, elles sont remplacées trop rarement, lorsque, tout à fait usées, elles n'éclairent plus du tout. Enfin si le constructeur a eu l'idée heureuse de revêtir les murs d'une robe blanche éclatante qui reflète d'une façon parfaite la lumière, l'administration avide a recouvert les murs d'affiches multicolores qui ont le double inconvénient d'absorber la lumière et de masquer à l'œil du voyageur le nom de la station qu'il découvre avec difficulté.

***

Des raisons de difficultés pratiques ont empêché la compagnie d'édifier des water-closets et même des urinoirs dans les gares. Toutefois des urinoirs pour les employés ont été construits dans les gares terminus. Il semble que des water-closets devraient être disposés dans toutes les gares importantes et dans toutes celles de croisement.

***

Il est incontestable qu'un très grand nombre de malades (tuberculeux ou atteints d'affections contagieuses) circulent chaque jour dans le Métropolitain. On n'a pas songé à mettre des crachoirs sur les quais et il n'est pas rare de voir cracher, soit sur les quais même, soit sur le ballast, ces deux pratiques étant également à déplorer. Nous demandons à la compagnie de placer sur chaque quai plusieurs crachoirs à hauteur d'homme contenant une solution antiseptique.

***

Le nettoyage des quais doit aussi retenir notre attention. Les employés répandent actuellement de l'eau au moyen d'arrosoirs spéciaux. Les saletés sont ensuite balayées, parfois jetées sur le ballast. Il serait bon de répandre sur le sol après l'arrosage de la sciure de bois qui serait ensuite balayée puis incinérée. Les murs devraient être, en principe, lavés avec un linge humide. En réalité, ce nettoyage est fort mal fait comme il est aisé de le constater. En tous cas, les affiches retiennent poussières et microbes. Parfois décollées, elles pendent lamentablement. La colle de pâte, qui n'est pas ménagée, se putréfie lentement et forme d'excellents milieux de culture. On voit donc combien le nettoyage des murs est défectueux et loin du lavage à grande eau qui serait à recommander.

***

Le public s'est plaint, au début de l'exploitation du Métropolitain, de l'odeur désagréable dégagée par les traverses qui étaient en hêtre créosoté. Cet inconvénient est disparu aujourd'hui, ces traverses étant en chêne plein cœur sans préparation.

***

La Préfecture de police ne fait pas respecter les règlements concernant le nombre maximum de voyageurs dans les voitures qui sont très fréquemment surchargées. On nous a affirmé que les agents avaient essayé à diverses reprises de dresser des contraventions ou même de tenter d'empêcher les personnes de monter dans des voitures déjà pleines. Il paraît que le public tient à partir et qu'il ne supporte que très difficilement qu on ne le laisse pas montrer lorqu'il semble qu'il y ait encore quelque place. D'autre part, la compagnie va mettre de nouveaux trains en circulation de sorte qu'un nombre de wagons encore plus considérable sera mis à la disposition du public.

Cette mesure est excellente,mais ne nous satisfait pas complètement, car un trafic encore plus grand est à prévoir dans

un avenir prochain avec la mise en exploitation des lignes en construction. Il est un fait certain, c'est que les wagons renferment souvent un nombre de personnes supérieur au chiffre autorisé. Entassés debout les uns contre les autres, les voyageurs sont fort mal, ne pouvant pour la plupart se retenir aux courroies ou aux barres et réduits à se laisser jeter les uns sur les autres aux divers arrêts. Certes, cet encombrement est désagréable en lui même et il est pénible de faire un trajet un peu long bousculé sans cesse ou, si l'on est assis, en recevant à chaque instant le manteau ou les paquets d'une personne debout à vos côtés ! Evidemment, cet encombrement favorise étrangement les manœuvres des picpockets ou les attouchements des frôleurs et des satyres. Mais l'hygiéniste regrette des faits plus graves. L'air. qui dans les métropolitains n'est pas déjà excellent, devient tout à fait irrespirable, la chaleur est suffocante et il n'est pas rare de constater des nausées et des étourdissements parmi les voyageurs. Parfois des femmes se trouvent mal. Chez d'autres, des congestions se déclarent. On a constaté plusieurs cas de mort dus à cette cause dans le métropolitain.

⁂

Beaucoup de personnes crachent ou tout au moins toussent et éternuent dans le métropolitain, les maladies contagieuses s'y propagent aisément. Les tuberculeux projettent autour d'eux dans leurs quintes de toux incessantes des gouttelettes liquides qui disséminent, on le sait, les bacilles de Koch. Les dangers de contagion diminueront en partie avec la cessation d'un encombrement aussi grand que celui d'aujourd'hui. Mais, ils seront toujours redoutables et l'on ne saurait trop attirer l'attention sur la nécessité d'un nettoyaae fréquent et méticuleux des voitures, sur leur désinfection régulière et méthodique, Or en est-il ainsi actuellement ? La désinfection n'est pas pratiquée. croyons-nous d'une façon habituelle. Le nettoyage ne peut être complet avec un parquet composé de croisillons. On avait un moment parlé de substituer à ce parquet un parquet mobile, mais on y a renoncé. L'emploi des appareils de nettoyage par le vide doit être préconisé. Il serait à souhaiter qu'il fût organisé un garage spécial pour le nettoyage des voitures. Il est inadmissible en effet de laisser les employés balayer les poussières sur le ballast comme nous l'avons vu faire !

Les trains devraient être ramenés dans un garage situé à l'air libre au-dessus d'une fosse imperméable munie d'un égout. Ainsi les poussières provenant des voitures seraient-elles emportées d'une façon définitive et les wagons seraient-ils aérés d'une façon effective.

⁂

Les voyageurs peuvent aussi se plaindre, à juste titre, du bruit assez violent que font les voitures en roulant sur les rails, bruit qui empêche toute conversation. Ils éprouvent en outre une trépidation continuelle. Des arrêts brusques des trains jettent les voyageurs les uns sur les autres à chaque moment. Enfin les employés ouvrent les portes avec brusquerie et celles-ci provoquent en glissant un bruit et une trépidation des plus désagréables. Il n'est pas jusqu'au siège, réservé avec raison d'ailleurs aux agents de la Compagnie, qui ne fasse, en se relevant automatiquement, un claquement des plus violents contre la paroi, rendant la banquette opposée inhabitable pour certains. Nul doute que ces trépidations et ces bruits, ces heurts continus, ne soient une cause d'énervement pour beaucoup et n'agissent à la longue sur le système nerveux.

On sait qu'il existe une grande hauteur entre le niveau du sol et le plancher des wagons. Les voyageurs qui doivent descendre d'un train, arrêté entre deux stations par un accident quelconque, se trouvent dans une situation fâcheuse. Les nouveaux wagons contiennent une petite échelle qui permettra aux voyageurs de descendre. L'espace compris entre les wagons et la paroi du tunnel est de 70 centimètres d'après le cahier des charges. On a proposé de mettre une banquette à cet endroit, au niveau du plancher des wagons. Nous croyons que cette disposition serait une faute car un trottoir de cette hauteur constituerait un danger pour le personnel qui circule constamment sur la voie. D'ailleurs en cas de panique les personnes qui essaieraient de regagner une station par ce chemin seraient certainement projetees sur la voie. Ce qu'il faut faire c'est mettre du sable sur cette partie du ballast comprise entre les wagons et la paroi du tunnel de façon à rendre la marche plus aisée.

L'emploi du ballast était-il indiqué dans la construction du Métropolitain ? Nous ne saurions nous prononcer sur ce sujet au point de vue technique. Certes, nous savons que l'absence de ballast donne moins de souplesse à la voie et augmente les trépidations et la résonnance des tunnels. Qu'il nous soit permis de citer ici l'opinion autorisée de M. Michel qui, dans la *Revue générale des chemins de fer* (avril 1899), énumère les avantages que retireraient les compagnies de chemins de fer en substituant. dans les tunnels, au mode de pose de la voie sur traverses, celui qui consiste à fixer les rails sur longrines, sans ballast. Sans vouloir prendre parti sur cette question nous approuvons comme hygiéniste la critique formulée au Conseil municipal par M. Jolibois dans les termes suivants :

« On sait que la base du souterrain est constituée par un radier en béton de 0 m. 50 c. de profondeur — quand il n'y a pas malfaçon — destiné à assurer une fondation solide à l'ouvrage maçonné, et une assiette à la voie, celle ci devant. en raison de la fréquence des trains. présenter un profil en long et un profil en travers aussi parfaits que possible.

« De même que, en rase campagne, l'on pose la voie sur le sol par l'intermédiaire d'un ballast qui fut d'abord du sable et est généralement à l'heure actuelle constitué par des pierres cassées, et sans tenir aucun compte des tramways urbains, dont la voie est adéquate à la chaussée, de même on a construit la voie du Métropolitain sur ballast, sans aucun souci d'éviter ni les poussières calcaires ni les causes d'humidification sans paraître se douter que le ballast ainsi employé constituait un non sens technique.

« D'autre part, le premier soin d'un constructeur est d'assurer un écoulement rapide des eaux et pour cela de donner une forme convexe, en dos d'âne à la surface d'appui du ballast Ici c'est tout le contraire. Le radier affecte une forme concave celle d'une cuvette très prononcée, de sorte que toutes les eaux supérieures, après avoir traversé le ballast, y vont souillées. s'accumuler au fond. Le premier résultat de cette méthode est d'avoir transformé le radier en un véritable égout, réceptacle de matières usées, d'ailleurs augmentées par les équipes de nuit, dangereux pour la santé publique ; le second c'est de provoquer la formation dans les parties basses de la voie des nappes aqueuses agissant sur les rails de prise de courant et amenant naturellement des phénomènes d'électrolyse. Ainsi donc, autant l'on comprend dans la construction des voies ferrées en rase campagne l'emploi du ballast, autant il apparaît inutile, dangereux pour la superstructure du métropolitain. Dans les chemins de fer, on se sert du ballast pour compléter l'œuvre du terrassement, pour donner autant que possible une assiette invariable à la voie et parer, dans une certaine mesure, aux mouvements naturels du terrain dus aux intempéries. Dans le Métropolitain, rien de pareil, le ballast ne repose pas sur des terrassements sujets à déformations, mais sur un radier bétonné fixe et rigide. Alors, à quoi bon surcharger d'un ballast inutile ce terrain excellent, non sujet aux pluies et aux intempéries ? Dira-t-on que la présence du ballast a pour effet de donner plus de souplesse et d'élasticité à la voie ? Cela peut s'admettre dans une certaine mesure ; mais il existe nombre de moyens plus économiques et plus pratiques de résoudre cette difficulté fort secondaire.

« En tout cas, on fait jouer au ballast un rôle exactement contraire dans le souterrain à celui qui est le sien à ciel ouvert, ce matériel étant interposé tantôt comme corps souple, tantôt en raison de sa rigidité problématique.

« Un autre inconvénient du ballast, c'est son peu d'adhérence au radier. Cet inconvénient a été si grand qu'il a fallu, dans les courbes à faible rayon, lier les traverses entre elles, ou, le cas échéant les assujettir aux piédroits du souterrain.

« D'autre part, comment n'a-t-on pas compris que la voie du Métropolitain devait être lisse en vue d'écouler rapidement

dans des caniveaux appropriés les eaux de condensation, d'infiltration et de lavage ? L'asphaltage semble devoir constituer le revêtement désirable. »

On peut affirmer que les *poussières qui pénètrent dans le Métropolitain n'en sortent plus*. Le ballast est le grand réceptacle qui les recueille. Mais les poussières du dehors sont encore accrues par celles provenant de l'usure des rails, etc. Ces poussières sont si importantes qu'elles ont atteint une *épaisseur de plusieurs millimètres* dans la partie du tunnel comprise entre le Palais-Royal et l'Etoile. Ces poussières sont soulevées au passage des trains et sont respirées par les voyageurs et les employés. Perceptibles à la bouche, constatent MM. Albert Lévy et Pécoul, elles sont gênantes pour la respiration et possèdent une action irritante sur les yeux.

Des analyses chimiques faites sur les poussières provenant du Métropolitain de New-York ont établi qu'elles contenaient: Fer, 61,38 °/₀ ; matières organiques animales et végétales, 21,94 °/₀ ; silice et autres matières insolubles, 15,58 °/₀ ; huile, 1,18 °/₀. Il y a 61,6 milligrammes de poussières dans 28,32 m^3 d'air. Le maximum fut de 204 milligrammes. Il est probable que la composition chimique des poussières du Métropolitain de Paris est analogue à celle-ci. Il serait intéressant de connaître les analyses bactériologiques de ces poussières.

Il y a quelques années, M. le professeur Armand Gautier signalait le danger des fumées de Paris et montrait que les petites particules solides qui les composent forment autant de lames acérées qui pénètrent dans nos cellules pulmonaires. Ne peut-on pas accorder une action au moins aussi dangereuse à ces poussières de limailles que nous respirons dans les Métropolitains et qui viennent s'incruster dans notre parenchyme pulmonaire, lésant nos cellules comme autant de lancettes et venant y apporter les microbes et les matières organiques animales dont elles sont revêtues. C'est avec raison que M. Ranson disait le 9 novembre 1903 au Conseil municipal : « Il faut pouvoir enlever de temps en temps les poussières et les limailles qui, notamment aux abords des gares, recouvrent le ballast et les traverses, car ces poussières sont mises en suspension à chaque passage des trains et sont particulièrement désagréables. »

La Compagnie du Métropolitain a, d'ailleurs, nettoyé et brossé les parois de certains tunnels. Plusieurs ont été peints à la chaux. C'est là une initiative heureuse, car les poussières ont aussitôt diminué dans une notable proportion. Il serait désirable que semblable opération fût souvent renouvelée. Mais c'est là une mesure palliative :

L'asphaltage du ballast permettrait seul un nettoyage facile et réel de la voie dont les poussières ne constitueraient plus comme aujourd'hui un danger véritable.

*
* *

Si l'air du Métropolitain est, somme toute, peu sain pour ceux qui le respirent, si les poussières soulevées par les trains en marche sont dangereuses pour les poumons, il est certain que les employés qui passent une grande partie de la journée dans les gares ou dans les voitures doivent être les premiers à en subir les conséquences. Dès maintenant le nombre des employés est des plus importants puisqu'il atteignait le chiffre de 2.674 le 1er janvier 1906. Ce chiffre sera augmenté dans de notables proportions au fur et à mesure de la mise en exploitation des lignes en construction ou concédées.

Il semble évident à priori que les employés qui passent leurs journées au fond de cette cave mal aérée, au milieu de l'atmosphère surchauffée des voitures, ou dans les courants d'air des escaliers, ne doivent pas tarder à s'anémier et à devenir la proie de la tuberculose, cette maladie de l'obscurité, suivant l'expression de Juillerat.

Ne peut-on assimiler ces hommes à ces marins des navires de guerre qui deviennent tuberculeux parce qu'ils vivent sous les ponts, à l'abri de la lumière et du soleil, ainsi que le constatait à notre premier Congrès Henry Thierry ? Récemment, le Dr Devillier s'exprimait en ces termes :

« Les employés passent dans les voitures une grande partie de leur journée, et je crains fort que ce séjour n'entraîne à la longue un affaiblissement de l'organisme, une véritable anémie qui les prédisposera à la tuberculose. Ils se trouvent, en effet, dans les meilleures conditions pour contracter cette maladie, ils respirent du matin au soir un air vicié saturé à coup sûr de bacilles de Koch, contre lesquels leur organisme débilité finira à la longue par ne plus pouvoir réagir. Espérons que ces précisions pessimistes ne se réaliseront pas ! C'est d'ailleurs ce que l'avenir se chargera de nous apprendre. »

Il aurait été intéressant de connaître le nombre des cas de tuberculose constatés parmi le personnel du métropolitain. Mais la compagnie semble vouloir cacher jalousement les chiffres des malades et sans rien nous refuser ne nous a rien communiqué... Les cas sont de prime abord peu nombreux. Ils seraient même inférieurs, nous a-t-on déclaré, à la moyenne de celle des grandes compagnies. En réalité, les doléances du personnel, les renseignements qui nous ont été fournis par certains, lors de notre enquête, nous permettent de croire que les employés atteints sont beaucoup plus nombreux qu'on veut bien le dire. Mais dès qu'un homme maigrit et commence à tousser, dès qu'il paraît « suspect », aussitôt on l'envoie pendant trois mois à la campagne. Cette pratique est d'ailleurs excellente et, si l'homme est bien portant à son retour, sa place lui est rendue. Constate-t-on une lésion, il est aussitôt « réformé » comme ne pouvant assurer le service. Ainsi une statistique habile révèlerait peu de chose et nous ne connaîtrons jamais le nombre de ceux qui, devenus tuberculeux dans le métropolitain, l'ont quitté de cette façon.

Mais le chiffre réel des tuberculeux serait-il des plus réduits qu'il serait encore trop élevé par ce fait que les employés, choisis généralement parmi d'anciens militaires, ne sont acceptés qu'après deux examens médicaux successifs, très méticuleux. Nous sommes donc en présence de jeunes gens de 25 à 35 ans dans la force de l'âge sans aucune tare physique et qui normalement ne devraient pas fournir un seul tuberculeux : on peut donc se demander si ceux d'entre eux qui ont contracté la tuberculose ne la doivent pas au métropolitain.

En dehors de la tuberculose, les employés sont victimes d'accidents du travail ou d'affections professsionnelles. Il n'y a guère de particulier au métropolitain que certains cas d'hystérotraumatisme (amblyopies dues à l'électricité).

*
* *

Les métropolitains souterrains rendent les plus grands services aux populations qu'ils desservent et nous ne saurions terminer ce rapport sans rendre hommage à ceux qui ont su les organiser. Nous avons désiré appeler l'attention des pouvoirs publics sur certaines critiques que soulèvent les chemins de fer métropolitains au point de vue de l'hygiène. Il nous semblerait utile de réaliser le plus rapidement possible les réformes que nous avons formulées au cours de ce rapport. C'est pourquoi nous avons l'honneur de demander au IIe Congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitation de voter les vœux suivants ;

Conclusions. — 1° Il est indispensable d'assurer une ventilation permanente et énergique des tunnels dans les métropolitains souterrains. 2° Il est indispensable d'assurer une ventilation permanente et énergique des voitures des chemins de fer métropolitains. 3° Les règlements de police concernant le nombre maximum de voyageurs dans les voitures doivent être strictement appliqués. 4° Il est désirable que la sortie des voyageurs soit assurée par des quais et des escaliers indépendants de ceux par lesquels se fait l'entrée. 5° Toutes les barrières fixes disposées dans les stations, escaliers, quais, etc., doivent être rigoureusement prohibées. 6° Il serait bon que la voie du métropolitain soit rendue imperméable de façon à pouvoir être lavée périodiquement dans toute son étendue. 7° Les quais devraient être munis de crachoirs en nombre suffisant, établis conformément aux données de la science hygiénique. 8° Il est désirable de munir les stations importantes et celles de croisement de water-closets. 9° Tous les produits du balayage et du nettoyage du sol, des murs et des voitures devraient être recueillis dans des récipients spéciaux pour être ensuite incinérés. 10° Il serait bon de désinfecter chaque jour les voitures du métropolitain.

L'importance de la désinfection de l'habitation dans les maladies contagieuses (1).

Par M. le docteur **Allyre CHASSEVANT**.

Mesdames et Messieurs,

On vient de faire devant vous le portrait de la maison, de l'appartement et de la chambre salubres. Permettez-moi de vous donner quelques conseils pour ne pas les rendre insalubres par la façon dont vous allez y habiter. Je suppose que vous êtes tous déjà imbus des principes d'hygiène individuelle, aussi traiterai-je devant vous non pas des notions élémentaires d'hygiène domestique, mais des précautions à prendre pour lutter contre la propagation des maladies contagieuses, je veux vous exposer rapidement les mesures qu'il faut prendre pour assainir une habitation où a séjourné un malade.

Lorsque la maladie apparaît au foyer familial, le devoir du chef et de la mère de famille est de prendre, sous la direction du médecin, toutes les précautions pour éviter qu'il ne se crée un centre d'infection, pour empêcher la maladie de se propager aux autres membres de la familles et aux habitants du voisinage.

Ces mesures sont très simples, il faut toujours les prendre. Elles ont pour but non seulement d'éviter la propagation de la maladie, mais aussi de hâter dans une certaine mesure la guérison du malade en évitant les rechutes par réinfection.

Un premier principe s'impose : tout malade doit être isolé du reste de la famille. On le placera dans une chambre vaste, ensoleillée, largement aérée. Il faut enlever de la chambre du malade toutes les tentures, rideaux et tapis, tous les meubles inutiles ; l'idéal serait de n'avoir dans la pièce qu'un lit en fer à sommier métallique, quelques chaises et tables peintes et lavables. Le sol, uni, devrait pouvoir être lavé. Seules les personnes utiles au malade peuvent pénétrer dans sa chambre : infirmier, mère, médecin.

Les personnes admises à pénétrer auprès du malade doivent revêtir une blouse, qui sera retirée au sortir de la chambre. Disposer autant que possible dans la pièce qui précède la chambre du malade le vestiaire des blouses et un lavabo, muni de solutions antiseptiques et de savon, où se fera la toilette des mains de toute personne qui entre ou sort de la pièce.

Tous les excreta du malade doivent être recueillis dans la chambre, dans des vases clos, et être désinfectés avant d'être vidés dans les cabinets d'aisances. Le linge sale doit être placé dans un sac imperméable et confié au service de désinfection municipal lorsqu'il en existe un. Le nettoyage des linges doit en tout cas être précédé d'une désinfection ; le procédé, variable suivant les indications résultant de la nature de la maladie, sera décrit en détail par le médecin traitant.

On aura recours, pour la désinfection des fèces et de l'urine, au sulfate de cuivre, au lait de chaux, aux hypochlorites, à la destruction par incinération qui est le procédé le meilleur, mais qu'on ne peut pas malheureusement appliquer toujours ni partout.

Les linges souillés seront immergés dans une solution étendue d'eau de Javel.

Les planchers et les meubles seront nettoyés par lavage avec une solution antiseptique. Nous recommandons la formule proposée par M. Adam, professeur de l'Ecole d'Alfort.

Crésol........................	1 partie
Lessive de soude...............	1 partie

Mêler dans un récipient en terre, ce mélange dégage beaucoup de chaleur, on ne peut pas le faire dans des vases en verre.

Le mélange fait se dissout dans toute proportion dans l'eau. On le dilue dans 100, 200, ou 400 parties d'eau suivant les besoins ; il n'attaque pas le bois ni le métal, on peut donc l'employer partout.

Dans la plupart des pays, l'administration locale vient en aide aux particuliers et assure la prophylaxie des maladies contagieuses, au moyen d'un service de désinfection organisé par les pouvoirs publics.

En France, la déclaration d'un certain nombre de maladies épidémiques et contagieuses est obligatoire en vertu de la loi du 15 février 1902. Ce sont : la *fièvre typhoïde*, le *typhus exanthématique*, la *variole* et la *varioloïde*, la *scarlatine*, la *rougeole*, la *diphtérie*, la *suette miliaire*, le *choléra* et les *maladies cholériformes*, la *peste*, la *fièvre jaune*, la *dysenterie*, les *infections puerpérales* et l'*ophtalmie des nouveau-nés*, lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé ; la *méningite cérébro-spinale* épidémique.

Cette déclaration est facultative pour un certain nombre d'autres maladies : la *tuberculose pulmonaire*, la *coqueluche*, la *grippe*, la *pneumonie* et la *broncho-pneumonie*, l'*érysipèle*, les *oreillons*, la *lèpre*, la *teigne*, la *conjonctivite purulente* et l'*ophtalmie granuleuse*.

Nous ne saurions trop encourager les médecins et les particuliers à faire strictement ces déclarations, car pour lutter contre la maladie infectieuse, l'alliance étroite de toutes les initiatives individuelles et collectives est indispensable.

Si la maladie frappe un enfant qui fréquente l'école, un adulte qui travaille dans un atelier ou une administration, il serait désirable d'avertir aussi l'instituteur, les chefs compétents, de façon à ce que, par des mesures préventives, on évite toute propagation épidémique.

Au cours de la maladie, l'administration vient en aide au particulier en assurant l'enlèvement et la désinfection des linges salis par le malade ; à la fin de la maladie elle doit assurer la désinfection de l'habitation.

Il faut bien se pénétrer de l'importance de la désinfection des locaux d'habitation dans la prophylaxie des maladies contagieuses ; tout le monde connaît des histoires lamentables, où dans un même appartement, plusieurs personnes appartenant à des familles différentes qui sans se connaître, sont venues successivement y contracter la même maladie et y mourir. Le cas est fréquent pour la tuberculose et, je ne crains pas de le dire, j'ai vu dans certaines villes des propriétaires criminels, louer sans l'avoir désinfecté l'appartement meublé où avaient habité et où étaient décédés des tuberculeux, quoiqu'ayant reçu l'indemnité prévue pour faire la désinfection.

Je me rappelle, alors que j'étais étudiant, avoir connu un appartement d'un des riches quartiers de Paris infecté de diphtérie. Un enfant y était mort frappé de cette terrible maladie ; les parents inconsolables déménagent; puis successivement pendant 3 années, des familles viennent y habiter et toutes sont éprouvées par ce fléau, jusqu'à ce qu'enfin les progrès de la science aient appris que la désinfection pouvait détruire ce foyer mortel.

Il est donc indispensable de lutter contre le germe-épidémique des maladies contagieuses par la *désinfection* ; le particulier a donc le devoir d'avertir l'administration pour qu'elle lui vienne en aide et assainisse le foyer infecté. Mais il faut bien se pénétrer de cette idée qu'une *désinfection* doit être complète, insuffisante, elle donne une fausse sécurité, et devient nuisible.

La désinfection ne doit pas être exécutée comme un *rite* ni être appliquée uniformément et indifféremment de la même façon dans tous les cas. Une désinfection mal pratiquée enlève toute confiance dans le public car elle permet à l'infection de se propager. Je vais vous citer à ce sujet une observation personnelle.

Une jeune fille est atteinte d'oreillons, je signale le cas à la Préfecture de Police de Paris, et après sa guérison on fait procéder, d'après mes conseils, à la désinfection de l'appartement et de la literie par le service municipal ; on asperge copieusement les murs de sublimé, on

(1) Conférence populaire faite à *Victoria Hall* à Genève le 8 septembre 1906 à l'occasion et sous le patronage du II[e] Congrès international d'Assainissement et de Salubrité de l'Habitation.

passe les objets à l'étuve. La jeune fille va faire un séjour à la campagne chez sa grand'mère. Le beau-frère qui habitait en province vient à Paris, pendant l'absence de la jeune fille, il couche dans la chambre désinfectée, et y contracte les oreillons.

Résultat : on ne croit plus dans cette famille à l'utilité de la désinfection ; une désinfection mal faite ayant donné une fausse sécurité.

Il est donc du devoir strict de ceux qui ont la responsabilité des services de désinfection d'exiger leur parfaite exécution et de se tenir au courant des progrès de la science.

On ne doit pas appliquer uniformément dans tous les cas les mêmes procédés, car les modes de propagation des diverses maladies contagieuses ne sont pas les mêmes. Chez un malade atteint de fièvre typhoïde, c'est surtout les matières fécales et les urines qui sont dangereuses ; dans un cas de diphtérie, ce sont les expectorations et le mucus nasal : un varioleux propage sa maladie par les desquamations de son épiderme. La transmission des germes s'opère souvent par un intermédiaire animé, qu'il faut détruire ou éloigner.

Le professeur Chantemesse et le Dr Borel ont montré le rôles des mouches dans la propagation de la fièvre typhoïde et du choléra ; celui des moustiques dans la propagation de la fièvre jaune et de paludisme est actuellement bien démontré. Il faut donc prévoir la destruction de ces ennemis ailés, et surtout empêcher qu'ils ne pénètrent dans la chambre du malade, y chercher les germes qu'ils emmèneront au loin.

Le rat est l'intermédiaire de la peste, sa destruction sytématique s'impose.

On ne se préoccupe pas non plus suffisamment du rôle des animaux domestiques dans la diffusion des maladies. M. le Dr Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, vient tout récemment d'attirer notre attention sur ce mode de contage en relatant le transport de la fièvre scarlatine par un chat. Des expériences concluantes qu'il a entreprises montrent que la fourrure des chat et le pelage des chiens est un excellent support pour la plupart des microbes pathogènes (1). Il faut donc éloigner les animaux domestiques du contact des malades, dont il se font trop volontiers les commensaux.

Le chef d'un service de désinfection doit donc être un médecin très au courant des divers modes de contagion des diverses maladies. Il doit obtenir de son personnel une exécution exacte des procédés de désinfection dont il connaît l'efficacité, et modifier sa pratique suivant les indications. On ne doit pas désinfecter un appartement après une fièvre typhoïde, comme après une tuberculose. Les procédés actuels de désinfection nous offrent toute une série de pratiques que nous pouvons judicieusement appliquer à chacun des cas particuliers.

Nous possédons actuellement un agent de désinfection gazeux très efficace, c'est *l'aldéhyde formique* ou formol ; mais il faut se rappeler que c'est surtout un désinfectant qui agit en surface. Pour la désinfection des linges et objets de literie, il faut préférer les étuves à vapeur d'eau fluente, combinées avec l'action du vide et des vapeurs de formol. De nombreux inventeurs ont imaginé d'excellents dispositifs pratiques ; avant de les adopter, on les soumet, en France, au contrôle sévère d'une commission déléguée par le Conseil supérieur d'hygiène qui ne les autorise qu'après s'être assuré expérimentalement de leur efficacité.

La plupart des villes sont soucieuses de maintenir leur outillage au niveau des besoins et de les transformer pour qu'ils répondent aux desiderata des progrès de la science.

A Paris, le service de désinfection, remarquablement organisé, en 1881, par notre regretté ami, le Dr Josias, est en train de subir un remaniement complet. Une Commission, récemment constituée, étudie les modifications indispensables à réaliser pour mettre son organisation en harmonie avec les exigences actuelles d'une désinfection efficace ; nous espérons que cette Commission fonctionnera d'une façon permanente et pourra ainsi maintenir le service au niveau des progrès incessants de la science. Il nous semble, en effet, préférable et plus économique, de modifier constamment le matériel suivant les besoins, plutôt que de procéder, par à-coups, à des transformations radicales ; car il faut donner constamment à une ville l'outillage permettant d'exécuter une désinfection réelle et complète dans tous les cas, tout en économisant les dépenses. C'est le seul moyen de convaincre, même les plus réfractaires, et de les amener à reconnaître l'utilité de la désinfection ; c'est aussi la seule façon d'éviter l'éclosion des épidémies.

Permettez-moi, en terminant, de vous rappeler quelques exemples qui démontrent combien des mesures prophylactiques bien comprises sont efficaces. L'an dernier, le choléra, importé de Mandchourie, traverse la Russie et pénètre en Allemagne. Le gouvernement allemand, par des mesures prophylactiques bien comprises et strictement exécutées, localise l'épidémie dans des limites étroites et empêche sa réapparition en 1906.

Un émigrant russe importe le choléra à Hambourg ; cette ville a été déjà, à plusieurs reprises au cours du XIXe siècle, le siège de lamentables et mortelles épidémies. Actuellement, un service sanitaire y est organisé, et la surveillance des émigrants y est strictement pratiquée. Le cholérique y est soigné et isolé ; on procède aux désinfections nécessaires, le cas reste unique, la ville n'est pas inquiétée et l'épidémie est étouffée dans son œuf.

Autre exemple : un cas de peste bubonique se déclare au Havre, tout récemment ; grâce à la vigilance du directeur de la 2e circonscription sanitaire maritime, le Dr Borel, et à la collaboration du directeur du Bureau d'hygiène, le Dr Pottevin, ce cas reste unique et la peste épargne notre beau port de commerce.

Une épidémie de suette miliaire fait, cet été, son apparition dans les Charentes ; des mesures efficaces de désinfection et de prophylaxie sont prises par M. Mirman et le Prof. Chantemesse : l'épidémie est rapidement circonscrite et s'éteint sans causer d'importants ravages.

Nous pouvons donc conclure que la collaboration intime des pouvoirs publics et des particuliers doit tendre à faciliter l'exécution de toutes les mesures de prophylaxie et de désinfection. La déclaration des maladies contagieuses, la désinfection efficace des locaux d'habitation permet d'enrayer la propagation des maladies et d'améliorer la santé publique. Criminels seraient ceux qui, par leur incurie ou leur mauvais vouloir, entraveraient l'exécution de ces mesures tutélaires.

Radiologie médicale (1906, 9e année). *Cours de vacances*, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours, du dimanche 14 octobre au dimanche 21 octobre. — Matin, 10 heures. Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. Matin, 11 heures. Examens pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac. Soir, 2 heures. Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique, librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, commencera le *dimanche 14 octobre à 10 heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie (2e étage). — Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 15 octobre, dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

(1) Voir l'*Hygiène générale et appliquée*, n° 8, p. 480.

VARIA

Un hôpital de province sous l'ancien régime : Les origines de l'hôpital de Montaigu-en-Vendée.

Au lendemain de l'inauguration du nouvel hôpital de Montaigu, que le Dr G. Clémenceau, ministre de l'Intérieur, vient de célébrer au cours d'un voyage sensationnel dans la Vendée, son pays natal, il n'est peut-être pas sans intérêt et il est à coup sûr d'actualité, de rappeler les origines de l'ancien hôpital de Montaigu. Cette histoire a été écrite par notre distingué confrère et ami le Dr G. Mignen (1), de Montaigu, fondateur du premier Syndicat médical français, qui est, en outre, un érudit pour lequel l'histoire de la Vendée et du Bas-Poitou, n'a pas de secrets.

M. le Dr Mignen a compulsé les précieuses archives de l'hôpital de Montaigu. Ces archives furent mises à l'abri de la destruction qui les menaçaient durant la tourmente révolutionnaire par le Dr Louis-François Richard, dont le fils est actuellement cardinal-archevêque de Paris.

L'aumônerie de Montaigu fut fondée vers 1150, par Brient I de Commequiers, seigneur de Montaigu. Dans une charte de 1174, son fils, Maurice II, assura à la nouvelle fondation nombre de privilèges et de bénéfices, puis, dans une seconde charte de 1202, le même seigneur confirma la première et augmenta la richesse de l'aumônerie. M. le Dr Mignen, a publié le texte latin de ces deux chartes et leur traduction. Maurice II, ayant souci de l'avenir de son aumônerie la « mit « en mains et en la protection du vénérable père, Monsieur « Guillaume, évêque de Poitiers ». Le but de l'aumônerie dans la charte de 1174, était d' « y recevoir les pauvres ma« lades et les pellerins », et de « subvenir à la nourriture et « subsistance desquels et à celle du prieur et des frères qui y « seront pour y servir Dieu et les pauvres. »

L'aumônerie entretenue par la jonction des Confréries de Montaigu, réunies en une seule sous la direction d'un Prieur, fonctionna tant bien que mal pendant trois siècles, quand survint la Réforme et les guerres de religion, dont Montaigu eut plus particulièrement à souffrir. Le Prieur de l'aumônerie ne parvint plus à se faire payer les redevances par les possesseurs de fiefs avoisinants, redevances qui assuraient les revenus de l'établissement hospitalier. Les titres s'étaient peu à peu égarés, beaucoup de nobles donateurs avaient embrassé le protestantisme et s'étaient soustraits aux obligations de leurs ancêtres.

L'aumônerie ne remplissait donc plus son rôle quand Louis XIII ordonna en 1641 de faire des recherches sur l'aliénation et l'usurpation de ses bénéfices dans l'évêché de Luçon et plus particulièrement dans la paroisse des Herbiers. Ces recherches amenèrent la découverte des chartes de fondations égarées dans les archives du château du Landreau. On put se rendre compte des biens de la fondation et les conséquences de la mauvaise administration des Prieurs de l'Aumonerie furent sans doute en partie réparées puisque en février 1696 Louis XIV délivra des « *Lettres patentes pour l'établissement de l'hôpital de Montaigu en Poitou et l'Union des Maladreries* ». D'après ces lettres, un hôpital fut créé avec les biens et revenus de l'Aumônerie et ceux que l'ordre de Saint Lazare détenait pour les léproseries ou maladreries dans la région (2) ; en outre l'hôpital fut déclaré apte à recevoir des successions, les dons et des legs. Il devait être conduit et gouverné par quatre administrateurs de la ville, le premier désigné par l'Evêque de Luçon, le second par le baron de Montaigu, le troisième par la Noblesse vassale de la baronnie, le quatrième par le chapitre de l'Eglise collégiale. Ces administrateurs nommaient un receveur qui remplissait les fonctions d'Econome; administrateurs et receveur étaient nommés pour trois ans. Il se réunissaient un jour par semaine à l'hôpital sous la présidence de l'administrateur désigné par l'Evêque qui avait la charge de la conduite spirituelle de l'hôpital.

Outre ces réunions hebdomadaires du conseil que nous appellerions aujourd'hui la commission administrative, il était tenu tous les ans une assemblée générale, toujours sous la présidence de l'administrateur épiscopal. Mais à cette assemblée générale assistaient, outre les administrateurs et le receveur, le doyen et un député du chapitre, et les officiers de justice de Montaigu, ayant tous voix délibérative avec le droit d'intervenir dans la modification des règlements, la vérification des comptes, la conduite, la police et le gouvernement de l'hôpital. En cas de procès, l'hôpital relevait du même juge royal que la ville de Montaigu et pouvait en appeler au parlement de Paris.

Cette courte histoire, qui est celle de la plupart des fondations hospitalières de l'ancien régime, montre combien elles étaient mal administrées et le désordre qui régnait dans ces établissements dont les gestionnaires en laissaient égarer jusqu'aux titres de propriété. Un jour, nous rapporterons la curieuse histoire d'une léproserie d'Auvergne qui n'est pas sans analogie avec celle de l'aumônerie de Montaigu ; car les biens de cet asile hospitalier furent aussi dissipés ou habilement détournés de leur destination philantropique par un Prieuré d'Augustins. Nous relaterons alors tous les efforts que durent faire les administrateurs de l'hôpital voisin, devenu possesseur des biens de la léproserie en vertu des édits royaux, pour prendre jouissance des dotations faites à la léproserie. Il fallut pour cela un procès de plus d'un siècle avec les prieurs Augustins procès qui ne se termina que par un compromis à la veille de la Révolution. Il est intéressant de constater dans les lettres patentes qui établissent l'hôpital de Montaigu, les précautions que Louis XIV crut devoir prendre ; tout en laissant au clergé une grande part dans le choix et la direction de l'administration hospitalière, il tint à en assurer le contrôle en y adjoignant un important élément laïque composé des délégués de la noblesse et de ses propres officiers de justice.

J. Noir.

(1) Chartes de Fondations pour l'Aumônerie-Hôpital de Montaigu, par le Dr G. Mignen (Servant-Mahaud, impr. La Roche-sur-Yon, 1894).

(2) A la suite de la disparition de la lèpre au XVIe siècle, François Ier, Henri IV et enfin Louis XIV édictèrent tour à tour la suppression des léproseries et la réunion de leurs biens aux hôpitaux les plus voisins.

Les aumoniers des hôpitaux

La *Revue d'organisation et de défense religieuses* publie cette circulaire :

Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques

Hospices et hôpitaux
Désignation des aumoniers

Paris, 2 août 1906.

Monsieur le préfet,

Certains règlements intérieurs d'hospices, d'hôpitaux ou asiles d'aliénés faisaient naguère intervenir l'évêque dans la désignation des aumôniers et, laissant évidemment le choix de ceux-ci au préfet, soumettaient ce choix à l'agrément de l'évêque.

La loi sur la séparation des Eglises et de l'Etat a modifié cet état de choses ; avec le ministre de l'instruction publique et des cultes, je considère que toutes dispositions de ce genre sont devenues caduques. L'évêque n'a plus aucun caractère officiel ; il est sans qualité pour nommer, agréer ou présenter le titulaire d'un emploi public. Le préfet n'a même point à aviser officiellement l'évêque de la nomination qu'il aura faite. Vous voudrez bien vous inspirer de ces instructions.

Le ministre de l'intérieur,
G. Clémenceau.

Inauguration du sanatorium d'instituteurs. — Le sanatorium d'instituteurs, édifié à Sainte-Feyre-Guéret, après cinq années d'études et de travaux persévérants, sera solennellement inauguré le dimanche 7 octobre 1906. M. Léon Bourgeois, ministre des affaires étrangères, et président de l'Association contre la tuberculose, a bien voulu accepter de présider cette cérémonie. On espère également la présence de M. le ministre de l'instruction publique et de hautes personnalités universitaires, politiques et médicales. La séance d'inauguration aura lieu à midi et sera suivie, vers deux heures, d'un banquet par souscription au prix de 4 fr. 50, qui devront être adressés au plus tôt, avec l'adhésion, à M. Murgier, commissaire général au sanatorium de Sante-Feyre (Creuse).

FORMULES

LXXX. — Contre le nervosisme.

Bromure de potassium...............)
Bromure de sodium................... } ââ 1 gr.
Bromure d'ammonium................)
Sirop de chloral...................... 10 gr.
Sirop de codéine...................... 20 gr.
Eau chloroformée...................... 40 gr.
Eau de tilleul.......................... 80 gr.
Eau de fleurs d'oranger.............. 10 gr.

2 à 4 cuill. à café par jour. (Herzen).

LXXXI. — Contre l'urticaire.

Lotions avec de l'eau additionnée d'une ou deux cuillerées de :

Acide phénique........................ 2 gr.
Menthol................................ 5 gr.
Chloroforme........................... } ââ 15 gr.
Ether sulfurique...................... }
Eau de Cologne........................ 110 gr.

pour poudrer avec :

Oxyde de zinc.........................)
Benzoate de bismuth.................. } ââ 10 gr.
Talc stérilisé..........................)
Camphre pulvérisé.................... 1 gr.
Menthol pulvérisé..................... 0 gr. 50

(Kalb).

Actes de la Faculté de médecine de Paris.

Clinique des maladies du système nerveux (M. le professeur F. Raymond). — *Cours complémentaire et pratique* (3e série) *de neuropathologie*, sous la direction du Dr Henri Claude, avec le concours et la collaboration de MM. Lejonne, chef de clinique de la faculté ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du service ophtalmologique ; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique ; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique.

Le second cours commencera le 15 octobre 1906 et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 5 heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique ; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours : Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade, hémiplégie, hémorragie et ramollissement cérébral, tumeurs cérébrales, aphasies, encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile), méningites, hémorragies méningées, ponction lombaire, syndrome cérébelleux, maladie de Friedreich, syndrome bulbo-protubérantiels, paralysies bulbaire, myélites aiguës, paralysie infantile, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, tabes, scléroses combinées, compressions de la moelle, syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval, tuberculose des centres nerveux, syphilis des centres nerveux, paralysie générale, atrophie musculaire progressive, atrophies musculaires en général, myopathies, polynévrites, paralysie des plexus, névralgies (faciale, sciatique, etc.), épilepsie, hystérie, neurasthénie, psychoses, maladie de Parkinson, chorée, tics, tremblements, examen électrique, électrothérapie, examen des oreilles, examen des yeux.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre et décembre ; la sseconde en février et mars ; la troisième en mai et juin. Le droit à verser est fixé à 80 francs. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la faculté (guichet no 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

Ecole navale de Toulon. — Un concours pour l'emploi de professeur de physique biologique à l'école annexe de médecine navale de Toulon sera ouvert au mois d'octobre prochain. Le lieu et la date d'ouverture de ce concours seront fixés ultérieurement.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 16 au samedi 22 septembre 1906, les naissances ont été au nombre de 992, se décomposant ainsi : légitimes 729, illégitimes 263.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 796, savoir : 413 hommes et 383 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 0. — Rougeole : 0 — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 7. — Diphtérie et Group : 4. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 204. — Tuberculose des méninges : 7. — Autres tuberculoses : 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : 44. — Méningite simple : 10. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 31. — Maladies organiques du cœur : 56. — Bronchite aiguë : 6. — Bronchite chronique : 20. — Pneumonie : 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 54. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 13 ; autre alimentation : 38. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 6. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 16. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 27. — Débilité sénile : 31. — Morts violentes : 35. — Suicides : 10. — Autres maladies : 106. — Maladies inconnues ou mal définies : 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 46, qui se décomposent ainsi : légitimes 28, illégitimes 18

Distinctions honorifiques. — Par décret du président de la République en date du 28 septembre 1906, M. le Dr Sourbès, médecin de l'hospice de Mezin (Lot-et-Garonne) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Sont promus : *Médecins-majors de 1re classe*. — Les médecins-majors de 2e classe Guirlet, du 29e art. maintenu ; Peyret, du 21e inf., maintenu ; Coste, du 53e inf., maintenu ; Pierron, du 39e inf., maintenu ; M. Darricarrère, médecin-inspecteur, promu, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'aamée. M. Heuyer, médecin-inspecteur, membre du Comité technique de santé, est nommé directeur de santé du gouvernement militaire de Paris.

Corps de santé maritime. — Sont promus :

Médecin en chef de 1re classe : le médecin en chef de 2e classe Ludger ; Médecin en chef de 2e classe ; le médecin principal Geay de Couvalette ; Médecin principal ; le médecin de 1re classe Duclot.

Service de santé de la marine. — Par décision ministérielle du 29 septembre 1906, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été reconnus admissibles, après concours, à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Ligne médicale. — 1 Hamet (Henri-Louis) ; Yver (Edouard-Joseph) ; Blazy (Joseph-Célestin) ; Le Jeune (Olivier-Alphonse-Julien) ; Hédérer (Charles) ; Curet (René-Charles-Marie) ; Pichon (Pierre) ; Gallet (Charles-Auguste-Fernand) ; Thomas (Louis-Auguste) ;

10 Artur (René-François-Eugène) ; Granié (Pierre-Augustin) ; Thiédu (Daniel-Jacques-Louis) ; Rouiller (Jean-Louis) ; Auguste (Ernest-Théophile) ; Sicé (Marie-Eugène-Adolphe) ; Vincens (Lucien) ; Solcart (Paul) ; Beauvallet (Henri-Célestin) ; Hervier (François-Félix-Albert) ;

20 Bizard (Georges) ; Alexandre (Albert-Paul) ; Henry (Victor-Nicolas-Louis) ; Les an du Plessix (Jules) ; De Bouragne (Roger-Charles-Augustin-Marie) ; Melchior (Joseph-Xavier-Georges) ; Decomis (Alexandre-Marie-René) ; Calvi (Louis-Robert-Laurent) ; Robert (Marie-Joseph-Ferdinand) ; Franck (Alexis-Jean-Henri) ;

30 Cahuzac (Marie-Germain-Louis-Emile) ; Moutet (Xavier-Marie-Emmanuel) ; Ratel (Paul-Auguste-Louis) ; Cougard (Yves-Marie) ; Boileau (Alexandre-Louis-Edouard-Alphonse) ; Soulayrol (Georges-Edmond-Maurice) ; Chastel (Jean-Antoine-Louis) ; Moreau Neveu (Auguste-Pierre) ; Vincent (Maurice-René) ; (Georges-Clément-Alphonse) ;

40 Saporte (Félix-Bonaventure-François) ; Léger (Marie-Anatole) ; Baus (Gabriel-Virgile-Joseph) ; Huot (Victor-Louis) ; Boutin (André-Victor-Marie) ; Commenge (Auguste-Henri-Louis) ; Gaussen (Charles) ; Bahin (Edouard-Joseph) ; Sarramon (Armand-Théodore-Joseph) ; Le Dentu (Georges-Joseph-Albert) ; Gand... (Paul-Gabriel-Marie).

Ligne pharmaceutique. — 1. Salle (Charles-Paul) ; 2. Le Her (Jules-Michel-Marie) ; 3. Deleurme (Georges-Jules).

Ont été nommés par la même décision élèves du service de santé de la marine à Bordeaux, les étudiants en médecine et en pharmacie désignés ci-après qui ont déjà accompli une année de service militaire :

Ligne médicale. — Gallet, Rouiller, Auguste, Vincens, Lescan du Plessix, Moutet, Ratel, Gougard, Boileau, Soulayrol, Chastel, Neveu, Vincent, Moreau, Baus, Boutin et Sarramon.

Ligne pharmaceutique. — Deleurme.

Ces élèves devront être rendus à l'école de Bordeaux le 20 octobre 1906. Les étudiants en médecine et en pharmacie non encore inscrits sur les tableaux de recensement devront, s'ils remplissent les conditions d'aptitude physique exigées, contracter, avant leur entrée à l'école, le double engagement prévu par le décret du 6 avril 1906 (*Journal officiel* du 10 du même mois). Ils auront, à cet effet, à se présenter du 1er au 5 octobre 1906, munis du certificat d'admissibilité, à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux (modèle annexé au décret susvisé) qui va leur être adressé, au commandant du bureau de recrutement dont ils relèvent pour être visités ; ils souscriront ensuite leur engagement au titre des équipages de la flotte.

Ceux de ces jeunes gens domiciliés ou en résidence dans le département de la Seine devront se présenter au ministère de la marine (bureau de l'état-major de la flotte), de dix heures à midi et de deux heures à quatre heures.

Les élèves démissionnaires seront remplacés de manière à compléter l'effectif au moment de l'ouverture des cours. Tout élève admis qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministère de la marine dans le plus bref délai possible, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteur.

MESURES PROPHYLACTIQUES CONTRE L'ÉMIGRATION DANS LA RÉPUBLIQUE DE COLOMBIE. — Le ministre de l'Intérieur avise les Préfets qu'un décret présidentiel, en date du 14 juillet 1906, impose à tout étranger débarquant sur le territoire de la République de Colombie l'obligation de présenter un passeport visé par les autorités colombiennes du pays de provenance.

Aux termes du même décret, le débarquement pourra être interdit à tout voyageur suspect et, dans ce cas, le navire qui l'aura transporté en Colombie sera tenu de le ramener dans son pays. Il sera procédé de même en présence de toute irrégularité constatée dans le libellé du passeport. Enfin, l'entrée du pays est également interdite à toute personne qui aura été reconnue atteinte de maladie contagieuse par le médecin du service sanitaire du port de débarquement.

COURS DE Mme CURIE A LA SORBONNE. — Mme Pierre Curie commencera son cours en Sorbonne le lundi 5 novembre, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de physique. Elle traitera de la « Radioactivité ». Le cours aura lieu tous les lundis à la Sorbonne.

L'ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE DE TOULON. — En raison des cas de dysenterie qui se sont produits à bord de bâtiments de l'escadre, à Toulon, le préfet maritime a fait connaître aux chefs de service et commandants de navire séjournant dans l'arsenal principal et dans celui du Mourillon qu'il est expressément défendu de boire de l'eau qui n'est pas indiquée comme « potable », et qu'il est interdit de faire n'importe quel lavage autour des pompes-fontaines.

Le service des travaux hydrauliques et la gendarmerie sont chargés d'exercer une surveillance spéciale pour assurer l'exécution de ces prescriptions.

CONFÉRENCE CONTRE LE CANCER. — La conférence internationale de recherches sur le cancer a été close à Francfort par le président Leyden, conseiller intime, après des remerciements adressés tout particulièrement aux membres anglais, français et autrichiens. M. Leyden a fait remarquer dans son discours de clôture que les progrès réalisés dans l'étude de la maladie du cancer, qui sont dus à des expériences sur les animaux, faisaient espérer que, dans un délai assez rapproché, on pourrait combattre ce mal avec succès. (*Le Temps.*)

EFFECTIF DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DES TROUPES COLONIALES. — Décret du 8 septembre. — Art. 1er. — Les effectifs des médecins et pharmaciens des troupes coloniales sont données par le tableau ci-après (1) :

Médecins inspecteurs généraux (2)	»
Médecins inspecteurs (2)	»
Médecins principaux de 1re classe	12
Médecins principaux de 2e classe	18
Médecins-majors de 1re classe	88
Médecins-majors de 2e classe	175
Médecins aides-majors de 1re classe / Médecins aides-majors de 2e classe	141
Pharmaciens principaux de 1re classe	1
Pharmaciens principaux de 2e classe	2
Pharmaciens-majors de 1re classe	5
Pharmaciens-majors de 2e classe	19
Aides-majors de 1re classe / Aides-majors de 2e classe	19

Art. 3. — Les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé des troupes coloniales qu'il serait nécessaire d'entretenir hors cadres ne sont pas compris dans les effectifs ci-dessus. Leur nombre, celui des médecins, pharmaciens et officiers d'administration nécessaires pour assurer leur relève, ainsi que le budget sur lequel les uns et les autres sont payés, sont déterminés d'un commun accord entre les ministres intéressés.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. ISIDOR VON NEUMANN, professeur de dermatologie et syphiligraphie à l'Université de Vienne, et celle de M. O. VIERORDT, professeur de médecine interne à l'Université de Heidelberg. M. le Dr GABRIEL TOUJAN est décédé à l'hôpital français de Tunis, à l'âge de 25 ans.

Chronique des hôpitaux.

LAÏCISATION L'HOSPICE A GRENOBLE. — Pendant la dernière session, le conseil général avait décidé que l'hospice départemental du Ferron serait laïcisé le 1er janvier prochain et l'aumônier supprimé, le culte devant être assuré par le clergé voisin. Les religieuses refusèrent par protestation d'attendre le délai prévu et quittèrent hier l'établissement ; elles ont été aussitôt remplacées par le personnel laïque ; de son côté, l'aumônier quittera volontairement ses fonctions cette semaine. (*L'Aurore*, 30 octobre 1906.)

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions : Pathologie : 1° Fractures du crâne ; 2° Angine diphtérique.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX reprendra ses séances, comme d'habitude, le vendredi 12 octobre, à 4 heures 1/2.

Enseignement libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr BANZET, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soirs à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

(1) Les effectifs ci-dessous sont des maximums. Leur répartition entre la France et les colonies est faite après entente entre les ministres de la guerre et des colonies.

(2) Les effectifs des médecins inspecteurs généraux et médecins inspecteurs seront fixés par une loi spéciale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ALCAN-LÉVY
117, rue Réaumur.

O'Followell. — Le sérum marin. Broch. de 38 pages.
Jolivel (Mme). — Bicêtre, autrefois et aujourd'hui ; de la perfectilité des idiots. Broch. de 50 pages. Baudry à Vesoul.
Petit (G.). — Le sérum antituberculeux de Marmoreck. Broch. hr. in-8° de 8 pages. Extrait de la *Revue internationale de la tuberculose.*

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

Baseilhac. — Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages, 1804. Editition de Gabon. Prix..... .... 10 fr.
Berlioz (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix.............................. 2 fr.
Demarquay (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In-8° de 628 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Pr. 8 fr.
Dubourg (Elisée). — Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix................ 1 fr.
Henrotay (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8° de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'Anvers*, 1896.. 0 fr. 50
Pasquier. — Observations d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull. méd. du Nord*. Prix.. 0 fr. 50
Reybard (J.-F.). — Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Pr. 8 fr.
Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. In-8 de 1080 pages, 2e édition, 1885.
Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. In-8 de 1100 pages, édition Baillière, 1888.
Snéguireff. — Les hémorragies utérines. In-8 de 170 pages, édition française rédigée par Varnier, 1886. Steinheil, éditeur.
Demarquay (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. In-8 de 630 pages. Ouvrage publié par Voelker et J. Cyr. 1877, édition Delahaye.
Berlioz (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. Broch. in-8 de 144 pages, édition Doin, 1887.
Monvenoux. — Les matières grasses dans l'urine. In-8 de 100 pages, 2 vol. avec planches, 1884.
Civiale. — Collection de calculs urinaires. Broch. de 80 pages. Edition Rothschild, 1869.
Norstrom (G.). — Massage dans les affections du voisinage de l'utérus. Broch. de 140 pages. Edition Babé, 1892.
Guillon (P.). — Contribution à la chirurgie des voies urinaires. In-8 de 220 pages, avec figures, 1879.
Thompson (H.). — Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires. Traduction de R. Janin. In-8 de 248 pages, avec figures, 1885.
Reliquet et Guépin. — Les glandes de l'urèthre. Broch. de 130 pages. Edition Bataille, 1895.
Boissard (A.). — Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. Broch. de 114 pages, 1883.
Malécot. — De la spermatorrhée. Broch. in-8 de 130 pages. Edition Doin, 1881.
Conzette. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. Broch. de 84 pages, 1890.
Bonnaire. — Du périnée obstétrical, ampliation physiologique et effractions. In-8 de 77 pages, 1891.
Pichevin (R.). — Des abus de la castration chez la femme. In-8 de 124 pages, 1890.
Félizet. — De la circoncision. Broch. in-8 de 48 pages, avec figures, 1891.
Braquehaye. — De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Extrait du *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1890.
Bazy. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. Broch. in-8 de 50 pages, 1883.

VIENT DE PARAITRE
EN VENTE AUX BUREAUX DU
PROGRES MÉDICAL,
14, rue des Carmes.

CHIRURGIE BIOLOGIQUE
par L. LONGUET.

1er fascicule. Un vol. in-8° de 140 pages. Prix 4 fr.
Pour nos abonnés.. **3 fr.**

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 41 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 13 OCTOBRE 1906

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 20 Octobre**, *ce numéro devant paraître le 3 novembre.*

ÉPIDÉMIOLOGIE

La peste et son mode de propagation ;

Par le Prof. **CHANTEMESSE** et le Dr **BOREL** (1).

(*Suite et fin.*)

Les formes cliniques de la peste chez le rat et chez l'homme. — Mais les notions précédentes ne suffisent pas pour rendre compte de tous les faits épidémiologiques, et certains échappent aux explications qu'on en pourrait fournir avec leur aide. En effet, la peste n'est pas une affection à forme unique aussi bien chez le rat que chez l'homme ; elle revêt même quelquefois, suivant les saisons, des aspects tout différents les uns des autres, aussi divers au point de vue de la contagion que peuvent l'être, par exemple, le paludisme et la pneumonie infectieuse. Chez le rat, la peste se manifeste sous deux formes : l'une dite gastro-intestinale et l'autre septicémique. Dans l'une, le microbe aura pour habitat principal l'intestin de l'animal et il en sortira avec les déjections. Dans l'autre, le microbe de Yersin existera dans le sang du rat et seule la piqûre d'un insecte pourra l'y puiser pour l'inoculer ensuite soit à un autre animal, soit à l'homme. Si le microbe a, chez le rat, un double habitat, sa transmission à l'homme pourra s'effectuer de manières différentes et les formes cliniques de la peste humaine varieront également. Une puce inocule le microbe de Yersin à un individu : chez lui se produit une forme bubonique lorsque le ganglion résiste, ou septicémique d'emblée si l'infection se généralise de suite. Le microbe se trouve dans les déjections des rongeurs, il arrive à l'homme soit par les voies respiratoires, soit par les voies intestinales charrié par les aliments. Dans le premier cas nous aurons une pneumonie pesteuse et dans le second cas une forme abdominale ou entérique (1) ; cette dernière forme a été discutée, elle paraît néanmoins réelle, quoique très rare.

Nous voici obligés d'apporter à la théorie de la non-contagion de la peste par les malades une restriction certaine. En effet, dans quelques-unes de ses formes, la peste peut se transmettre d'un homme à un homme. Ce sont peut-être ces faits isolés qui, généralisés, ont pu faire croire à la fréquence d'un semblable mode de propagation. Nous allons voir quelle minime influence ils possèdent en réalité dans l'extension des épidémies.

Nous serions mal venus à prétendre que des malades atteints de pneumonie pesteuse ne sauraient contaminer les personnes de leur entourage. Les faits observés à Vienne et dans plusieurs autres endroits prouvent le contraire ; un autre exemple d'une telle étiologie s'est également produit à Smyrne où un malade atteint de pneumonie pesteuse a contaminé un certain nombre de membres de sa famille ou de son voisinage immédiat. Une autre forme de la maladie peut, indirectement, se propager d'homme à homme : c'est la septicémie pesteuse. Dans ce cas, le microbe charrié dans le sang même de l'homme peut être transporté et inoculé sur un autre sujet par l'intermédiaire de certains insectes, moustiques ou puces.

Un exemple frappant de ce mode de contagion s'est produit au lazaret du Frioul, à Marseille : tous les cas éclos pendant une petite épidémie furent des cas de septicémie pesteuse et la présence du bacille de Yersin fut signalée dans le sang des malades. Or, à cette saison là, le lazaret était infecté de moustiques (culex pipiens). Des recherches plus étendues ne purent être tentées, les deux médecins présents ayant été atteints à leur tour de la peste. Ces faits de transmission sont donc indéniables ; mais si l'on consulte les statistiques des diverses formes de la peste, on verra que la pneumonie et la septicémie pesteuses fournissent à peine 10 p. 100 de la totalité des cas, et encore la plupart de ceux-là sont secondaires, c'est-à-dire consécutifs à une atteinte bubonique qui se généralise. Ce pourcentage peu élevé est une preuve

(1) Cet article est un des chapitres de l'ouvrage intitulé : *Hygiène internationale* : Frontières et Prophylaxie qui paraîtra incessamment chez M. O. Doin, éditeur à Paris.

(1) G. CLEMOW. — Des formes cliniques de la peste, Constantinople 1900.

de la rareté de ces localisations anatomiques. A ne considérer ce chiffre qu'en lui-même, on peut le trouver assez fort pour craindre que ces formes ne constituent un facteur important de diffusion. Mais les faits du genre de ceux qui se sont produits à Vienne, à Smyrne et en plusieurs autres endroits, en Russie notamment, ont prouvé qu'une épidémie de famille, de maison, de voisinage tout au plus, pouvait être causée de la sorte et que jamais une expansion pesteuse ne s'était ainsi répandue dans toute une ville, encore moins transportée d'un pays à l'autre (1).

D'ailleurs, dans toutes les villes où de semblables cas de pneumonie et de septicémie pesteuses ont été observés, ils avaient toujours été précédés — à Vienne épizootie et épidémie de laboratoire ; à Marseille (1903, épizootie et épidémie d'atelier) — de mortalité sur les rats et de cas bulboniques humains. Ils relevaient donc de ces derniers cas et ne formaient qu'un épisode de l'épidémie. Il est possible néanmoins que la forme septicémique ait eu autrefois une certaine importance, lors des époques où les hommes abritaient sur eux-mêmes de nombreux parasites dont la civilisation les a amenés à se séparer : cette même cause de propagation peut exister dans les régions où le progrès n'a pas encore pénétré ; en Europe, la contagion d'individu à individu par l'intermédiaire des parasites de l'homme ne joue qu'un rôle effacé à l'époque actuelle.

En résumé, on constate, chez l'homme, trois grandes formes de peste, aussi différentes au point de vue clinique qu'au point de vue des mesures prophylactiques qu'elles réclament respectivement.

Conclusions sur la peste dans les villes. — Grâce aux faits précédemment exposés, on peut résumer ainsi l'évolution de l'épidémie qui se déroule dans une ville contaminée de peste. La mortalité des rats précède d'environ un mois l'apparition des premiers cas humains. Le rôle des objets dans la contagion est nul. Quant aux malades, les uns, souffrant de la forme bubonique, sont impuissants à contagionner les hommes sains ; les autres, atteints de formes pneumoniques ou septicémiques, peuvent propager la maladie, mais jamais au-delà de leur entourage immédiat. Les formes septicémiques ou pneumoniques ne s'établissent d'ailleurs jamais d'emblée, mais relèvent toujours d'une épidémie bubonique précédente ou concomitante. Il en résulte qu'en consultant le plan d'une ville infectée de peste, et qu'en dressant une statistique pathologique — comme il a été fait à Bombay l'an dernier — des divers quartiers et même des diverses maisons de la ville, on peut diviser ces habitations en trois catégories : 1° habitations où a été constatée la mortalité des rats et où les cas de peste humaine ont été ultérieurement multiples ; 2° habitations où les cas de peste bubonique, contractée dans les quartiers contaminés, sont demeurés uniques et n'ont pas créé de foyers secondaires ; 3° habitations sans mortalité constatée des rats, où se sont manifestés des cas de peste, soit septicémique, soit pneumonique ayant contagionné l'entourage immédiat des malades.

Il est évident que l'application des mesures prophylactiques doit différer suivant la catégorie à laquelle appartiennent ces habitations. Il faut évacuer les premières, éminemment dangereuses et y détruire les rats sans même attendre que des cas humains se soient manifestés. La prophylaxie doit entrer en jeu ici dès la constatation de la mortalité des rongeurs. La seconde catégorie d'habitations ne nous arrêtera pas longtemps, car elle ne peut constituer un danger d'aucune nature. Quant à la troisième, elle impose l'isolement du malade, dont les crachats sont nocifs, et le soin de placer une moustiquaire si des moustiques existent dans le pays.

Il importe d'établir très nettement la distinction, car la tendance de la police sanitaire maritime est de considérer le navire arrivant d'un port infecté comme une maison qui, détachée de ce port, vient faire partie intégrante d'une collectivité encore indemne. Si les habitations de la ville contaminée peuvent être infectées à des degrés divers, si des mesures prophylactiques différentes les unes des autres doivent leur être appliquées suivant le degré de leur infection, les navires partis de ce port présentent eux aussi un degré de contamination variable ; ils doivent donc être classés en catégories distinctes et rester justiciables de mesures prophylactiques diverses suivant leur dose de contamination.

Etudions maintenant l'évolution de la peste sur les navires afin de nous assurer s'il est réellement juste d'assimiler ces navires aux habitations du port infecté qu'ils viennent de quitter.

La peste et le navire. — Depuis 1894, époque à laquelle la peste a débuté en Chine, jusqu'à nos jours, nombreux sont les navires sur lesquels ont été constatés des cas de peste. Si l'on rapproche l'histoire de tous ces navires, si l'on écrit leur observation on s'aperçoit qu'il se rangent naturellement en quatre grandes catégories (1) : 1° navires avec absence de mortalité sur les rats et présence d'un ou plusieurs cas de peste humaine bubonique survenus dans les six jours après le départ de l'escale infectée. 2° Navires avec absence de mortalité sur les rats et présence d'un ou plusieurs cas de peste septicémique ou pneumonique ayant entraîné une contamination dans le voisinage immédiat des malades ; 3° navires avec présence de mortalité sur les rats et absence de cas humains ; 4° navires avec présence de mortalité des rats et présence de cas humains.

Voici que l'énoncé de ces quatre catégories répond précisément à la classification que nous avons proposée au sujet des diverses maisons d'une ville infectée. Citons maintenant — pour chacune des catégories indiquées ci-dessus — un ou plusieurs exemples d'épidémies navales et voyons ce qui s'est passé à bord, dans chacun des cas.

Navires avec absence de mortalité sur les rats et présence d'un ou de plusieurs cas de peste bubonique survenus dans les six jours après le départ de l'escale infectée.

Obs. I. — Le navire *Pékin* quitte Bombay le 28 décembre 1897 avec 1.045 pèlerins. Le 28 décembre au soir, c'est-à-dire le jour même du départ, un pèlerin entre à l'hôpital et y meurt de peste bubonique le 2 janvier. Le 3 janvier, un autre pèlerin est atteint de peste bubonique.

Aucun autre cas ne se manifeste pendant la traversée jusqu'au lazaret de Camaran, ni dans ce lazaret, ni entre Camaran et Djeddah. Il n'y a eu aucune mortalité des rats sur le navire.

Obs. II. — Le voilier *Hashim* quitte Aden le 9 mars 1900 : hommes d'équipage ; 13 pèlerins passagers. A l'arrivée au la-

(1) R. Jacques et J. Gauthier. — Courte épidémie de peste atypique. *Presse médicale*, juillet 1901.

(1) F. Borel. — Observations sur la peste et son mode de propagation. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 8, 1902.

zaret de Camaran il y avait un homme atteint de peste bubonique quelques jours après le départ. Pas d'autres cas, pas de mortalité sur les rats.

Obs. III, IV, V. — Le vapeur *Hosseïnie*, venant de Bombay, arrive en avril 1898 à Bassorah avec un cas de peste bubonique.

Le même navire, en avril 1899, venant de Bombay arrive encore à Bassorah avec un cas de peste bubonique.

Le navire *King-Arthur*, venant de Bombay, arrive à Bassorah en mai 1900 avec un cas de peste bubonique.

Ces trois cas se sont produits quatre à cinq jours après le départ de Bombay ou de Kuratchee et n'ont créé aucune contagion autour d'eux ; pas de mortalité sur les rats.

En parcourant la collection du *Bulletin quarantenaire d'Egypte* on trouve la mention fréquente de cas semblables, et il n'est peut-être pas de mois, depuis 1900, où le service sanitaire de Suez n'ait signalé un navire arrivant des pays infectés et ayant eu un cas de peste bubonique quelques jours après son départ du port contaminé ; or tous ces cas de peste n'ont jamais eu le moindre retentissement sur la santé du bord.

Ces exemples prouvent donc qu'un navire ayant eu à son bord un ou même plusieurs cas de peste bubonique humaine, déclarés dans les cinq à six jours suivant le départ de l'escale infectée — c'est-à-dire avant que la période normale d'incubation ne soit écoulée — et non accompagnés de mortalité sur les rats, *ne saurait être considéré comme contaminé.* Il est bien évident que ces cas humains, qui se sont montrés impuissants à faire naître une épidémie sur le navire lui-même dans les conditions cependant les plus favorables (navire à pèlerins, à équipages indigènes), seraient encore moins capables de créer un foyer nouveau au port d'arrivée.

Navires avec absence de mortalité sur les rats et présence d'un ou de plusieurs cas de peste septicémique ou pneumonique ayant entraîné une contamination dans le voisinage immédiat des malades.

Obs. VI. — Le navire *Niger* a eu. du 22 au 26 août 1900, trois cas de septicémie pesteuse. Les malades ont été débarqués l'un au lazaret de Clazomènes, les autres au Frioul; là deux nouveaux cas se sont produits encore parmi le personnel médical.

L'épidémie n'a pas procédé à bord de ce navire comme une épidémie de peste bubonique. En effet, cette dernière forme atteint en général d'abord les hommes habitant le même poste ou travaillant dans un même local, comme la cambuse. Au contraire, sur le *Niger*, des trois malades en question, deux furent le médecin et le commissaire qui soignèrent le contagieux isolé. Il y a donc là une preuve de contagion d'homme à homme—non par l'intermédiaire de moustiques rares à bord,—mais plus probablement par l'intermédiaire d'insectes parasites dont sont abondamment pourvus les passagers de pont parmi lesquels figurait le malade initial.

Les contagieux furent débarqués au Frioul, isolés et soignés par deux médecins qui contractèrent eux aussi—par l'intermédiaire des moustiques nombreux au lazaret— une forme atypique de peste, mais toujours de nature septicémique.

Il n'y eut pas de mortalité des rats à bord, ni aucun autre cas humain après le débarquement des contagieux.

Obs. VII. — Le vapeur *Mirzapor*, provenant de Chittagong (Inde), arrive au lazaret de Camaran le 12 mars 1899 avec 1003 pèlerins. Le lendemain de l'arrivée, pendant le débarquement, le médecin chargé de surveiller les quarantenaires signale un individu présentant de la fièvre, de la prostation et de la toux.

Ce malade est isolé et l'examen bactériologique décèle dans ses crachats la présence de microbes de la peste.

Une enquête est faite à bord du navire, et sur le registre médical on retrouve que, pendant le voyage, environ quinze individus avaient souffert de bronchite avec état général grave (fièvre, prostation, crachats muco-sanguinolents). Le premier de ces malades s'est présenté à la visite environ trois jours après le départ du navire. Sur ces 15 individus 3 étaient décédés et l'un d'entre eux avait présenté avant de mourir un notable gonflement dans la région des parotides.

Des prélèvements sont faits au lazaret dans la cavité buccale de quelques-uns de ces anciens malades et chez tous on retrouve le microbe de la peste.

Aucune mortalité sur les rats à bord. L'épidémie a été enrayée après l'isolement du dernier malade.

Obs. VII.— Le vapeur *Aïda* quitte Suez le 4 février 1905, pour se rendre à Port-Saïd par le canal. Pour compléter l'équipage on engage un homme à Suez ; le 5, vingt-quatre heures après avoir quitté Suez cet homme commence à se plaindre et cesse le travail le 8 ; il succombe après avoir présenté, au dire des officiers, un peu de bronchite et de la toux.

Le 8 février, un second matelot, voisin de lit du précédent tombe malade; le 10 il meurt et le diagnostic de peste— forme pneumonique— est posé.

Suez étant alors contaminé et d'autre part la pneumonie pesteuse y ayant été constatée à plusieurs reprises, on doit donc admettre que le premier malade était en incubation au départ et qu'il a infecté son voisin de lit.

Ces trois observations suffisent à démontrer qu'à bord d'un navire, des cas de septicémie ou de pneumonie pesteuses relevant d'un cas initial embarqué durant la période d'incubation, ne sauraient avoir une influence de contagion dépassant l'entourage immédiat du malade, à condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas de mortalité sur les rats du navire.

Dans le second exemple, se trouvaient réunis les facteurs les plus favorables à la propagation d'une épidémie, c'est-à-dire l'agglomération d'un grand nombre d'indigènes dans de mauvaises conditions d'hygiène et de nutrition. En tous cas, l'isolement des malades, au moment de l'arrivée, a toujours suffi à enrayer l'épidémie, ce qui montre que de semblables cas ne sauraient constituer un danger réel pour une ville indemne.

Navires avec présence de mortalité sur les rats et absence de cas humains.

Obs X.— Le navire *Yang-Tsé* arrive à Diégo Suarez le 10 octobre 1898, provenant de Marseille et ayant touché en dernier lieu à Port Said et à Aden.

Pendant la traversée d'Aden à Diégo-Suarez— c'est-à-dire du 2 au 10 octobre— une forte mortalité sur les rats s'est produite à bord dans les cales. Le médecin n'est pas informé du fait et un des matelots— afin de toucher la prime accordée à semblable destruction— s'en attribue le mérite, prétendant avoir placé dans les cales un poison de sa composition.

La cargaison du *Yang-Tsé* comprenait une assez grande quantité de pommes de terre embarquées dans des caisses à clairevoie.

Le *Yang-Tsé* toucha le 12 octobre à Diégo-Suarez et du 14 octobre au 15 novembre, tant à aller qu'au retour. il fit escale à Tamatave, à la Réunion et à l'île Maurice. Puis le navire rentra en Europe aucun cas de peste humaine n'eut lieu à bord, et même aucun malade ne put être suspecté.

Voilà donc l'observation d'un navire qui eut une forte mortalité sur les rats, sans présenter néanmoins aucun cas humain. Le fait peut paraître étrange tout d'abord et l'on pourrait être tenté d'admettre l'explication fournie par le matelot. Cette immunité doit-elle être attribuée à ce que dans les escales successives et rapprochées, les derniers rats vivants ont fui le navire ? Ou bien doit-on l'attribuer à d'autres causes que nous chercherons à établir plus loin ?

Nous ne nous en occuperons pas ici, cherchant à montrer

que le *Yang-Tsé* a été très vraisemblablement dangereux pour les ports qu'il a visités.

C'est en effet à cette même époque et au même moment que Diégo-Suarez, Tamatave, La Réunion et l'île Maurice furent infectés.

Nous donnons ici les dates auxquelles le navire a fait escale dans ces différents ports et nous indiquons en regard l'époque à laquelle ces mêmes ports furent déclarés infectés, sur la constatation de cas de peste humaine.

	Date de l'escale	Date de la contamination
Diégo-Suarez....	13 octobre.	novembre.
Tamatave....,...	15 octobre.	novembre.
La Réunion......	18 octobre.	novembre.
Ile Maurice......	20 octobre.	décembre.

S'il ne s'agissait ici que d'un seul port on pourrait admettre peut-être une simple coïncidence, mais il est étrange de voir que quatre ports ont été successivement et presque simultanément déclarés contaminés dans un laps de temps très court suivant le passage, dans ces mêmes ports, d'un navire présentant une forte mortalité sur les rats.

En disant que quatre ports furent contaminés, nous pourrions être taxés d'inexactitude ; en effet Diégo-Suarez n'eut pas de cas humains — cette année là du moins – mais un navire qui s'y trouvait sur rade et qui prit une partie du chargement du *Yang-Tsé* fut contaminé et eut par la suite, à son bord, non seulement de la mortalité sur les rats. mais encore des cas de peste humaine. L'observation de ce navire est citée plus loin.

Il est donc établi qu'aussitôt après le passage d'un bateau présentant une mortalité anormale sur les rats, cette mortalité des rongeurs s'est reproduite dans les ports où le bateau s'est arrêté et qu'elle a été suivie, à peu de temps de là, de cas de peste humaine. Conclusion un navire peut souffrir d'une très forte épizootie, sans cependant présenter de cas humains – critérium d'immunité adopté jusqu'à présent par la majeure partie des autorités sanitaires — et être néanmoins une cause de contamination pour les ports touchés !

Navires avec présence de mortalité sur les rats et présence de cas humains.

Obs. XI. — Le navire *Turkistan*, venant de Port-Saïd, eut en fin de décembre 1899 et au commencement de janvier 1900 une forte épizootie sur les rats, épizootie dont le début fut nettement remarqué comme s'étant produit dans la cambuse. Environ trois semaines après, le cuisinier tomba tout à coup malade avec des symptômes tels que le capitaine reconnut de lui-même la peste bubonique. Ce malade, qui pouvait causer des difficultés quarantenaires au navire, fut transbordé dans un port de la côte indienne sur un autre navire de la même compagnie rentrant en Europe. Le *Turkistan*, après avoir effectué ce transbordement, continua sa route et toucha vers le 8 janvier 1900 à Mascate et quelques jours après à Bender-Abbas. Il n'y eut aucun autre malade. Les autres marchandises furent débarquées dans ces deux ports et Mascate fut contaminé par la peste en fin janvier 1900 et l'île de Kichm en février de la même année.

Nous retrouvons là un fait à peu près semblable à celui du *Yang-Tsé* ; mais le point remarquable a été la présence d'un malade à bord. Malgré l'éloignement de ce malade, le navire continua à être dangereux, tandis qu'aucun cas de peste ne s'est produit pendant le même temps à bord du bateau qui avait assumé la responsabilité de recevoir en transbordement le contagieux lui-même.

Obs. XI. — La *Gironde*, ayant Diégo-Suarez pour port d'attache, prenait en transbordement, le 13 octobre 1898, une partie des marchandises transportées par le *Yang-Tsé* (voir l'observation de ce navire). Elle embarqua une assez grande quantité de pommes de terre. Fait à noter : ces pommes de terre étant — comme nous l'avons dit plus haut — contenues dans des caisses à claire-voie, les matelots chargés de les manipuler purent apercevoir des cadavres de rats dans quelques-unes de ces caisses.

Le navire part le 13 au soir pour la côte orientale d'Afrique ; le 15, il fait escale à Mozambique et le 17 à Beïra, dans les mêmes conditions.

C'est à cette date — c'est-à-dire le 17 octobre — que débuta la mortalité sur les rats qui se manifesta tout d'abord dans la cambuse. Cette mortalité apparut encore plus clairement à l'ouverture des cales, le 21 octobre, dans le port de Laurenço-Marquez, et c'est à ce moment que l'on trouva dans les divers compartiments du navire un grand nombre de cadavres de rats.

Le médecin ne fut pas informé de ce fait, auquel on n'attacha d'ailleurs aucune importance, un matelot ayant affirmé que cette destruction des rats était due au poison qu'il avait placé et qu'il tenait, disait-il, du matelot du *Yang-Tsé* ; il toucha donc la prime habituelle.

Le déchargement commença le 21, et une partie des marchandises fut transportée dans les docks de la douane de Laurenço-Marquez. Pendant ce même temps, le service des approvisionnements fut fait et le navire entra en relations également avec un autre point du quai où était située la glacière de la ville.

La *Gironde* quitte Laurenço-Marquez le 28 et fait retour par les mêmes escales qu'au voyage d'aller, toujours sans y laisser de marchandises et n'opérant qu'un échange de passagers.

Le 2 et le 3 novembre, c'est-à-dire la veille et l'avant veille de l'arrivée à Diégo-Suarez, deux hommes tombèrent malades à bord, présentant des symptômes suspects : le premier était un Malgache employé au service de la cambuse, et le second était le deuxième cambusier, un Européen.

L'indigène meurt avant d'arriver à Diégo-Suarez, quant à l'Européen il était encore vivant, et devait guérir par la suite.

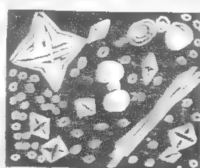
Au moment de l'arraisonnement à Diégo-Suarez, le médecin de la *Gironde* porte ces faits à la connaissance de l'autorité sanitaire, la priant d'examiner le malade. Après examen, le médecin de la santé écarte le diagnostic peste et pose celui de malaria ; un des considérants qu'il mit en avant était que la peste n'avait jamais passé l'équateur. C'était en effet, le premier cas de peste qui se produisait dans l'atmosphère austral.

La libre pratique est donc accordée et le malade envoyé à l'hôpital ; aucun examen bactériologique n'est pratiqué, le matériel bactériologique faisant défaut, mais le symptôme bubonique est nettement constaté.

Le 14 novembre suivant — c'est-à-dire dix jours plus tard — la *Gironde* repart pour un nouveau voyage sur la côte orientale d'Afrique. Le jour même du départ, après que le navire eut pris la mer, vers le soir et le lendemain 15 novembre deux autres Malgaches sont atteints et avec des symptômes tellement nets que le médecin du bord, n'hésitant plus, déclare en arrivant à Mozambique avoir deux pesteux buboniques.

Le navire, repoussé de ce port, ne continue pas son voyage et l'on décide de retourner en pays français, c'est-à-dire à Diego-Suarez, où l'on pouvait trouver du secours ; en effet aucun des ports portugais du littoral ne disposait d'un lazaret et la *Gironde* aurait été infailliblement repoussée de partout. Du 16 au 18 novembre, cinq autres indigènes — chauffeurs et matelots — sont atteints successivement.

Cette observation — plus complète que toutes les autres — a sur elles l'avantage de fournir un tableau de l'évolution de la peste à bord d'un navire depuis le moment où il a été contaminé, jusqu'à l'éclosion des cas de peste humaine, y compris l'épizootie intermédiaire. Elle a été recueillie au jour le jour par le Dr Hamel, médecin sanitaire maritime de la *Gironde*, et tous les faits ont été contrôlés par l'un de nous, qui succéda au Dr Hamel comme médecin sanitaire maritime et par



son service à bord aussitôt après la fin de cette épidémie.

Il est facile de remarquer que — exactement comme dans les villes — l'épizootie débute presque immédiatement après la contamination initiale et que les cas humains ne se manifestent que trois semaines plus tard environ. A bord d'un navire, nul doute n'est possible : les moindres indispositions sont connues du médecin surtout lorsqu'elles frappent des indigènes qui se font de suite porter malades afin de tâcher, par ce moyen d'échapper au travail. Enfin la date de la contamination est ici certaine puisque la *Gironde* faisait un service annexe, qu'elle ne quittait jamais les parages où elle naviguait et qu'elle était dans l'Afrique du Sud depuis plus de deux ans, sans avoir jamais été en contact avec un pays infecté. Il n'en existait d'ailleurs aucun dans les régions par elles parcourues.

De même que dans les villes, les épiciers et les débitants de denrées alimentaires sont atteints les premiers par la peste, à bord, les premières victimes sont les cambusiers, c'est-à-dire les hommes qui passent la majeure partie de leur temps dans le local où sont placées les provisions. Rien dans cette épidémie n'a pu faire soupçonner la contagion d'homme à homme, les malades atteints ayant été tour à tour des chauffeurs arabes et des matelots malgaches logeant séparément, ne mangeant pas ensemble et communiquant fort peu entre eux. De même, aucun de ceux qui furent appelés à soigner les malades ne fut contaminé.

Nous retrouvons donc ici, en raccourci, un tableau identiquement semblable à celui que nous avons signalé dans les habitations des villes infectées. Il reste à trancher un point plus particulièrement intéressant : la *Gironde* a-t-elle été cause de propagation pesteuse dans ses diverses escales ? A cette interrogation les faits répondent d'une manière précise. C'est quelques jours après son passage à Laurenço-Marquez où le navire avait laissé ses marchandises — que la mortalité des rats débuta à la fois dans les docks et à la glacière, un mois environ après le passage de la *Gironde* le premier cas humain se produisit à cette même glacière située à une des extrémités de la ville, tandis qu'au même moment d'autres cas se montraient dans le quartier indien, à côté des docks, de la douane, à l'autre extrémité de Lourenço-Marquez.

C'est donc, comme dans l'épidémie du *Yang-Tsé*, pendant que se produisait la mortalité des rats à bord que le navire a été dangereux, et dangereux avant même d'avoir présenté des cas humains. Dans les escales où elle n'a pas laissé de marchandises, débarquant seulement des passagers, la *Gironde* n'a pas créé de foyer pesteux. Il est nécessaire maintenant de mettre en parallèle ces deux observations qui, au point de vue épidémiologique, se complètent l'une par l'autre.

Sur la carte de la région dont il s'agit traçons l'itinéraire des deux navires en question ; nous voyons que le *Yang-Tsé*. arrivant à Diégo-Suarez le 30 octobre avec de la mortalité sur les rats, est cause de la contamination de quatre escales consécutives, y comprenant la *Gironde*, et que ce dernier navire, ayant pris le germe de l'infection avec les marchandises du *Yang-Tsé*, transporte la peste dans une de ses escales, la seule où il opère un déchargement. En ce qui concerne Diégo-Suarez il n'a pas été possible d'établir si des cas humains s'y produisirent en 1898 ; un décès suspect, y fut enregistré cette année-là, mais le doute subsiste, aucun examen bactériologique n'ayant été pratiqué. Toutefois, l'année suivante, à la même époque, onze cas de peste furent diagnostiqués avec un examen microscopique positif. N'est-il pas bien probable que ces onze cas ont été la répétition d'une petite épidémie demeurée inaperçue l'année précédente ? Il est presque inutile d'ajouter que, dans les deux observations du *Yang-Tsé* et de la *Gironde*, la bonne foi de quiconque ne saurait être suspectée au point de vue des déclarations sanitaires ; les capitaines et les médecins des deux navires firent exactement leurs déclarations aux autorités des divers ports, mais à ce moment — 1898 — le rôle des rats dans la propagation de la peste avait à peine droit de cité dans la presse scientifique et la question étiologique était encore fortement discutée.

Voici enfin deux observations qui viennent appuyer les précédentes.

Obs. XII. — Le *Laos* séjourne dans le port contaminé de Hong-Kong du 1er au 5 juin 1901. Il arrive à Saïgon le 8 juin suivant et c'est après le départ de ce port qu'est constatée la mortalité sur les rats. Cette épizootie passa sur le moment inaperçue et ce n'est que plus tard que son existence et son début sont établis. D'après les renseignements recueillis ultérieurement, elle avait commencé dans la cambuse pour se généraliser ensuite dans tout le navire, et à l'arrivée au Frioul on trouva des cadavres de rats dans les divers compartiments du bateau.

Le premier malade vient à la visite le 29 juin, c'est-à-dire environ trois semaines après le début de l'épizootie. Ce malade est présenté aux autorités sanitaires de Suez qui écartent le diagnostic peste. Le navire est donc admis en libre pratique et traverse le canal : c'est en Méditerranée et au Frioul que se produisent les vingt autres cas, tous sur des chauffeurs arabes et tous de peste bubonique.

Lorsque tout le monde eut été débarqué du navire la peste disparut parmi l'équipage et personne ne fut plus atteint dès le 11 juillet, c'est-à-dire aussitôt que la période d'incubation eût été écoulée.

Obs. XIII. — Le *Sénégal* touche à Alexandrie contaminée le 22 août 1901, et arrive à Marseille le 26 du même mois, sans que rien d'anormal se soit produit durant la traversée. Le navire séjourne dans le port jusqu'au 14 septembre.

A cette date, le *Sénégal* part pour un nouveau voyage et le 16 on constate à bord un premier cas de peste bubonique. Le *Sénégal* rentre aussitôt à Marseille, est envoyé au Frioul et le lendemain 18 un nouveau cas de peste se produit à bord. C'est alors seulement qu'on s'aperçut qu'une épizootie sur les rats avait eu lieu antérieurement sur le navire et qu'on put trouver encore un assez grand nombre de rats malades ou morts. L'examen bactériologique démontra chez eux la présence du microbe de la peste.

Toute le monde est débarqué et la courte manifestation se termine.

Nous avons là deux exemples superposables, et nous pourrions en citer beaucoup d'autres : contamination du navire dans une escale infectée, épizootie qui demeure inaperçue parce qu'elle se produit dans les fonds du bateau, et enfin, environ trois semaines après le départ du lieu infecté, constatation du premier cas humain.

Il ne manque à ce tableau — pour représenter les événements survenus sur le *Yang-Tsé* et la *Gironde* — que la contamination par le navire des ports d'escale visités. On pourra nous objecter, par exemple, que Marseille ne fut pas contagionnée malgré la présence dans son port, durant quinze jours, d'un bateau ayant une épizootie à bord. A cela nous répondrons qu'en 1901 et 1902 le service sanitaire a été amené à plusieurs reprises à constater sur les rats, à Marseille, des symptômes plus que suspects, et que, quelques mois plus tard (septembre 1903), une trentaine de

★

cas de peste humaine ont éclaté parmi les ouvriers d'une fabrique de papier à Marseille: six sont morts (1)

Reste une autre condition étiologique qui apporte à son tour des éclaircissements. En effet, dans cette question de la propagation de la peste on ne peut méconnaître le rôle joué par la chaleur et le climat : ils ont sur l'épidémie une très grande influence. Depuis longtemps déjà, les auteurs qui se sont occupés de la peste ont remarqué que la température, les vents régnants, l'humidité, en un mot que tous les agents climatériques ou atmosphériques exerçaient une action réelle sur l'éclosion, la durée, l'extinction ou la répétition des épidémies de cette nature.

Dans un article sur la peste, Mahé (2) résume ainsi son opinion : « La peste n'aime pas les régions ultra-tropicales, dont la chaleur paraît en neutraliser les germes, ou en arrêter le développement... En plusieurs villes, on a remarqué l'action des vents du sud ; l'humidité aidée de la chaleur et accompagnée des vents du sud, telles semblent être les conditions les meilleures pour l'éclosion d'une épidémie... »

Grâce aux découvertes microbiologiques, nous pouvons être plus précis et dire que la dessiccation et la chaleur ont une action certaine sur le bacille de la peste, puisque, en une heure, ce microbe est tué à + 50°.

Si l'on dresse un tableau des principales villes successivement contaminées en ces années dernières, qu'on ajoute à ce tableau l'indication de leur latitude nord ou sud, et qu'on inscrive en regard deux dates, celle à laquelle ces villes ont été infectées pour la première fois et celle où leurs épidémies se sont réveillées, les constatations suivantes s'imposent aux yeux de l'observateur :

1° La zone équatoriale proprement dite a été jusqu'à présent fort peu touchée par l'épidémie, et encore, dans les régions chaudes où la peste s'est montrée, l'épidémie n'a toujours frappé que les contrées assez élevées, celles où la température était par conséquent moins torride ; 2° une double zône — s'étendant de chaque côté de la précédente — et située à peu près sous la latitude de Bombay, voit la peste durer toute l'année avec des alternatives de croissance et de régression ; 3° au-delà des tropiques, les épidémies se produisent à des époques différentes de l'année, mais toujours de plus en plus tardivement, au fur et à mesure que l'on va en remontant vers le pôle, c'est-à-dire au commencement des chaleurs dans chaque pays ; exemples : Djeddah en mars, Glasgow en août ; 4° la même marche s'observe dans l'hémisphère austral en tenant compte du renversement des saisons; exemple: Beyrouth (33° 56 N.) en mai et le Cap (33' 56 S.) en janvier, saisons à peu près correspondantes ; 5° enfin plus on s'élève en latitude dans l'hémisphère boréal ou plus on descend dans l'hémisphère austral, toujours en prenant Bombay comme centre et plus la durée de l'épidémie est brève dans chacune des villes.

D'autres facteurs interviennent, qui apportent des modifications à ce tableau : ce sont en particulier les vents spéciaux à chaque région et les moussons qui amènent dans certains pays de latitude égale un refroidissement ou une élévation notable de la température.

Nous avons vu que le navire, au point de vue de la police sanitaire maritime doit être considéré comme une portion détachée d'un territoire considéré comme contaminé avec cette restriction que le navire, en se déplaçant, devient justiciable des conditions de température, quelquefois les plus diverses, imposées par son itineraire. Il est évident que, pour une maladie sur laquelle l'action de la température est des plus nettes, ce point a une importance particulière. Par exemple, du fait que les régions de l'hémiphère austral sont restées indemnes pendant longtemps, ne peut-on pas conclure qu'un navire séjournant un temps assez prolongé dans la zone équatoriale ait pu — malgré une contamination antérieure — y redevenir indemne par la seule action d'une chaleur très élevée? Si Mahé pouvait écrire autrefois : « La peste n'a jamais été signalée dans l'hémisphère austral, jamais elle n'a franchi l'Atlantique pour gagner le Nouveau Monde », il ne pourrait avancer cette proposition aujourd'hui, car la peste a gagné l'hémisphère austral à la fois dans ses parties les plus éloignées : Australie, Afrique du Sud, Amérique du Sud.

Comment ces pays, qui avaient pu conserver si lontemps leur immunité dans les temps anciens l'ont-ils vue disparaître tout-à-coup, à la première invasion moderne de la peste? N'est-ce point dans les conditions nouvelles, créées par la vie moderne, qu'il faut chercher la cause de cette cessation de l'immunité des régions australes ? Sans doute, les relations commerciales avaient moins d'intensité jadis et les chances de contagion étaient moindres. Mais semblable immunité ne saurait être due à la seule cause d'une faiblesse des transactions. Plusieurs conditions ont dû intervenir pour faire cesser l'état réfractaire et, parmi elles, l'abréviation de la durée des traversées a été une des plus importantes.

Si la navigation était autrefois moins active, elle était surtout moins rapide et les navires séjournant un temps assez long sous les tropiques, finissaient par y subir une véritable désinfection qui les rendait inoffensifs au-delà de la ligne. Il est permis de croire que les pays de l'hémisphère austral ont été contaminés de nos jours parce que des navires plus rapides ont franchi, en un temps plus court la ceinture de défense formée par la zone équatoriale, cuirasse suffisante jusqu'alors et devenue caduque aujourd'hui.

Une autre constatation de même ordre, visant l'action de la température sur la peste à bord des navires, s'impose quand on étudie la marche de l'épidémie actuelle. Si les contaminations dans un sens parallèle à l'équateur et sous une latitude à peu près égale se sont faites à de longues distances, par contre, les contaminations qui se sont opérées verticalement à l'équateur ont été lentes. Ainsi l'étape Hong-Kong (22° 16 ; N.) à Bombay (18° 55 N.) a été parcourue par la peste en un seul voyage ; au contraire, il a fallu près de quatre années à la peste pour passer de Bombay à Bassorah (30° 45' N.).

Conclusions. — Les exemples cités, les constatations concernant l'action des conditions climatériques et atmosphériques, permettent de comprendre maintenant comment la peste a pu sortir du Yun-Nam pour infecter le monde entier par escales successives. Dans cette région du Yun-Nam, la peste règne à l'état endémique avec de petits éclats de recrudescence printanière. A cette période annuelle elle s'étend peu à peu et gagne, par la migration des rats qui infectent leurs congénères, une région plus ou moins étendue. Supposons qu'en une certaine année les conditions climatériques

(1) Enquête faite par M. Chantemesse, à la suite de laquelle fut pris le décret qui exigeait, contrairement à l'avis exprimé plus tard par la conférence de 1903, la dératisation des navires suspects toujours avant le débarquement.

(2) Mahé. Article *Peste. Dictionnaire de Dechambre.*

ent devenues plus favorables, soit par l'élévation du gré thermique, soit par sa durée, alors il sera possible de comprendre que la peste ait atteint un des nom-x ports fluviaux de l'intérieur de la Chine, et trouvé une jonque ou un sampan pour se porter soit à Can-soit à Honh-Kong, soit à Chang-Hai. Tholozan vait écrire, en 1882, dans une note à l'Académie sciences : « Dans aucune des épidémies auxquelles faisons allusion la transmission à grande distance pu être démontrée ; tout s'accorde, au contraire, pour penser qu'aucune contamination de ce genre n'a lieu. » Il s'agissait en effet de la Perse, c'est-à-dire me contrée sans navigation fluviale. Si le Yun-Nam it semblable à la Perse au point de vue de la géophie physique, la peste n'en serait pas sortie, l'épitie des rongeurs ne pouvant avoir qu'un rayon relament restreint, surtout dans un pays où elle est enrée par l'hiver. La formule de Tholozan aurait pu raître représenter toute la vérité. Mais que l'on fourse à ces mêmes rongeurs un moyen de transport et on rviendra sans peine à effectuer une propagation rale et lointaine de l'épidémie. La peste arrive de la dans un port maritime de la côte chinoise ; la rtalité des rats s'y produit un mois avant l'appari-n des cas humains et sans que l'attention des autori-soit mise en éveil ; les navires continuent donc à ndre leurs chargements et partent avec des patentes tes.

L'un d'eux va jusqu'à Marseille — traversée demannt quarante jours, par exemple ;— durant le voyage, épidémie évoluera donc à bord dans ses diverses phases depuis la mortalité des rats jusqu'aux cas humains, squ'elle aura tout le temps nécessaire pour l'apparition ccessive de cette série de phénomènes. A l'arrivée à ...ille les autorités sanitaires seront par conséquent ... par les cas humains : c'est là l'observation du ...

Mais si ce navire, au lieu de se rendre à Marseille, escale à Bombay, — traversée ne demandant plus quinze à dix-huit jours, — la peste n'aura en-... exercé son action que sur les rats, les autorités ...res ne seront pas mises en éveil par la présence s humains : la libre pratique sera accordée et ...y deviendra contaminé.

Alexandrie sera ensuite et de la même façon infectée Bombay, par exemple. A ce moment du voyage de peste, les traversées deviennent de plus en plus cour-... en Méditerranée elles ne durent guère plus de ...-huit heures en général. Un navire partant Alexandrie apportera à Smyrne des rats malades et les ...era après leur avoir laissé à peine le temps ...er ceux du bord et une nouvelle épidémie aura Celle-ci se transportera à Constantinople, de là à ...a, de ce port à Odessa ou à Trébizonde, toujours de ...me façon et sans que rien puisse mettre sur la trace ...use réelle de ces contaminations successives.

...a difficulté qu'on rencontre à déterminer quel navire qui est responsable de la contamination ...ue. Il l'infecte en effet en venant d'un port non ...core déclaré dangereux la plupart du temps, et où ...izootie des rats dans les docks aurait pu mettre ...n en éveil. Lorsque les cas humains se mani-...il n'est plus temps d'agir, car des navires conta-...ont quitté la ville depuis près d'un mois. Ils ont ...orté avec eux, non pas des microbes à l'état sec sur ...nges ou effets, par exemple, mais des animaux ...ement inoculés qui en contamineront d'autres en cours de route si le voyage est assez long, de façon à introduire dans une nouvelle ville, pour l'infecter, une culture fraîche et virulente conservée dans un organisme vivant.

D'après ces données, nous devons ranger les navires susceptibles d'apporter la peste en trois catégories ;

1° Navires où s'est produit un ou plusieurs cas de peste bubonique — sans mortalité sur les rats — cas de peste se manifestant sur des personnes embarquées pendant la période d'incubation ; ces cas auront toujours ce caractère d'éclater dans les six jours après le départ. *Ces navires ne sont pas dangereux pour les ports.*

2° Navires où se sont produits — toujours sans mortalité sur les rats — des cas de pneumonie ou de septicémie pesteuses relevant d'un cas initial embarqué dans une escale. *Ces navires cesseront d'être dangereux pour les ports dès le moment où les malades auront été convenablement isolés.*

3° Navires où a été constatée de la mortalité sur les rats. On ne doit tenir aucun compte ici de la présence ou de l'absence à bord de cas humains, puisque ceux-ci n'auront peut-être pas même eu le temps de se manifester. *Ces navires sont extrêmement dangereux pour les ports, d'autant plus que la seule cause véritable de danger — l'épizootie des rats — demeure la plupart du temps inconnue.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Alimentation dans l'Antiquité.

« Dans tous les animaux, écrit Flourens, la forme « des dents molaires donne le régime. L'homme n'est « donc pas carnivore : il n'est pas non plus esssentielle-« ment herbivore. Par son estomac, par ses dents, par « ses intestins, l'homme est naturellement et primiti-« vement *frugivore*. Mais une fois que l'homme a eu « trouvé le feu, une fois qu'il a su amollir, attendrir, « préparer également les substances animales et vé-« gétales par la cuisine, il a pu se nourrir de tous les « êtres vivants et réunir ensemble tous les régimes. « L'homme a donc eu deux régimes : un primitif, ins-« tinctif, et par celui-là il est frugivore ; et il a un ré-« gime artificiel, dû tout entier à son intelligence, et « par celui-ci il est omnivore. »

Nous ne savons rien de l'homme purement instinctif, si ce n'est qu'il vivait de *fruits crus*. L'art de cuire les aliments, *la cuisine*, ne prit naissance et ne se développa qu'à la faveur de la civilisation, en suivant une courbe parallèle. Nulle ou réduite à des procédés rudimentaires, comme encore de nos jours chez les peuples sauvages, la cuisine est devenue un art véritable et plus ou moins raffiné chez les peuples civilisés, dont elle suivit la fortune : délicate et de bon goût, ou simplement luxueuse et prodigue chez les conquérants parvenus au faite de l'opulence, frugale et simple chez les guerriers en phase de préparation ou de lutte.

L'histoire de la cuisine n'a pas manqué d'attirer la

curiosité d'écrivains spéciaux, soit de professionnels comme Carême (1), soit de gourmets de bouche et d'esprit comme Brillat Savarin (2), soit de savants comme Virchow (3), soit d'érudits scientifiques comme Louis Bourdeau (4). Chemin faisant, nous emprunterons à ces auteurs, mais nous irons plus loin qu'eux.

Sur L'HOMME PRÉHISTORIQUE, nous ne pouvons consulter aucun témoignage contemporain, mais interpréter seulement, à la lueur, souvent vacillante, des découvertes géologiques et anthropologiques. Songeons d'ailleurs que l'homme frugivore, ce préhomme, cet animal-homme qui représenterait la transformation la plus immédiate du *Pithécanthrope* (5) aurait une origine fabuleusement éloignée. Il faut remonter bien au de-là de la légende du déluge (6000 ans avant J.-C.), puisque 1000 ans auparavant l'Egypte florissait en pleine civilisation (6). D'autre part, on assigne une durée d'au moins 10.000 ans à des ossements humains découverts par le Comte de Pourtalès (6). D'après Bunsen, c'est à 20.000 ans au moins que remonte l'origine de la race humaine, à 50.000 ans d'après M. Douler. Mais c'est encore bien au-delà qu'il faudrait aller, puisqu'en s'appuyant sur les données de l'histoire naturelle, M. de Mortillet nous fait dépasser la période glaciaire (7), pour nous laisser rêver entre 230.000 et 240,000 ans. A vrai dire, il n'est pas près qu'on sache l'exacte vérité, car on ne peut fixer la durée des époques géologiques.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que l'HOMME DES CAVERNES, contemporain du mammouth et du renne, vivait de chasse et de pêche, et qu'il se servait du feu. On a trouvé des débris d'os calcinés, des cuillers à moelle ou spatules en bois de renne, qui servaient à extraire la moelle des os longs. Combien misérable était la vie de ce Troglodite : viandes putréfiées, immondices de toutes sortes, gisaient sur le sol. Et pourtant il aimait la parure et portait, en pendeloques, des coquillages et des dents perforées. Au point de vue alimentaire, l'Esquimau de notre époque nous rappelle le genre de vie de l'homme paléolithique.

L'homme de l'AGE DE LA PIERRE POLIE (8) (période néolithique) est en progrès sur le précédent. Il vit aussi de chasse, de pêche, et des troupeaux qu'il élève, mais aussi (au moins dans les CITÉS LACUSTRES de la Suisse) (9), de certains produits de l'agriculture : *blé*, *orge*, *lentilles*, *lin*. Il savait *moudre* le grain et fai[sait] du *pain* (1), espèce de biscuit ou galette dont on a t[rouvé] des restes dans les cités lacustres, ainsi que des déb[ris] de *chien*, de *mouton*, de *chèvre*, de *porc*, de *chev[al]*. On a découvert aussi des vases de terre percés de trou[s], sans doute pour laisser égouter le lait et prépar[er] ainsi du *fromage* ; et aussi des *crânes* qui sembl[ent] avoir servi *pour boire*. Au Danemark, on a trou[vé] de nombreux KJŒKKENMODDINGS, c'est-à-dire [des] amas de « débris de cuisine » : coquilles d'*huitres*, de *moules*, os de *cerf*, de *chevreuil*, de *sanglier* ; [des] arêtes de *poissons de mer*. On a découvert aussi [des] *vases en terre cuite* faits à la main, ainsi que des *foye[rs]* disposés avec des pierres plates et ayant conservé [la] marque du feu.

Ainsi donc l'homme préhistorique faisait cuire [ses] aliments ; et d'ailleurs il n'est pas d'exemple d'[une] race humaine à laquelle le feu n'était pas connu. Est-[ce] à dire que les aliments étaient toujours cuits ? Loin [de] là. Il est plausible, au contraire, que l'homme primit[if] dans ses déplacements fréquents, et pressé par la fai[m] devait manger au naturel la viande des animaux qu['il] tuait. Les anthropophages de l'époque devaient opé[rer] de même pour la chair humaine. D'autre part, le fe[u a] pu être connu de tous, mais certains ont pu ne pas [sa]voir s'en servir. D'après MM. Stuart et Angas (2), c[e] se passe encore chez certains sauvages de l'Australie [et] de la Tasmanie, lesquels sauvages, s'ils laissent étei[n]dre leur feu, sont obligés d'aller s'en procurer chez [les] tribus voisines ; celles-ci l'obtiennent en frottant de[ux] morceaux de bois l'un contre l'autre. Dans l'archip[el] des Larrons, les indigènes ne connurent le feu que [le] jour où Magellan incendia un de leurs villages. Qua[nt] aux *moyens de cuisson*, ils étaient forcément rudime[n]taires, et nous pouvons en trouver la tradition chez [les] sauvages des temps modernes. Les Esquimaux, [ces] « mangeurs de viande crue », font chauffer l'eau en plongeant des pierres préalablement chaudes. Chez [les] Taïtiens, chez les Maoriens de la Nouvelle-Zélande, c[hez] les Patagons, on découvre le même procédé : les via[n]des à cuire sont disposées sur des pierres chauffées. [De] même chez les Assibinoines de l'Amérique du Nor[d], chez des peuplades de Sibérie ou des Nouvelles-Héb[ri]des. La viande rôtie ou crue fut sans doute ingé[rée] sans sel, car ce condiment ne fut guère connu [avant] l'apparition de l'alimentation végétale (cités lacu[stres]).

DANS L'ANCIENNE EGYPTE.

L'histoire de l'ancienne Egypte nous fait des[cendre à] 7000 ans environ avant J.-C., alors que ce pays, peu[plé] et civilisé depuis longtemps, fut réuni sous un mêm[e] roi, Ménès, le fondateur de Memphis. Nous ne sa[vons] rien des trois premières des 26 dysnaties des rois Pha[raons]. C'est à la XII[e] dynastie, sous Ramsès II, c'[est-à-] dire à plus de 3000 ans avant notre ère que n[ous]

(1) Marie-Antoine CARÊME (1784-1833), tour à tour cuisinier de Napoléon, du prince de Talleyrand, du prince de Galles, des Rotchschild. A écrit plusieurs ouvrages, parmi lesquels le « Parallèle entre la cuisine ancienne et moderne » (1822).

(2) Anthelme BRILLAT-SAVARIN (1755-1826), magistrat et littérateur. Sa « *Physiologie du goût* » contient l'« *histoire philosophique de la cuisine* » (Méditation XXVII).

(3) In « Revue scientifique », t. XX « *Histoire de la cuisine.* »

(4) Louis BOURDEAU. — « *Histoire de l'alimentation* », 1894. Signalons aussi l' « *Histoire de la table* », par Nicolardot, 1868, que nous consulterons surtout à partir des Grecs et des Romains.

(5) Eugène DUBOIS. — *Pithecantropus erectus, eine menschenahenliche Uebergansform aus Java* (Batavia, 1894.)

(6) *Formation de la nation française*, 1897, p. 3.

(7) Dans la vallée du Mississipi (John Lubboc, « *L'homme préhistorique* », 1888).

(8) Période faisant suite à la période diluvienne. Improprement nommée glaciaire, car il y a eu, du fait de la diminution des pluies et d'un climat devenu plus froid et plus sec, limitation et non pas extension des glaciers.

(9) La première découverte de ces huttes de l'âge de la pierre polie, f[ut] faite en 1854, au bord du lac de Zurich.

(1) Ce pain grossier était fait de grains concassés entre d[eux pier]res. Il contenait beaucoup de gravier ; c'est à cet état [qu'il faut] sans doute rapporter l'usure des dents constatée sur des crâ[nes] suisses de cette époque, ainsi que sur des momies.

(2) John LUBBOC. — *Loc. cit.*

...r des sculptures, des paysans *traire des vaches*, ...ver, *semer*, *faire du pain*, *vendanger*.

... à M. Maspéro (1), on assiste avec saisissement à ... Thèbes « aux cent portes », avec ses « *mar*-... boutiques de *gargotiers*, ses *confiseurs*, ses ...*s de bière* », où se débitait une boisson faite ... de l'orge et de la mie de pain fermentée, et qu'on ...quait, surtout à Peluse (actuellement Port-Saïd). ...trouvait aussi des *vins blancs* et *rouges* de Maréotis, ...Peluse, de Syène, etc.; de l'*eau-de-vie* de palme (sho-...), ainsi que des *liqueurs* cuites et parfumées.

... cette époque on se procurait du feu par le frotte-... de deux silex ; on allumait ainsi des feuilles ou ... fibres sèches, et pour conserver le feu, les femmes, ... le rôle était à la cuisine, entretenaient sous la ...re un ou deux charbons. On avait des ustensiles ... cuisine, entre autres la *marmite*. Des feuilles de ... tenaient lieu de plats et d'assiettes, suivant un ... existant encore de nos jours dans les pays tropi-... On connaissait la *cuiller* aux formes variées, en ..., en ivoire ou en bois. Les premiers verres à boire ... des cornes d'animaux, suivant la coutume des ... des Thraces, des Vandales, des Germains, et, d'une ... générale, des Anglo-Saxons. Avec l'âge de bronze ...nt les coupes d'airain, puis les coupes d'or et les ...pes d'argent.

... pain qu'on faisait alors était peu levé, peu cuit, ... goût acide, d'un fumet spécial ; il était composé ... farine d'orge et de millet pour les pauvres, et de fro-... pour la classe riche. On trouvait dans les bouti-... ou au marché : de l'*oignon*, de l'*huile*, des *poissons*, ...oie, du *bœuf*, de la *viande crue*. Le confiseur dé-... des *dattes confites*, des *sirops*, des *gâteaux* au ..., aux épices, aux amandes et aux pistaches. A la ... au désert, on visait aussi le *bœuf* et le *porc*. Les ...maux domestiques comprenaient entre autres : le ..., la *chèvre* et peut-être l'*âne*.

L'Egyptien, sobre d'ordinaire, s'enivrait de temps à .... Le riche avait des cuisiniers et menait un train ...aison prodigue et luxueux. La cuisine égyptienne ... universellement renommée. Beaucoup plus tard, ... voyons le roi d'Egypte vaincu par Artaxerxès ..., faire goûter au roi des Perses des mets de son ... Encore plus tard, nous voyons la belle CLÉOPATRE ...-30) rivaliser en orgies avec le jouisseur Antoine. ...istoire ne nous dit-elle pas que, jalouse des somp-... festins donnés par son amant, la reine d'Egypte ... recevait qu'avec de la vaisselle d'or enrichie de ...erreries ? Une fois, elle fit couvrir le plancher de la ... à manger, d'une coudée de feuilles de roses (pour ... 2000 francs). Dans un autre festin offert à An-...elle fit le pari de manger à table pour plus de ...illion 200.000 francs : à la fin du repas elle fit dissou-... dans du vinaigre une perle du prix de 600.000 ... et avala ce breuvage qui lui donna raison.

Maintenant, allons un peu en CHALDÉE. Les Chal-... peuple pauvre et guerrier, savaient (à plus ... ans avant J-C.) cultiver le *blé*. Quant aux ...iens, ils étaient pauvres, eux aussi, et vivaient or-...ment de *poissons*, d'un peu de *pain*, de quelques *légumes* avec du *sel* et de l'*huile*. Mais quand l'Assyrien se mettait à boire, il ne savait plus s'arrêter. De plus, les Seigneurs et les riches Egyptiens recherchaient une chère abondante et variée, et s'entouraient de luxe. Ils mangeaient couchés sur des lits (1) d'ivoire ou en bois précieux, après s'être parfumés. L'histoire nous apprend qu'ASSUR-BANI-PAL (667 ans av. J.-C.) était grand chasseur et possédait des écuries doublement royales. A l'occasion de ses triomphes contre ses ennemis (en Chaldée, en Syrie, en Elam, en Médie, en Arménie en Egypte) il offrit aux soldats et au peuple des libations publiques. Ninive, d'après Maspéro, présente le spectacle de toute une ville en état d'ivresse : « ce sont des milliers de *pains*, de *bœufs*, de *moutons*, de *chèvres* et d'*oiseaux* de toutes sortes (2), des amphores pleines de vin d'Assyrie, de Chaldée, d'Elam, de Syrie, de Phénicie, d'Egypte, sont vidées et remplies de nouveau.

Paul CORNET.

(1) ...péro. — *Lectures historiques.*

(1) L'usage de manger accoudés sur des lits paraît être d'origine asiatique bien que les anciennes légendes égyptiennes en rapportent l'idée à Ménès, le premier roi, fondateur de Memphis. Il faut croire aussi que l'usage du lit à table ne fut d'abord qu'un privilège royal, car sur un bas-relief assyrien on voit Assur-Bani-Pal accoudé sur un lit, et la reine assise près de lui sur un fauteuil.

(2) A Thèbes on préparait des conserves d'oiseaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 août 1906.

Action des rayons X sur l'ovaire.

M. ROULIER. — Les expériences faites presque simultanément sur des lapines par M. Halberstädter et par MM. Bergonié, Tribondeau et Récamier, ont démontré que les rayons de Röntgen exercent sur l'ovaire de ces animaux une action atrophiante.

Ayant repris ces recherches sur trois chiennes, l'auteur a obtenu, malgré des séances d'irradiation intenses et prolon-longées, des résultats entièrement négatifs, même au point de vue histologique. Chez la lapine, au contraire, les résultats confirment ceux des précédents auteurs.

Ces divergences tiennent à ce que, chez la lapine, les glandes génitales, constituées par des cellules jeunes, en voie de développement, sont fort actives ; de plus, la paroi abdominale de cet animal est mince, peu musclée et se laisse facilement traverser par les rayons. Au contraire, chez la chienne, l'ovaire est une glande moins active, bien protégée par son enveloppe immédiate, par la paroi abdominale épaisse et bien musclée, par l'intestin renfermant des matières plus opaques. L'auteur a pu le vérifier de la manière suivante : pour faire virer très légèrement une pastille radiométrique placée devant l'ovaire d'une chienne, il faut une quantité de rayons suffisante à faire virer à la teinte 5H cinq pastilles témoins, placées à 75 millimètres de l'ampoule ; au lieu que, dans les mêmes conditions, chez la lapine, la pastille placée sur l'ovaire vire à la teinte échantillon ; sur un cadavre de femme, la même expérience a montré que la pastille ovarienne *ne virait aucunement* quand cinq pastilles témoins prenaient successivement la teinte 5H ; on est donc en droit de conclure que l'ovaire de la femme est encore mieux protégé que celui de la chienne et, par suite, que l'atrophie de l'ovaire est vraisem-

blablement impossible à déterminer chez elle au moyen des rayons de Röntgen.

Séance du 17 septembre.

Sur l'activité hémopoïétique des différents organes au cours de la régénération du sang.

M. P. Carnot et Mlle Cl. Deflandre ont récemment démontré qu'il existe dans le sérum des animaux préalablement saignés et en pleine crise de rénovation sanguine, une substance (hémopoiétine) capable d'activer l'hémopoïèse et de provoquer chez les animaux neufs une hyperglobulie rapide et considérable. Les auteurs ont recherché la même substance dans les divers organes des animaux sacrifiés dans les conditions précitées. Or, ils ont constaté que la moelle osseuse, exerce, à ce point de vue, une action au moins aussi énergique que celle du sérum, tandis que la moelle osseuse d'un animal normal est inefficace. Avec le cerveau on obtient des résultats inconstants. Le foie donne lieu à une augmentation globulaire moins marquée que celle que produit la moelle osseuse ; peut-être est-elle due à la quantité de sang retenue dans l'organe. La rate, l'appareil lymphoïde de l'intestin, le rein, la capsule surrénale, le muscle, sont inactifs.

Il ressort de ces données que la moelle osseuse pourrait être utilisée aussi bien que le sérum. Pour l'emploi par voie hypodermique, ce dernier est cependant préférable, vu la difficulté d'obtenir un extrait médullaire aseptique ; mais celui-ci peut être efficacement administré par voie rectale. En tout cas, les auteurs n'ont employé jusqu'ici, chez l'homme, que les injections de sérum, elles déterminent des hyperglobulies de plus de 2 millions par millimètre cube, qui persistent pendant deux ou trois semaines ; une nouvelle injection pratiquée alors est également efficace.

Trypanosomiase expérimentale par piqûre de glossines infectées naturellement.

M. L. Cazalbou adresse une note relative à des expériences effectuées au laboratoire de bactériologie de Ségou, ayant consisté à faire piquer des chiens et un chat par des *glossina palpalis* recueillies sur les bords du Boni (affluent de la rive droite du Niger). Sur les 7 chiens piqués dans ces conditions, 2 furent infectés de trypanosomiase, et il en fut de même du chat, bien que les glossines qui piquèrent ce dernier fussent capturées et à jeun depuis trois jours et demi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre

La syphilis des honnêtes femmes.

Le Pr Fournier continue son importante communication. Il montre dans les contagions du mariage le rôle des syphilis secondaires tardives. Celles-ci sont d'étude assez récente.

Tertiaire d'âge, la syphilis conserve parfois la physionomie secondaire en empruntant, comme expression symptomatologique, des types de modalité usuellement secondaire, comme, par exemple, des éruptions érythémateuses (roséoles diverses), plus souvent encore des éruptions papulo-squameuses, telle que cette curieuse syphilis décrite sous le nom impropre, mais consacré, de psoriasis palmaire ou plantaire, type indiscipliné par excellence, s'affranchissant de toute dépendance chronologique, au point de figurer presque à toute échéance dans le calendrier de la vérole ; comme aussi, tout aussi fréquemment des syphilides muqueuses génitales ou buccales, buccales surtout, absolument identiques à la plaque muqueuse des jeunes étapes de la syphilis. Il est, pourrait-on dire, une plaque muqueuse de la période tertiaire.

Ces invasions tardives des types secondaires transportés de la sorte dans l'étape tertiaire de la maladie se font à des échéances très diverses ; le plus souvent il est vrai, dans les premières années du tertiarisme, mais souvent aussi un peu plus tard, parfois beaucoup plus tard, 10e, 12e 15e, 20e année de l'infection, et même au delà.

Parmi ces manifestations tardives, les plaques muqueuses offrent un danger extrême au point de vue de la contagion. C[illegible] danger est tel qu'une des premières règles de la prophyla[illegible] doit être la suppression absolue du tabac. Le tabac, en effet, es[illegible] la principale cause entretenant indéfiniment aux périodes le[illegible] plus tardives les plaques muqueuses de la bouche. Celles-[illegible] sont très contagieuses. Tout sujet syphilitique s'il désire s[illegible] rier doit faire à jamais le sacrifice du tabac.

On voit aussi combien est faux le préjugé qui regarde com[illegible] me n'offrant aucun risque de contagion les vieilles prostituées ayant eu très longtemps avant la syphilis. Les réveils de plaques muqueuses sont chez elles assez fréquentes sous l'in[illegible] fluence de l'alcool et souvent du tabac.

Ces syphilis des femmes mariées sont particulièrement dangereuses pour un double motif : 1° toute femme contaminée de syphilis par son mari est condamnée, sauf exceptions rares, à n'être que très insuffisamment traitée, et reste pa[illegible] cela même exposée aux dangers des syphilis mal traitées.

2° En outre et presque toujours, la femme reste ignorante d[illegible] son mal. Le mari et le médecin traitant organisent autour d'elle la conspiration du silence. Elle est non seulement tr[illegible] tée de façon peu rigoureuse mais exposée aux dangers [illegible] graves des syphilis méconnues. Elle reste, en effet, ignorante de sa syphilis jusqu'à la fin de son existence.

Or, dans ces conditions, que cette femme vienne à être [illegible] fectée, 10, 15, 20, 25 ans plus tard, d'un accident tertiaire, qu'ad[illegible] viendra t-il, si le mari et le médecin d'autrefois ne sont plu[illegible] là pour le diagnostic de spécificité de cet accident ? Sera-t[illegible] facile à instituer en l'absence de tout commémoratif ? D'a[illegible] tant que si la malade est interrogée sur des commémorat[illegible] de ce genre, elle niera énergiquement puisque son médecin d'autrefois ne lui a pas dit qu'elle avait la syphilis, mais lui dit qu'elle ne l'avait pas. D'autant encore que, suivant le mo[illegible] de Ricord, la syphilis tertiaire est perfide, a la mine honnête et ne se distingue en rien dans ses manifestations viscérales d[illegible] toute autre manifestation, de même siège, mais d'autre pro[illegible] venance. D'autant, enfin, que le médecin n'échappe pas tou[illegible] jours à ce que j'appellerai la suggestion morale du milie[illegible] où il se trouve, milieu qui paraît irréprochable et au-dessus de tout soupçon.

M. Fournier cite un grand nombre de cas de ces syphilis soignées secrètement et insuffisamment — parfois [illegible] *jours à peine* ! dissimulées avec grand soin à la malade — [illegible] qui ont abouti aux plus cruelles catastrophes : ataxie, [illegible] crose, séries d'enfants mort-nés, folie...

De tous ces faits, conclut-il au milieu de l'approbation unanime, ressortent deux grandes vérités pratiques :

I. — Quand on a la syphilis, il est bon de le savoir : 1° [illegible] s'en traiter soi-même à toute occasion ; 2° pour éviter de [illegible] donner à autrui.

C'est dire que le médecin a le devoir de ne tromper [illegible] cliente que le moins souvent possible sur ce point, et de [illegible] consentir vis-à-vis d'elle à une réticence, ou, à *fortiori*, à [illegible] dissimulation, que dans les cas où il y est rigoureusement obligé.

II. — Il faut tenir pour certain que les erreurs pleuvent [illegible] pratique relativement aux conséquences tertiaires des sy[illegible] lis ignorées. Les syphilis ignorées, dirai-je comme conclusion dernière, elles sont partout ; mais nulle part elles ne [illegible] plus communes, et pour cause, que dans le camp des fem[illegible] mes honnêtes qui ont reçu la contamination de leurs [illegible]

A.-F. P[illegible]

La maladie du sommeil. — Le roi de Belgique vient d[illegible] le décret suivant. Il sera alloué un prix de 200.000 francs [illegible] conque, sans distinction de nationalité, découvrira le re[illegible] guérir la maladie du sommeil. Un crédit de 300.000 francs est [illegible] vert en vue d'effectuer et de favoriser les recherches de la mala[illegible] die du sommeil au point de vue de son traitement et de sa prophy[illegible] laxie.

V° CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

—

Pathogénie et Traitement des Hydronéphroses.

Rapport présenté par Pierre DUVAL, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux, et Raymond GRÉGOIRE, ancien interne des Hôpitaux, prosecteur à la Faculté. (Résumé.)

Il faut entendre par hydro ou uronéphroses les tumeurs rénales formées par la rétention chronique progressive et aseptique avec distension des cavités pyélo-rénales : elles sont créées par un obstacle à l'excrétion de l'urine.

Au point de vue *étiologique*, l'examen successif des différentes causes auxquelles on attribue la production des uronéphroses a conduit les auteurs à en accepter certaines, comme à en rejeter d'autres. Ainsi les malformations congénitales des voies urinaires supérieures, ainsi les compressions uni ou bilatérales de l'uretère, ainsi les lésions traumatiques, inflammatoires ou néoplasiques du conduit vecteur de l'urine, toutes ces causes de distension rétrograde ne sauraient être discutées. Il n'en est pas de même pour les autres causes généralement admises. Dans l'*uronéphrose par calcul*, celui-ci ne peut à lui seul provoquer l'uronéphrose : en réalité, la distension ne se produit que lorsqu'il existe dans l'uretère une cause de rétention dont l'influence s'ajoute à celle du calcul : rétrécissement acquis de l'uretère ou peut-être malformation congénitale. De même, les *uronéphroses par coudure sur un vaisseau supplémentaire*, n'apparaissent que lorsqu'il existe en même temps une *malformation congénitale*.

Les *uronéphroses par rein mobile* sont en réalité des uronéphroses développés dans un rein mobile : il s'agit là de deux malformations distinctes, elles aussi d'*ordre congénital*.

Quant à l'*uronéphrose dite intermittente*, elle correspond à 2 types distincts : d'une part, à un mode particulier de réplétion et d'évacuation des uronéphroses que les auteurs qualifient d'*uronéphroses à réplétion lente et à évacuation brusque* ; d'autre part à un syndrome qui correspond, non à une dilatation intermittente du rein, mais à des *crises de rétention aiguë* pouvant se développer dans des reins mobiles ou non, mais non distendus, ou dans une poche d'uronéphrose vraie déjà constituée, et persistant après la crise. Enfin, dans les *uronéphroses par positions vicieuses de l'uretère supérieur*, celles-ci sont en réalité effets et non causes du développement de la poche uronéphrotique — mais elles jouent ensuite un rôle important dans l'accroissement progressif de la rétention.

En résumé, la notion de malformation congénitale doit, pour les auteurs, dominer toute l'étiologie de l'uronéphrose ... acquise.

Cette malformation congénitale réside dans la persistance des *valvules*, étudiées dès 1879 par Englisch, et existant normalement au cours du développement de l'uretère ; les rétrécissements dits normaux de l'uretère ne sont sans doute que les vestiges de ces formations passagères qui, lorsqu'elles persistent anormalement, peuvent causer un obstacle permanent au cours de l'urine : si, à cette lésion légère s'ajoute accidentellement une autre lésion susceptible de gêner le flux urinaire, il se produit une lésion dès lors complexe et capable de provoquer la réno-distension.

Physiologie pathogénique. — Les effets ainsi causés ne sont pas toujours identiques. S'il y a disparition brusque et totale de la lumière des conduits excréteurs, il se produit de la *rétention aiguë sans distension*, avec augmentation considérable de la tension rénale, distension de l'uretère et du bassinet, congestion rénale intense — puis arrêt de la fonction rénale accompagné de résorption dans la cavité de la poche — enfin atrophie du parenchyme rénal et de la musculature des conduits excréteurs. Cette rétention aiguë définitive ne peut guère se produire chez l'homme, mais il peut exister des rétentions aiguës transitoires qui, *en se répétant*, finissent par amener le relâchement de la musculature du bassinet et des calices : la paroi se laisse forcer et la distension s'établit.

Lorsque l'obstacle est définitif, mais que persiste la perméabilité de l'uretère, il y a mise en tension du contenu, et excrétion insuffisante, mais sans résorption du contenu de la poche. Dans cette *rétention chronique avec distension*, la poche s'accroît progressivement, et il s'établit dans le rein des phénomènes congestifs qui peu à peu aboutissent à la sclérose (Albarran). Si cette sclérose s'étend à l'uretère, elle peut en amener l'obturation : il s'agit alors d'un véritable kyste uronéphrotique fermé. La vidange, au contraire, lorsqu'elle se fait, peut revêtir deux modalités distinctes :

Tantôt elle se fait d'une façon régulière, la poche étant toujours remplie, l'uretère laissant échapper chaque nouvelle quantité de liquide qui affleure son orifice. Tantôt elle a lieu par intervalles et brusquement, comme si l'uretère faisait siphon, et vidait en totalité la poche : ce sont les *uronéphroses à réplétion lente et à évacuation brusque*... Enfin, le système évacuateur, quel qu'il soit, peut se trouver tout d'un coup arrêté, et il se produit une crise d'hypertension correspondant au type clinique décrit sous le nom d'*uronéphrose intermittente*. En réalité, il s'agit tantôt de crises de rétention aiguë dans des reins normaux, avec augmentation de volume due à la *congestion*, et non à la distension (Albarran), tantôt d'hydronéphroses vraies qui, par suite d'un obstacle brusque à leur évacuation, se mettent tout à coup en tension, ne revélant leur existence qu'à cette occasion, et aussi souvent que celle-ci se présente.

L'uronéphrose dite intermittente ne présente donc pas autre chose qu'une crise de rétention aiguë. Quelles que soient les causes occasionnelles de ces accès, excès de boisson, retetenue d'urine, voyage trop long, émotions, refroidissements, menstruation, leur *mécanisme* peut se ramener à un certain nombre de causes physiologiques : mobilisation du rein ou de la poche elle-même, d'où couture de l'uretère, valvule formant clapet à l'orifice supérieur de l'uretère, torsions de l'uretère, enfin et surtout *spasme* ou *congestion* de la paroi urétérale.

La crise se *termine*, soit par réduction du rein dans sa loge, grâce au gonflement progressif de la poche uronéphrotique, ce qui est rare (cas de Bazy), soit par l'excès de tension de la poche, qui finit par vaincre la résistance de l'obstacle, soit enfin par la disparition du spasme ou la décongestion brusque de l'uretère.

TRAITEMENT DES URONÉPHROSES. — La néphrotomie simple doit être rejetée : de même, la ponction évacuatrice et le cathétérisme répété de l'uretère. Il ne reste en présence que deux méthodes, l'une radicale : la néphrectomie ; l'autre essentiellement *conservatrice*, mais variable comme applications.

a. La *néphrectomie* doit se faire aseptiquement, et l'uronéphrose doit être enlevée comme un sac fermé. La meilleure voie d'accès est la voie sous-péritonéale latérale, avec incision verticale coudée en avant à ses deux extrémités. (Bardenheuer.) Après relèvement du grand lambeau ainsi formé et refoulement du péritoine, on cherche l'uretère et on fait la ligature, puis la section, aussi bas que possible. Le pédicule est lié à son tour, et la poche extirpée par retournement de dedans en dehors. On termine par une suture pariétale à trois étages, sans drainage.

b. Les *opérations conservatrices* sont variables : α) *Section de l'éperon pyélo-rénal* ; β) *Pyélo-plasties* : urétéro-plastie simple, pyéloplicature, résection orthopédique du bassinet ; γ) *Urétérolysorthose* ; δ) *Anastomoses urétéro-pyéliques* ou *pyélo-vésicales*, dans lesquelles le cathétérisme de l'uretère facilite beaucoup la réussite de la bouche anastomotique ; ε) *Section de l'artère supplémentaire inutile* ; ζ) *Néphropexie*, inutile par elle-même, mais devant servir de complément à toutes les opérations précédentes.

En somme, la chirurgie des uronéphroses doit être *essentiellement conservatrice*. La néphrectomie doit être reléguée au rang d'opération d'exception ; elle n'a plus, dans l'espèce, que deux indications : l'impossibilité absolue de pratiquer une opération conservatrice quelconque, ou la disparition totale du tissu rénal. Quant à déterminer quelle est la meilleure des opérations conservatrices, l'expérience n'est pas encore suffisante pour pouvoir faire une réponse scientifique à ce sujet.

P. LEBRETON.

Hydronéphrose.

M. F. Legueu (de Paris) a opéré 26 cas d'hydronéphroses qui toutes appartenaient au même type clinique de l'hydronéphrose continue avec crises intermittentes d'hypertension.

Au point de vue thérapeutique, j'ai utilisé dans cinq cas les opérations conservatrices : les résultats ont été favorables, et ces malades, suivis ultérieurement, n'ont présenté aucun accident.

A propos des hydronéphroses acquises.

M. Bazy estime qu'il faut beaucoup insister sur les hydronéphroses consécutives aux prolapsus génitaux chez la femme. Il faut ajouter aux causes d'hydronéphroses les adhérences pelviennes résultant de périmétrites et périsalpingites éteintes. Il insiste surtout sur l'hydronéphrose intermittente. Il n'adopte pas la classification acceptée par les rapporteurs, qui rangent l'hydronéphrose intermittente parmi les hydronéphroses acquises ; du reste eux-mêmes acceptent à ce sujet les idées de M. Bazy, qui en fait une conséquence des malformations du bassinet.

Quant au traitement, l'auteur donne la préférence aux opérations anaplastiques, il emploie la voie transpéritonéale, sauf dans les cas infectés. Les opérations anaplastiques font cesser complètement les accidents de l'hydronéphrose intermittente, donc ces anaplasties ont réussi.

M. Cathelin rapporte quatre cas d'hydronéphrose dont trois congénitales et un d'origine calculeuse.

La néphrectomie, dans trois des cas, se fit sans difficulté ; la néphrostomie dans le quatrième cas, imposée par les circonstances, sera bientôt suivie d'une néphrectomie secondaire. La néphrectomie est ici bien supérieure à une conservation théorique, sans grande valeur, comme le prouvent les expériences de Donati et l'absence de contrôle ultérieur par la division des urines.

Hydronéphrose calculeuse intermittente.

M. Desnos (de Paris). Il s'agit d'un homme de 45 ans qui depuis sa jeunesse présentait des signes de calcul rénal, douleur plus ou moins vive du côté droit, provoquée par les efforts, rarement spontanée ; urines très rarement rosées. Il y a dix ans les douleurs devinrent peu à peu moins vives, quand, il y a quatre ou cinq ans survint, spontanément, une crise très différente des précédentes, douleurs moins aiguës, sourdes, pongitives, mais tout à fait continues ; cet état se prolongea deux jours environ, puis brusquement, les souffrances disparurent, en même temps que la diurèse devenait très abondante. Pendant ces cinq années, le malade a eu une vingtaine de crises de ce genre ; j'en ai observé plusieurs et constaté une tumeur rénale, volumineuse pendant les crises, diminuant dans leur intervalle quoique le rein restait appréciable.

Le malade qui s'était refusé jusque-là à toute opération, fut atteint d'une grippe infectieuse très grave à la suite de laquelle les urines, jusque-là limpides, se troublèrent, et la douleur rénale augmenta sans intermittence. La fièvre continuant, une incision lombaire me conduisit sur une poche volumineuse descendant jusqu'au détroit supérieur, formée par une énorme dilatation pyélitique et rénale que j'extirpai. Au niveau de l'orifice supérieur de l'uretère, mais non dans sa cavité proéminant dans le bassinet, existait un calcul gros comme un noyau de datte, absolument enclavé et pouvant basculer et venir, en s'abaissant, obstruer complètement l'orifice urétéral, calcul d'origine très ancienne, cause évidente des accidents d'hydronéphrose intermittente.

De l'Hydronéphrose par rotation du rein autour d'un de ses axes.

M. le Dr Paul Hamonic (de Paris). — Cette variété est moins rare qu'on ne pourrait croire. Seize fois, M. le Dr Hamonic a eu à intervenir pour des déviations rénales et, depuis que son attention est appelée là-dessus, ce chirurgien a observé fréquemment cette modalité clinique.

La succession des phénomènes est la suivante : *Altération primitive* du rein, *périnéphrite chronique*, *épaississements inflammatoires* de l'atmosphère celluleuse ; *réaction* des adhérences et *rotation* du rein autour d'un de ses axes (vertical, transversal, ou antéro-postérieur). Tantôt le bord externe se porte en avant ; d'autres fois c'est le pôle supérieur ; enfin, dans d'autres circonstances, ce dernier bascule en dedans ou plus souvent en dehors. Il existe des cas mixtes dans lesquels la position participe de plusieurs déviations simultanées.

Les *symptômes* sont ceux communs à toute ptose rénale. Mais, toutes choses égales, ils sont beaucoup plus accusés ici que dans l'abaissement simple. C'est qu'en effet, l'abaissement rénal arque l'urethère sans beaucoup effacer sa lumière, tandis que le moindre mouvement de bascule coude le conduit et l'oblitère. A *la palpation*, le rein est fortement saillant en avant. On sent son bord externe ou son pôle supérieur. Le changement de direction fait qu'on ne connaît plus la forme de l'organe. Il pointe en avant, semble petit et irrégulier. On le perçoit en raccourci et très superficiel et ces caractères peuvent faire penser à une tumeur. La *douleur intermittente* est influencée par la fatigue, la station verticale et les efforts. Certaines manœuvres ramenant l'organe dans sa position (*taxis rénal*) font disparaître instantanément toute souffrance en même temps que la main sent la glande reprendre sa verticalité. Les *troubles urinaires* sont ceux de l'hydronéphrose intermittente (anurie douloureuse et petites débâcles urinaires suivies d'un grand soulagement). Souvent l'urine est altérée en raison de la lésion primitive du rein. L'*évolution* est progressive d'autant plus que les malades ne peuvent guère supporter les appareils contentifs qui, pour être efficaces, doivent exercer une pression active et très localisée.

Au point de vue du diagnostic, la modalité actuelle est souvent confondue avec le *lumbago* et la *névralgie*. Parfois, on rapporte les symptômes à la *néphrite* qui existe réellement et marque la première étape de l'évolution, mais qui n'est pour rien dans les manifestations de l'hydronéphrose. La palpation a pu faire croire dans quelques cas à l'existence d'une *tumeur abdominale*. La déviation rénale aggrave toujours les lésions parenchymateuses ou prédispose le rein à la maladie, si, par exception, l'organe n'est pas lésé. L'opération de choix est la *néphropexie*. Mais il faut avoir soin, avant de fixer le rein, de le libérer des adhérences qui vicient sa position et de bien rétablir sa verticalité.

A propos de la pathogénie et du traitement des hydronéphroses.

M. Luys insiste sur le rôle des artères anormales dans la production de l'hydronéphrose et il apporte à l'appui deux pièces qui semblent nettement démontrer le rôle de la présence de l'artère dans la production de l'hydronéphrose. Au point de vue des indications du traitement, M. Luys pense qu'avant d'opérer il faut pratiquer des examens complets du malade et il estime que les deux méthodes de la séparation intra-vésicale des urines et du cathétérisme uretéral, loin d'être mises en antagonisme, doivent au contraire être employées l'une et l'autre, et chacune d'elles doit donner des renseignements spéciaux. La séparation intra-vésicale fera voir si les coudures urétérales sont fixes ou mobiles. Le cathétérisme de l'uretère permettra de préciser l'endroit exact du rétrécissement ou de la coudure et, d'autre part, de connaître avec précision la capacité du bassinet.

M. Rafin (de Lyon), rapporte treize observations d'hydronéphrose, comprenant des cas d'hydronéphroses aseptiques ou infectées, et d'hématonéphrose. Envisagés au point de vue de la pathogénie de la rétention, ces cas se divisent de la façon suivante :

M. Rafin reste partisan des opérations conservatrices, qu'il a déjà préconisées en 1899 dans la thèse de Verrière. Le cathétérisme de l'uretère est supérieur à toute autre méthode, soit au point de vue diagnostic, soit comme moyen de vérification des résultats opératoires. Dans les hydronéphroses aseptiques volumineuses, il convient d'être très réservé dans son emploi, les collections s'infectant comme les vessies distendues. En présence d'une hydronéphrose infectée et surtout dans les cas où il existe une contreindication opératoire, le cathétérisme thérapeutique constitue une ressource précieuse. Pour préciser les indications de la néphrectomie et des opérations conservatrices, il faudra tenir compte de divers éléments, tels que l'état général, l'infection, la valeur du rein à conserver, et la gravité de l'opération à pratiquer.

Le choix ne sera pas toujours des plus aisés, car les observations de guérison après une opération conservatrice à l'abri de toute critique sont d'une extrême rareté.

M. Delbet. — L'hydronéphrose, telle qu'elle est décrite dans les traités, m'a toujours paru une affection singulièrement confuse et hétéroclite. Sous cette étiquette, on décrit, en effet, des affections d'ordre très dissemblable : 1° des dilatations par compression : 2° des distensions sur la nature desquelles on est mal fixé.

Quelle est la nature de ces dernières? ce sont exclusivement, à mon avis, des dilatations pyélorénales par pyélourétérite et péri-pyélo-urétérites sténosantes et oblitérantes.

M. Le Fur (de Paris) rapporte deux cas d'*hydronéphrose intermittente.*

M. Carlier (de Lille). Tout en admettant la fréquence de la congénitalité des causes de l'hydronéphrose, M. Carlier croit qu'un certain nombre d'hydronéphroses restent indépendantes de cette origine congénitale, et en cite un exemple qui lui paraît probant.

M. Albarran (de Paris). — MM. Duval et Grégoire ayant accepté dans leur excellent rapport la plupart des idées que je professe, je ne discuterai que quelques points particuliers.

En ce qui concerne les *uronéphroses calculeuses*, je les tiens pour relativement fréquentes.

J'appelle de nouveau l'attention sur les *hydronéphroses consécutives à la péri-urétérite avec déviation secondaire de l'uretère*. Il y a deux ans, j'ai publié 2 cas de ces rétentions rénales dues à la péri-urétérite dans la portion pelvienne ; j'ai pu constater après la libération externe de l'uretère la parfaite perméabilité de l'uretère. Mes malades restent guéries après cette simple opération. Dans la partie supérieure de l'uretère ces lésions sont fréquentes ; elles fixent les coudures d'abord mobiles.

Je crois fermement que le rein mobile peut être cause d'uronéphrose : contrairement à ce qui a été avancé, je ne pense pas qu'il faille toujours incriminer une lésion urétérale congénitale préexistante à la mobilité du rein. Cliniquement, la démonstration résulte de la cessation de certaines crises lorsqu'on réduit le rein dans sa loge. Anatomiquement, la démonstration est donnée par la constatation opératoire de coudures, accompagnant la mobilité du rein avec perméabilité parfaite de l'uretère. Enfin, nous avons tous guéri des uronéphroses par la simple fixation du rein, que, le premier, Guyon a faite dans ces cas, avec ou sans destruction de quelques brides péri-urétérales. Les rapporteurs ont grandement raison d'insister sur les lésions congénitales capables de produire la rétention rénale, mais il ne faut pas oublier, et je l'ai démontré avec de nombreuses pièces, que dans un grand nombre de ces rétentions, l'orifice urétéral dans le bassinet a un calibre normal et que pareillement l'uretère peut être complètement libre : la fréquence de ces cas est attestée par les guérisons opératoires lorsqu'on ne touche pas à l'uretère. J'en ai publié plusieurs exemples.

Au point de vue du *traitement*, je pense que, lorsque l'indication d'envelopper la poche existe, il est inutile d'employer le grand lambeau latéral, la néphrectomie lombaire donne des résultats excellents.

Parmi les opérations conservatrices, celle qui m'a donné les meilleurs résultats est la résection orthopédique.

Pathogénie et traitement de l'uronéphrose.

M. Pasteau. — Tout d'abord, il faut admettre l'existence *d'uronéphroses congénitales et d'uronéphroses acquises.*

Parmi les uronéphroses congénitales, celles qu'on rencontre dans les cas de multiplicité de vices d'abouchement, de coudures, de torsion de l'urètre ne peuvent s'expliquer que lorsqu'il y a *diminution de calibre du conduit ou gêne dans l'excrétion de l'urine.* Parmi ces anomalies congénitales, il faut citer, en particulier, les sténoses du méat uretéral qui peuvent s'accompagner d'une dilatation plus ou moins volumineuse de l'extrémité inférieure de l'uretère dans la vessie.

Sous le nom d'uronéphrose acquise, il faut placer celles qui sont dues à une *compression de l'uretère*, par exemple par une tumeur abdominale ou pelvienne, par des masses ganglionnaires, comme on en peut rencontrer dans les cas de cancer de la vessie ou de la prostate. Dans les cas d'uronéphrose acquise rentrent encore l'*uronéphrose calculeuse* qui existe bien réellement, *l'uronéphrose par péri-urétérite inflammatoire* ainsi que l'*uronéphrose déterminée par une obstruction néoplasique de l'uretère* qui peut exister soit dans le trajet extra vésical, soit dans la traversée de la paroi vésicale, soit à l'intérieur même de la vessie.

L'*uronéphrose par rein mobile* n'est pas niable. Un certain nombre de cas peuvent être classés dans l'uronéphrose congénitale, bien que ne se manifestant parfois qu'à l'âge adulte ; ce sont ceux dans lesquels le rein mobile est lui-même d'origine congénitale ; les autres cas, peut-être moins nombreux, dus à un rein rein mobile non congénital, doivent entrer dans le cadre des uronéphroses acquises.

Au point de vue thérapeutique, il est important de *faire un diagnostic étiologique aussi complet que possible* et de rechercher en particulier s'il existe d'autres anomalies congénitales. L'*examen de l'uretère au cystoscope* est indispensable et le *cathétérisme uretéral avec des sondes demi-rigides* peut donner des renseignements de premier ordre sur le contenu de la poche aussi bien que sur le trajet, la direction et le calibre de l'uretère.

Si on ne reconnaît ainsi une cause curable à l'uronéphrose on peut, en supprimant cette cause, faire disparaître du même coup les lésions rénales, si elles ne sont pas trop avancées.

Dans l'uronéphrose par rein mobile, si la rétention rénale est petite, le *cathétérisme répété de l'uretère* peut amener la guérison, sinon, il faut recourir à la *néprophexie* au cours de laquelle on doit toujours *examiner le bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère* pour voir s'il n'y a pas de cause congénitale ou autre capable d'expliquer les accidents.

Si la rétention est plus volumineuse, il faut avoir recours aux *opérations plastiques* et faire autant que possible de la *chirurgie conservatrice*. La *néphrectomie* doit, dans les cas d'uronéphrose, être rejetée au rang d'opération de nécessité pour les cas de complication, pour ceux dans lesquels l'opération plastique n'a pas réussi ou a donné lieu à la formation d'une fistule incurable.

L'urétroscopie dans les urétrites chroniques.

M. Lebreton (de Paris) rapporte les résultats de son expérience personnelle, basée sur deux cents cas environ. Après avoir passé en revue les différentes lésions de l'uréthrite chronique rebelle, *infiltration molle* avec ses divers aspects, *infiltration dure*, *lésions glandulaires*, productions papillomateuses, etc., et après avoir étudié le mode de traitement qui lui a donné pour chacune d'elles les meilleurs résultats, l'auteur arrive aux conclusions suivantes: L'urétroscopie, très intéressante et très instructive au point de vue du *diagnostic* dans les urétrites rebelles, ne doit cependant pas être regardée comme pouvant jouer un rôle thérapeutique de premier ordre dans ces affections. Seules, les lésions glandulaires et les productions papillomateuses ou autres peuvent en bénéficier réellement.

M. Luys répond à M. Lebreton qu'il s'étonne de la difficulté qu'éprouve M. Lebreton dans la manœuvre de la loupe de son urétroscope. Il est, en effet, étonnant de ne pas vouloir se servir de ce précieux moyen d'investigation qui permet de voir nettement les moindres lésions urétrales.

Angiome de l'urètre chez un enfant guéri par l'électrolyse interstitielle sous le contrôle de l'urétroscope.

MM. Forgue et Jeanbrau (de Montpellier) communiquent cette observation et présentent deux planches. La première figure un angiome de l'urètre vu à l'urétroscope. La seconde montre l'aspect de la muqueuse urétrale après guérison obtenue par l'électrolyse interstitielle.

MM. Forgue et Jeanbrau indiquent les avantages de cette méthode de traitement sur l'intervention sanglante. Celle-ci aurait nécessité une résection de deux centimètres et demi environ d'urètre. Chez un adolescent en voie de croissance comme leur malade, cette intervention aurait entraîné une incurvation de la verge au tout au moins un rétrécissement pénien. L'électrolyse interstitielle a permis d'obtenir la guérison sans mutilation et presque sans douleur.

Technique physiologique des lavages de l'urèthre.

M. Duchastelet. — L'urètre comme la vessie est plus sensible à la distension qu'aux contacts. Les lavages de l'urèthre antérieur sans sonde sont souvent douloureux, puisqu'ils mettent en éveil cette sensibilité à la tension d'autant plus développée que la muqueuse a été hyperhémiée par une uréthrite aiguë, et a perdu sa souplesse.

En introduisant une sonde de caoutchouc très fine (nº 12 au plus), d'où le liquide s'écoule avant même l'introduction dans le méat, précédant la sonde dans l'urèthre dont il développe la cavité virtuelle sans tension puisque le liquide ressort librement, on évite presque tout contact de la sonde avec la muqueuse puisqu'elle chemine dans une veine liquide, et de ce fait la sensibilité au contact est presque nulle.

La cocaïnisation est une ressource d'exception. Elle peut être une sécurité illusoire pour le médecin comme pour le malade. En supprimant la douleur, elle empêche d'apprécier la sensibilité à la tension d'une muqueuse enflammée ; mais elle n'empêche pas la congestion consécutive de ce traumatisme masqué, avec les difficultés de miction qui en résultent. L'injection de la solution de cocaïne avant le lavage peut de plus être préparatrice de l'infection. Au contraire, en procédant par simple *imprégnation* d'un liquide s'écoulant librement en retour le long de la sonde, du cul-de-sac du bulbe vers le méat, on assouplit rapidement la muqueuse à mesure qu'on la désinfecte. Même avec des solutions à très faible titre, on peut alors, au bout de quelques jours, recourir aux traitements ordinaires, soit qu'on emploie la canule de Janet, soit qu'on revienne à sa méthode en appliquant le pavillon conique de la sonde pour obturer le méat.

Chez les nerveux qui n'admettent aucune distension, une sonde caoutchouc nº 12, maniée comme je l'indique, pénètre facilement dans l'urèthre postérieur, d'une façon antiseptique et non traumatique, puisqu'elle est précédée d'une veine liquide de permanganate.

M. Escat ne fait jamais de lavages dans la période aiguë et n'emploie que la méthode de Janet, en se servant de la seringue.

M. Janet pense que, dans l'urétrite aiguë, les complications de prostatite sont dues, chez les sujets nerveux, aux brusques contractions, et à la tension qui en résulte, si l'on ne peut peut retirer à temps la canule. Il estime que dans ces cas le lavage à la sonde peut être indiqué.

M. Hamonic dit qu'il emploie la méthode de la sonde depuis une quinzaine d'années, à l'aide d'un appareil à pression qu'il a décrit dans son « Traité des rétrécissements ».

M. Frank (Berlin). En 1892 Janet nous a donné son excellente technique. Depuis ce temps on a apporté une assez grande quantité de modifications. Je suis d'avis que toutes ces modifications sont des complications. Je suis absolument resté fidèle à la technique de Janet et je crois que l'on évite des lésions de l'urètre postérienr et de ses annexes chez les nerveux par une bonne anesthésie.

M. Desnos (de Paris). Je me suis servi, il y a fort longtemps, de sondes fines à trous latéraux dont j'ai fait faire un modèle en 1802. Mais, j'en ai abandonné l'usage depuis longtemps aussi. Lorsque les parois urétrales sont dans un état tel qu'elles ne peuvent supporter les lavages de Janet, en raison d'une inflammation vive, de saignement ou d'œdème, il faut abandonner tout traitement topique, sauf de rares exceptions et tout contact d'un corps solide avec la muqueuse est de nature à produire des accidents parfois graves.

M. Pasteau. — J'estime que nous ne sommes pas près de trouver quelque chose de mieux que les lavages de Janet pour le traitement de la blennorrhagie. C'est dire qu'à mon avis, *les lavages urétro-vésicaux sans sonde restent, dans la grande majorité des cas, la méthode de choix* ; cependant chez les malades nerveux pour lesquels le spasme de la portion membraneuse est difficile à vaincre, on peut, à mon avis, et on doit même pour pénétrer dans la vessie, se servir d'une *sonde molle* en caoutchouc qui, doucement introduite, permet de laver l'urètre postérieur. Ce même procédé est à utiliser encore lorsque, bien qu'on ait pu passer sans sonde dans la vessie, avec ou sans anesthésie de l'urètre, le malade nerveux a des contractions brusques qui augmentent fortement la tension intra-urétrale.

Jamais jusqu'ici je n'ai eu à constater dans ma pratique de complication ni d'orchite due à l'emploi de la sonde pour les lavages dans des cas semblables.

M. Duhot commence par anesthésier à la cocaïne la région du bulbe, puis l'urètre postérieur ; il emploie ensuite la méthode de Janet, en se servant toujours de solutions faibles. Pour mettre la cocaïne, il emploie une sonde coudée spéciale.

Pour M. le Fur, il ne faut pas être exclusif ; mais la méthode Janet est applicable à presque tous les cas, à condition que l'urètre soit systématiquement anesthésié auparavant, ce qui empêche la contraction qui cause la douleur ; la sonde doit être réservée à certains cas rares, chez des sujets spécialement nerveux.

Nouvel urétrographe.

M. le Dr P. Hamonic a donné le nom d'uréthographe à un appareil qu'il a imaginé et qui permet au canal d'imprimer lui-même sa silhouette sur le papier.

Modification du dilatateur de Holt.

M. Janet. — Le dilatateur de Holt se compose de deux lames séparées par un conducteur métallique. Sur ce conducteur, on glisse des bougies métalliques de calibre progressif qui donnent une excellente dilatation. J'ai modifié cet instrument au point de vue de la construction sans en changer le principe, il peut être utile soit pour la dilatation ordinaire au même titre que les Béniqués, soit pour les rétrécissements graves ordinairement passibles de l'urétrotomie interne, en alternant son usage avec celui de la sonde à demeure.

Nouvel urétrotome.

M. Desnos (de Paris). — L'urétrotome présente une modification, due à M. Gentile, de l'instrument que j'ai montré ici il y a quelques années ; l'olive mobile, destinée à servir d'indicateur et de mensurateur de l'urètre, ne se fixe plus sur un pas de vis, mais fait corps avec les tiges qui sont multiples et interchangeables. Ces olives ne doivent en aucun cas servir à la dilatation, mais seulement à indiquer le point et les dimensions précises du rétrécissement. On ne doit d'ailleurs employer cet instrument que pour les urétrotomies complémentaires et seulement quand on a une grande habitude des manœuvres urétrales.

(A suivre.)

PHARMACOLOGIE

Pour s'être trompé de porte. — *Saint-Nazaire.* — Le docteur Kerguistel, de Guérande, président du comité républicain cantonal, personnalité bien connue, vient d'être victime d'un étrange et sérieux accident. Vendredi dernier, il prit le train pour Paris et s'endormit dans son compartiment. A 200 mètres environ de la gare de la Chapelle-sur-Loire, non loin d'Angers, il voulut se tranpsporter aux water-closets placés à l'extrémité du wagon. Mal réveillé, il se trompa de porte, prit la portière du wagon pour l'entrée des waters-closets, ouvrit et tomba sur la voie. A ce moment, le convoi courait à raison de 70 kilomètres à l'heure. Le docteur Kerguistel aurait dû être tué sur le coup ; il n'en fut rien miraculeusement. Il put se relever et se traîner péniblement jusqu'à la gare de la Chapelle, où il fut secouru. Le docteur Kerguistel a été ramené à Guérande. Son état est inquiétant, mais non désespéré. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de notre ami Yan Kerguistel.

XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Suite*).

Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.

(Rapport de M. Ch. Willems, de Gand, résumé par l'auteur).

Je prends l'expression « voies et moyens » dans son sens synthétique, et j'étudierai dans ce rapport l'ensemble des ressources dont nous disposons pour l'exécution des opérations intrathoraciques, laissant de côté l'étude des nombreux procédés opératoires qui conduisent dans le thorax, et qui sont suffisamment connus.

La chirurgie intrathoracique comporte deux dangers principaux, qui rendent insuffisante la technique chirurgicale ordinaire ; le pneumothorax et l'infection. On s'est trop préoccupé du premier, pas assez de la seconde.

La pathologie du pneumothorax s'explique le mieux, dans l'état actuel de la question, par la théorie de Garré, qui fait jouer le rôle principal au médiastin dans la pathogénie des troubles dyspnéiques. La rupture de l'équilibre de pression dans les deux moitiés du thorax a pour effet, à chaque inspiration, de faire bomber le médiastin vers la plèvre saine, et, à chaque expiration forte, vers le pneumothorax. Le jeu respiratoire du poumon *sain* est ainsi profondément troublé et c'est de là que proviendrait la dyspnée, et non du collapsus de l'autre poumon.

Si l'ouverture simultanée des deux plèvres est presque fatalement mortelle, la gravité du pneumothorax unilatéral semble avoir été exagérée. Cette gravité, très variable d'après les cas, dépend : a) *de la grandeur de l'ouverture pleurale*. Quand la plaie a un diamètre moindre que celui de la glotte, le poumon ne s'affaisse pas complètement, parce qu'à l'inspiration, l'air ne peut pas pénétrer assez rapidement par la plaie pour anéantir le vide pleural ; b) *de la rapidité avec laquelle l'air pénètre dans la poitrine*. Le pneumothorax qui se produit brusquement, par une large incision, donne lieu souvent à des symptômes graves, tandis que la filtration lente de l'air s'opère généralement sans troubles inquiétants ; c) *de la durée pendant laquelle la plèvre reste ouverte*, le danger croît avec cette durée ; d) *du côté atteint*. Le pneumothorax droit est plus grave que le gauche, probablement parce que la veine cave et l'oreillette droite, dont les parois sont minces, résistent moins bien que le ventricule gauche à la pression atmosphérique : e) *de la présence ou de l'absence d'adhérences*, car celles-ci, même réduites à quelques brides, diminuent considérablement la gravité de l'incision pleurale ; f) *de certaines conditions individuelles du malade*, telles que l'état de chacun des deux poumons, l'état du cœur, l'état général, la perte de sang, la souplesse ou la rigidité du médiastin, la configuration du thorax, et surtout le fait que les mesures propres à parer au danger auront été prises plus ou moins bien et plus ou moins vite.

Le deuxième danger des interventions intrapleurales est l'infection, qui guette les opérés du thorax plus que ceux de n'importe quelle autre région du corps, et qui les tue beaucoup plus souvent que ne le fait le pneumothorax. La grande réceptivité de la plèvre à l'infection s'explique par son peu de tendance à produire des adhérences, ce qui fait que le tamponnement y manque ordinairement son but, par les mouvements incessants du poumon et le brassage de l'air et du sang qui en résulte, enfin, par la difficulté d'éviter les espaces morts après les interventions en plèvre libre.

Il existe un certain nombre de moyens propres à diminuer les dangers d'infection pendant et après les opérations intrapleurales. Il suffit de mentionner la nécessité d'user d'une asepsie rigoureuse, de réduire au minimum la durée des interventions, de recourir au tamponnement isolant. Il faut, pour peu que cela soit possible, fermer complètement et hermétiquement la cavité pleurale après l'intervention, et, si l'on ne peut le faire, on doit, ou bien laisser la cavité ouverte et la tamponner en entier, ce qui est un pis-aller, ou bien appliquer un pansement occlusif serré, ou bien, ce qui est le mieux, établir un drainage aspirateur, qui tout en permettant l'écoulement des liquides, s'oppose à l'entrée de l'air. On a le choix entre plusieurs appareils : l'aspirateur de Potain, le siphon de Révilliod, l'appareil de Perthes, celui de Storck, la cloche aspiratrice de Mikulicz, la chemise de scaphandrier de Sauerbruch, l'appareil tout récent de Seidel.

Quant au pneumothorax, le seul moyen de se mettre sûrement à l'abri de cet accident est de ne faire la traversée pleurale que sous le couvert d'adhérences suffisamment larges et solides. Malheureusement, nos moyens d'exploration clinique sont impuissants à nous renseigner sur la présence ou l'absence d'adhérences. Tout au plus pouvons-nous arriver à des présomptions d'après l'aspect que présente la face externe de la plèvre mise à découvert, et conclure à l'existence probable d'adhérences quand la membrane est épaisse, opaque et d'aspect fibreux. Le décollement pleural de Tuffier et la boutonnière exploratrice de Bazy pourraient dans une certaine mesure aider à ce diagnostic.

Nous n'avons aucun moyen sûr de créer artificiellement des adhérences. Tous les procédés qui ont été recommandés ont, outre leur infidélité, le grand inconvénient d'exiger trop de temps et d'être par conséquent inapplicables dans les cas urgents, fréquents en chirurgie thoracique. Aussi préfère-t-on aujourd'hui remplacer les adhérences par une couronne de sutures pleuro-pleurales isolantes, d'après le procédé de Roux.

Mais lorsque le siège du foyer n'a pu être déterminé avec précision, ce qui arrive fréquemment ou lorsqu'il faut faire plus qu'une simple incision du parenchyme pulmonaire, on est obligé d'opérer en plèvre libre. On a alors à sa disposition pour combattre le pneumothorax opératoire inévitable, des *moyens chirurgicaux* et des *moyens physiques*.

Les moyens chirurgicaux peuvent être appliqués avant, pendant et après l'opération.

Avant l'opération, on peut, à l'exemple de Dollinger, établir le pneumothorax la veille, afin d'habituer l'organisme au collapsus pulmonaire.

Pendant l'opération, il faut éviter de coucher le malade sur le côté sain, afin de ne pas entraver le jeu du poumon de ce côté. Il faut ne laisser pénétrer l'air que lentement dans la plèvre, et fermer momentanément l'incision pleurale dès que surviennent des phénomènes asphyxiques. Le tamponnement intrapleural constitue une autre ressource utile contre les accidents du pneumothorax. Mais le moyen le plus puissant est l'amarrage du poumon, qu'on saisit avec une pince à griffes et qu'on attire avec force. Les troubles respiratoires cessent aussitôt.

L'amarrage est aujourd'hui employé par tous les chirurgiens, soit qu'ils le considèrent, pour la prévention du pneumothorax, comme le moyen héroïque, dispensant de tous les autres (Delagénière), soit qu'ils s'en servent comme d'un remède d'urgence et de nécessité, là où les appareils spéciaux font défaut.

En règle générale, l'amarrage du poumon est suivi de la suture à la paroi.

Après l'opération, il faut vider la cavité pleurale de l'air qu'elle contient toujours, soit en aspirant cet air au moyen d'une seringue ou d'un appareil aspirateur (Delagénière), soit en transformant le pneumothorax en hydrothorax et en vidant immédiatement celui-ci par le siphonage (Witzel).

Il faut enfin empêcher le pneumothorax de se reproduire secondairement. Ceci s'obtient par les moyens employés contre l'infection, à savoir la suture hermétique et le pansement compressif pour tous les cas où l'occlusion est possible, le drainage aspirateur pour les autres.

Les moyens physiques comprennent l'insufflation pulmonaire, l'abaissement de la pression intrapleurale, et l'élévation de la pression intrabronchique.

L'insufflation pulmonaire, appliquée d'abord par E. Lambotte, étudiée ensuite par Tuffier et Hallion, Doyen, etc., n'a guère été utilisée qu'en Amérique où l'appareil de Fell-O'Dwyer a joui de quelque vogue. Elle tend aujourd'hui à être abandonnée. Elle présente d'ailleurs des inconvénients d'ordre physiologique.

Pour éviter complètement la production du pneumothorax au moment de l'ouverture pleurale, on pouvait procéder de deux manières différentes et en quelque sorte inverses : soit en diminuant la pression intrapleurale, soit en augmentant la pression intrabronchique. Sauerbruch a réalisé la première manière, en faisant construire une sorte de chambre pneumatique dont un appareil aspirateur qui raréfie l'air, et dans laquelle est enfermé le corps de l'opéré, la tête seule restant au dehors. Lorsque l'abaissement de la pression atmosphérique dans la chambre correspond à une colonne de mercure de 10 à 12 millimètres, la poitrine peut être ouverte largement sans que le poumon s'affaisse. Car l'opéré respire l'air extérieur à la pression atmosphérique ordinaire, tandis que la cavité pleurale se trouve sous une pression moindre, identique à la pression intrapleurale normale. Les plus larges ouvertures thoraciques ne modifient plus la statique du poumon, qui reste dilaté et appliqué exactement contre la paroi. Il ne survient ni dyspnée ni cyanose, même si l'on ouvre les deux côtés du thorax. La respiration continue spontanément et activement, et le poumon du côté opéré prend part aux mouvements respiratoires.

La deuxième méthode, par augmentation de la pression intrabronchique, a été expérimentée d'abord par Quénu et Longuet, qui firent respirer des animaux dans l'air comprimé et indiquèrent très nettement que leur procédé réalisait une augmentation de pression, non pas intermittente, comme la respiration artificielle par insufflation, mais constante, permettant à la respiration spontanée de se poursuivre. Mais ils n'appliquèrent pas leur méthode à la chirurgie humaine.

L'appareil le plus pratique pour la respiration dans l'air comprimé est celui de Brauer, qui enferme la tête du malade dans une sorte de cage en verre dans laquelle l'air arrive sous une pression de 10 à 12 mm. Hg. Avec cet appareil, comme avec la chambre de Sauerbruch, la poitrine peut être ouverte sans collapsus pulmonaire, et, par conséquent, sans pneumothorax.

D'autres appareils ont été imaginés dans le même but, celui de Engelken, dans lequel la cage de l'appareil de Brauer est remplacée par une petite chambre destinée à recevoir la tête de l'opéré et le chloroformisateur, celui de Kuhn, dans lequel la caisse est remplacée par une canule de tubage. Mais l'appareil de Brauer est le plus recommandable pour l'expérimentation clinique.

A laquelle des deux méthodes à pression atmosphérique modifiée faut-il donner la préférence ? L'appareil de Brauer est incontestablement plus simple que la chambre de Sauerbruch, et il ne sépare pas l'opérateur de l'aide chargé de l'anesthésie. Il est vrai qu'il sépare celui-ci de son malade. On lui a reproché, de plus, de gêner le cours du sang dans la petite circulation, en comprimant le réseau capillaire du poumon. Mais il est probable que de minimes différences de pression ne peuvent pas avoir pour l'organisme une signification sérieuse.

Il semble que, dans l'état actuel de la question, on puisse indifféremment employer l'un ou l'autre procédé, et la moindre complication de l'appareil de Brauer pourra justifier le choix de ce dernier.

Quant à l'expérience clinique, elle fait aussi bien défaut à l'une qu'à l'autre méthode, et il est prématuré de les juger à ce point de vue. Il est d'ailleurs possible que ces appareils n'aient pas revêtu leur forme définitive et il faut s'attendre à des simplifications dans l'application du principe. Mais on peut se demander dès maintenant jusqu'à quel point le principe des méthodes physiques constitue un progrès sur les méthodes chirurgicales ordinaires. Pour répondre à cette question, il faut passer en revue les principales opérations qu'on peut être appelé à pratiquer dans le thorax, et envisager l'accès dans la cavité pleurale, dans la cavité péricardique et dans les médiastins.

Accès dans la cavité pleurale. — Mikulicz recommande vivement l'emploi de la chambre pneumatique pour l'ablation des *tumeurs costo-pleurales*, qui compte parmi les plus graves des opérations intra-thoraciques. Il est cependant certain que les moyens chirurgicaux, notamment l'amarrage du poumon, sa suture tout autour de la brèche pleurale, la suture exacte du lambeau et l'aspiration de l'air restant, sont ordinairement suffisants contre le pneumothorax. Mais le danger capital est dans l'infection, et le drainage aspirateur est donc recommandable.

Le danger de l'ouverture des deux plèvres donne aux extirpations de *tumeurs du sternum* une réputation de gravité particulière. Les appareils à pression atmosphérique modifiée trouveraient ici une de leurs meilleures indications. Si l'on ne peut y avoir recours, il faudra s'arranger pour ne pas laisser les deux cavités pleurales ouvertes en même temps.

Ces appareils ne sont nullement indispensables pour la suture des *plaies du poumon* puisque l'affaissement du poumon y existe déjà du fait de l'hémorragie intrapleurale. La déchirure se reconnaît très bien sur le poumon collabé, ou sur l'organe saisi à pleine main et attiré vers l'extérieur. Mais des blessés chez lesquels la suture avait été parfaitement hémostatique sont morts de pleurésie septique. Sur onze cas de suture, je trouve 6 guérisons et 5 morts. Il faut donc fermer systématiquement la poitrine dans ces cas, et, à la moindre alerte, établir secondairement un drainage aspirateur.

Dans la suture des *plaies du diaphragme*, pour laquelle la voie transpleurale est la meilleure, la chambre pneumatique me paraît formellement contre-indiquée, par suite de l'aspiration qu'elle exercerait sur les viscères abdominaux (estomac, intestin, épiploon). D'ailleurs, le pneumothorax ne semble avoir aucune gravité dans ces cas, à l'encontre du danger d'infection, qui est considérable et exige le drainage aspirateur.

Il en est de même pour les *hernies du diaphragme*, et pour toutes les *thoraco-laparotomies.*

Dans les *suppurations pulmonaires* (abcès, gangrène), bronchectasies) il existe des adhérences dans 87 % des cas (Garré). Même quand les adhérences font défaut, les appareils spéciaux sont loin d'être indispensables, car lorsque le poumon renferme un foyer purulent, il ne s'affaisse pas complètement à l'ouverture de la plèvre, et le pneumothorax est donc peu redoutable. Il semble préférable, dans ces cas, d'adopter la méthode de Delagénière, qui, après production lente d'un pneumothorax total, explore le poumon au moyen de la main introduite dans la plèvre, et, après avoir reconnu le foyer, l'amène à la plaie.

Dans les opérations pour *kyste hydatique* du poumon, les accidents du pneumothorax sont peu fréquents, ce qui peut s'expliquer encore une fois par ce fait que la présence de la tumeur dans l'épaisseur du poumon évite à ce dernier un collapsus complet. Les appareils spéciaux ne sont donc pas absolument nécessaires.

L'attaque de la *portion thoracique de l'œsophage* par la voie transpleurale n'a pas donné de résultats fort encourageants. Sur 8 opérations, 4 ne purent être terminées : il s'agissait, dans 3 de ces cas, de carcinomes que l'on se proposait de réséquer, et qu'on reconnut inopérables. Dans le quatrième cas la mort survint brusquement, sur la table. Des 4 opérations restantes, 3 sont des résections pour cancer ou pour rétrécissement, avec 2 morts et un résultat inconnu ; la 4e est une gastro-œsophagostomie suivie aussi de mort.

Ces mauvais résultats tiennent à plusieurs causes : le défaut d'extensibilité de l'œsophage, qui s'oppose à la réunion des deux bouts après résection, l'absence de revêtement séreux, qui le dispose mal pour la suture, l'importance du traumatisme opératoire, les imperfections de la technique et surtout la grande réceptivité de la plèvre à l'infection. C'est toujours à l'infection que les malades ont succombé. D'ailleurs des 8 opérations, 7 ont été faites à l'aide des appareils à pression modifiée, et le pneumothorax ne peut donc être incriminé.

Accès dans la cavité péricardique. — C'est encore à l'infection qu'il faut attribuer la mort de la plupart des malades qui succombent à la suture du cœur : 50 % d'après Borchardt, 100 % d'après Sherman. Les meilleurs résultats ont été obtenus par la fermeture complète du péricarde et de la plèvre. Si l'infection se déclare, il faut installer immédiatement un drainage par aspiration.

Quant au *massage du cœur*, l'extrême urgence de cette intervention s'accommode mal de l'emploi d'appareils spé-

ciaux, et les méthodes sous-diaphragmatique et transdiaphragmatique semblent d'ailleurs préférables à la thoracotomie.

Accès dans les médiastins. — Un premier danger des opérations intramédiastinales réside dans la blessure de la plèvre, observée 7 fois sur onze cas se rapportant au médiastin antérieur. Une seule fois, les deux plèvres furent ouvertes d'ailleurs sans accident grave. Dans les autres cas, le pneumothorax n'eut aucune conséquence sérieuse. Un danger qui paraît plus redoutable résulte de l'entrée de l'air dans le médiastin, où il est en quelque sorte pompé par l'aspiration thoracique. L'appareil à pression négative pourrait donc rendre des services ici, sans être cependant indispensable. Mais le pneumomédiastin exigera toujours le drainage aspirateur.

Il en sera de même pour la médiastinotomie postérieure, qui doit, je pense, être réservée pour le traitement des abcès. Des six malades chez lesquels on a voulu atteindre l'œsophage par cette voie, 5 sont morts de l'opération, tous d'infection. D'autre part, les progrès de la radiographie, de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie rendront de plus en plus inutiles des opérations sanglantes en cas de corps étrangers bronchiques et œsophagiens et en cas de rétrécissements de l'œsophage.

Comme la simple thoracotomie postérieure pour abcès peut ouvrir la plèvre (3 fois sur 12 cas), et que le pneumomédiastin est encore plus à craindre que dans les opérations portant sur le médiastin antérieur, la chambre pneumatique peut être recommandée dans la chirurgie médiastinale postérieure. Mais la mesure la plus indispensable est le drainage par aspiration.

En résumé, s'il faut considérer les nouvelles méthodes physiques comme réalisant un progrès dans la chirurgie thoracique, ce progrès n'est peut-être qu'une étape, et il faut se garder de donner ces nouvelles méthodes comme indispensables. Les mesures propres à prévenir l'infection auront sur l'avenir de cette chirurgie une influence beaucoup plus grande que les moyens destinés à combattre le pneumothorax.

A la suite de ce rapport, M. Wilhems émet les conclusions suivantes :

1° La chirurgie intrathroracique comporte deux dangers principaux : le pneumothorax et l'infection. On s'est trop préoccupé du premier, pas assez de la seconde.

2° La pathologie du pneumothorax s'explique le mieux par la théorie médiastinale de Garré.

3° La gravité du pneumothorax diffère beaucoup d'après les cas. Il est en général moins redoutable qu'on ne l'a cru.

4° La grande réceptivité de la plèvre à l'infection s'explique par sa faible tendance à produire des adhérences, par les mouvements continuels du poumon, et par la difficulté d'éviter les espaces morts après les interventions en plèvre libre. Pour réduire au minimum le danger d'infection post-opératoire, il faut s'efforcer de fermer hermétiquement la cavité pleurale, ou, si l'on ne peut le faire, établir un drainage par aspiration.

5° Le diagnostic préalable des adhérences pleurales est souvent impossible. Le décollement pleural et la boutonnière exploratrice de la plèvre pourront aider à ce diagnostic. Il n'existe aucun moyen sûr pour créer artificiellement des adhérences. Quand elles font défaut, on peut les remplacer par la suture perpleurale isolante de Roux.

6° Quand on opère en plèvre libre, sans appareils spéciaux, il faut, si l'on n'a pas jugé utile de produire le pneumothorax la veille de l'opération, le produire en tout cas lentement, fermer momentanément la plèvre dès que surviennent des troubles respiratoires, faire le tamponnement intrapleural et surtout l'amarrage du poumon. Après l'opération, il faut supprimer le pneumothorax par la fermeture hermétique de la paroi, suivie de l'aspiration de l'air résiduel, ou mieux de la transformation du pneumothorax en hydrothorax.

La même suture hermétique, et le pansement compressif, associés au besoin au drainage par aspiration, empêcheront le pneumothorax de se reproduire.

7° La respiration artificielle par insufflation n'a guère été appliquée à la chirurgie humaine, excepté en Amérique, où elle tend d'ailleurs à être abandonnée. Elle présente des inconvénients d'ordre physiologique.

8° Dans la chambre pneumatique de Sauerbruch, qui réalise un abaissement *constant* de la pression intrapleurale, la poitrine peut être ouverte largement, même des deux côtés, sans que survienne la moindre dyspnée. Le poumon reste en expansion complète et continue de respirer spontanément et activement.

9° Il en est exactement de même avec l'appareil de Brauer, fondé sur le principe inverse, c'est-à-dire l'élévation constante de la pression intrabronchique.

10° Dans l'état actuel de la question, on peut se servir indifféremment de l'un ou de l'autre de ces deux appareils. L'infériorité physiologique de l'appareil de Brauer n'est pas démontrée, et sa moindre complication le fera souvent préférer à la chambre de Sauerbruch, en attendant que des simplifications soient introduites dans l'application du principe.

11° S'il faut considérer ces nouvelles méthodes comme réalisant un progrès, ce progrès n'est peut-être qu'une étape, et il faut se garder de les donner comme indispensables. Elles ont surtout servi jusqu'ici à démontrer la nécessité de chercher à prévenir l'infection post-opératoire.

12° C'est ainsi que, pour la plupart des opérations intrapleurales, où l'infection est plus redoutable que le pneumothorax, les moyens chirurgicaux ordinaires peuvent suffire pour la prévention de ce dernier. Parmi les tumeurs de la paroi, celles du sternum constitueraient sans doute une bonne indication de l'emploi des appareils physiques, bien que le danger d'ouverture des deux plèvres ait été peut-être exagéré. Mais ces appareils ne faciliteraient pas la suture des plaies du poumon, et la chambre pneumatique est formellement contre-indiquée dans les plaies du diaphragme et dans toutes les thoraco-laparotomies. Pour les suppurations pulmonaires sans adhérences, les méthodes physiques n'offrent guère d'utilité, pas plus que pour le kyste hydatique du poumon. Quant à la résection transpleurale de l'œsophage, c'est encore à la recherche des moyens propres à réduire le danger d'infection qu'il faut demander l'amélioration des résultats.

13° Dans la chirurgie du cœur, l'infection est l'ennemi, bien plus que le pneumothorax.

14° C'est dans la chirurgie du médiastin que l'appareil à pression négative me paraît trouver ses meilleures indications pour prévenir non seulement le pneumothorax, mais aussi le pneumomédiastin. Cette dernière complication augmente considérablement les dangers d'infection, et rend par conséquent indispensable le drainage aspirateur post-opératoire.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSAINISSEMENT ET DE SALUBRITÉ DE L'HABITATION

L'eau potable dans l'habitation ;

Par le Dr **FOVEAU DE COURMELLES**

L'épuration des eaux par l'ozone ou par tout autre moyen électrique me préoccupe depuis de longues années. Dès 1885, dans la *Science pour tous*, je signalai l'action épurante dans l'air de l'oxygène électrisé ou condensé ; j'ai, depuis, retrouvé ces phénomènes de l'ozone atmosphérique lors des épidémies grippales (1889-90) ; depuis encore, je songeai à appliquer l'ozone produit par voie électrique à la conservation des jus de diffusion et à la fabrication du sucre (1892)... Si je rappelle ces faits déjà anciens, c'est pour insister sur l'action bactéricide si puissante de l'ozone, constamment retrouvée et si longtemps négligée. Dans les applications de l'ozone, se trouve aujourd'hui résolu le problème de l'eau potable dans l'habitation. Ces applications se peuvent faire soit à distance, soit à domicile.

Pour l'épuration à distance, mais à distance restreinte — car on est revenu de ces eaux captées au loin, à grands frais, et se contaminant sur leur trajet — l'ozone a aujourd'hui fait ses preuves incontestables et incontestées, tant au point de vue bactéricide absolu que pour la modicité du prix de

revient. Les effluves lumineux, d'origine électrique, dont j'ai si souvent montré la richesse en rayons chimiques obscurs, violets et ultra-violets, sont aujourd'hui produits à bas prix, et ce sont eux qui donnent le plus facilement, le moins dispendieusement et le plus abondamment, l'ozone.

Paris ayant eu à souffrir d'eaux potables contagionnées sur le long parcours — cela est si facile — ayant amené maintes épidémies, essaye en ce moment divers systèmes d'épuration des eaux par l'ozone. J'ai pu en constater les excellents résultats dont j'ai déjà parlé aux Congrès des *Sociétés savantes* (Paris, avril 1906) et de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (Lyon, août 1906). D'ailleurs, à Berlin, Siemens et Halske, dès 1900, avec leurs machines, produisaient l'ozone pour la stérilisation de l'eau de la Sprée. L'eau passait par une première chambre remplie de gravier, arrêtant les matières en suspension ; puis, pompée dans une chambre cylindrique pleine de grosses pierres la divisant finement, elle rencontrait dans cet état un courant d'air ozonisé introduit par le bas. On traitait environ 4 mètres cubes à l'heure ; pour de mauvaise eau, il fallait 2 grammes d'ozone par mètre cube l'ozone coûtant 3 à 4 centimes le gramme. Depuis, sur un plus grand champ d'expérience, Siemens et Halske, à Wiesbaden à Paderborn, ozonisent 80 mètres cubes d'air pour stériliser 42 mètres cubes d'eau à l'heure. Pour 125 mètres cubes d'eau à l'heure, il faut 50 chevaux-vapeur, dont 27 pour les ozoniseurs, 22 pour la manœuvre électrique des pompes, et le reste pour les ventilateurs fournissant l'air; le coût est de fr. 0,0175 par mètre cube d'eau. Il n'y a plus de bactéries, d'après Proskauer et Schüder.

Antérieurement, Tindal avait appliqué l'ozone à diverses eaux infectes de Hollande ; il estimait, en 1897, à 3 milligrammes d'ozone la quantité suffisante pour 1 mètre cube d'eau ; c'est bien peu, et encore son procédé ne s'est-il pas vulgarisé, trop dispendieux, sans doute, comparé aux procédés chimiques. Le maniement électrique n'est pas toujours possible, ni sans danger. Ce qu'il fallait trouver — et cela est réalisé — c'est un moyen chimique de production de l'oxygène condensé, un corps réagissant facilement par sa dissolution parfaite dans l'eau et y produisant l'ozone stérilisant. Au voisinage des forces naturelles, d'eaux propres ou malpropres ayant un courant, des chutes, des rapides..., seront vraisemblablement bientôt applicables les procédés pour la génération peu dispendieuse de l'ozone avec des émulseurs parfaits. Il faut que l'ozone soit produit régulièrement, et non pas par saccades, que, par suite, si l'eau ne stagne pas, il n'y ait pas de solutions de continuité dans son contact avec l'ozone, des irrégularités de stérilisation ; sinon, inutilité du procédé employé, ainsi rendu illusoire.

Des appareils vraiment pratiques doivent donc produire l'ozone en grande quantité, et le bien mélanger à l'eau, c'est ce qui se fait au Parc Saint-Maur avec des électrolyseurs déjà étudiés par MM. Ogier et Bonjean (*Comité d'Hygiène publique*, 5 décembre 1904) et dont j'ai pu voir et apprécier le fonctionnement. Les grands effluveurs à lumière ultra-violette fonctionnant au Parc Saint-Maur sont à 35.000 volts, avec un ampérage minime, 1/10 d'ampère, et, d'après M. Chassy, de Lyon, le voltage est l'élément important ; pas d'ozone jusqu'à 9.000 volts ; progression irrégulière jusqu'à 13.000 ; et au-delà, proportionnelle au carré de la différence de potentiel efficace existante entre les armatures, de sorte qu'à 41.000 volts, on avait 9.9 fois autant d'ozone qu'à 13.000. La température aurait aussi son importance (Rideal) et 24 degrés serait l'optimum. Nous ferons quelques réserves sur la trop grande importance attribuée au voltage.

L'eau est, ici encore, d'abord filtrée sur les amas classiques de sable et de pierres. Faisons remarquer qu'un filtre n'est nullement éternel ; les villes, établissant des filtres, croient généralement ceux-ci permanents, de durée assez longue ; il n'en est rien, et la partie superficielle formée par les premiers dépôts de l'eau filtrée est réellement filtrante au début, puis se casse bientôt et laisse tout passer ; il faut donc une surveillance incessante des filtres pour être vraiment sûr de leur action.

Les matières solides (le calcaire et le sulfate de chaux, le sable, si fréquents en certaines eaux) ou organiques (plantes ou animaux décomposés) en suspension sont donc retenues. L'eau est alors versée dans le stérilisateur ou l'air ozonisé arrive par en bas. Le contact de l'ozone et de l'eau doit être parfait ; pour cela, les agitateurs peuvent mélanger le liquide à épurer et le gaz épurant. On peut encore mettre de distance en distance des lames de celluloïd perforées de nombreux petits orifices, et l'on constate alors un bouillonnement énorme dans la masse liquide produit par l'ascension de l'air ozonisé et qui se mélange ainsi, avec dissolution partielle, à l'eau qu'il épure. L'eau qui sort a la belle couleur bleue de l'ozone, et n'a aucune odeur, ni saveur. J'y ai goûté et ai pu constater ces propriétés qui sont celles de l'eau potable (1 gr. 20 d'ozone suffit pour 1.000 litres d'eau, ce qui revient à un centime et demi). L'eau analysée ne contient que quelques bactéries ou même pas du tout. L'épuration dure moitié moins de temps que la filtration.

L'eau ainsi épurée par l'ozone, qui paraît à l'heure actuelle le moyen le plus simple, ou le moins coûteux et le plus sûr, sera amenée chez le consommateur, à la maison. Mais encore faut-il que ce système soit adopté par les villes et convient-il d'en attendre l'application et ne rien laisser à l'initiative individuelle ? Ne peut-on d'ores et déjà avoir son ozoniseur pour l'eau à boire ? Je crois que le système de Frise (Parc Saint-Maur), par exemple, pourrait-être de suite construit en miniature et utilisé dans chaque habitation, dans chaque apparfement même. On sait qu'à l heure actuelle les meilleurs filtres exigent des manipulations fréquentes, trop souvent négligées, et qu'il importe de protéger contre eux-mêmes les buveurs d'eau, de plus en plus nombreux.

N'existe-t-il pas déjà pour l'usage thérapeutique de petits ozoniseurs donnant de l'ozone en très suffisante quantité pour des inhalations répétées, avec cependant des voltages plutôt faibles. J'ai même prouvé qu'il n'en fallait pas abuser, qu'on pouvait produire des crachements de sang, que des animaux immergés dans l'air trop ozoné y succombaient avec de la congestion pulmonaire, que l'ozone augmentant dans l'air ambiant avec l'altitude, pouvait bien être une des causes du mal des montagnes (*Association française pour l'avancement des Sciences*, Saint-Etienne, 1897). On pourrait donc utiliser avec précaution ces petits appareils pour que tout l'ozone produit ne s'échappe pas dans la pièce d'habitation et vienne barboter avec l'eau à épurer. Les émulseurs perforés placés de distance en distance dans de petits cylindres, réduction du système cité plus haut pourraient recevoir sous pression l'air ozonisé, produit par les effluves d'une bobine d'induction avec piles au bichromate de potasse (système des ozoniseurs médicaux).

Les administrations urbaines étant souvent lentes à prendre des décisions pour la salubrité — elles doivent d'ailleurs ne décider leurs mesures qu'à bon escient — il convient que les hygiénistes recherchent à la fois des procédés collectifs et individuels, les derniers permettant d'attendre les premiers. C'est pourquoi nous signalerons encore le procédé de M. Dienert, qui consiste à placer du zinc dans l'eau (cinq grammes en grenaille par litre d'eau), ce qui stériliserait, paraît-il, l'eau en quelques heures. Y a-t-il là une action de présence, dite catalytique, formant aux dépens d'une faible partie de l'eau, de l'hydrogène et de l'oxygène naissant, voire de l'ozone ? C'est possible, même à peu près certain, et en accord avec les faits propres à l'ozone.

Quoi qu'il en soit, la question de l'eau potable dans l'habitation n'a guère progressé en ces dernières années que par les recherches sur l'oxygène condensé, et auxquelles j'ai quelque peu contribué. Bientôt les villes, sans grands frais, enverront dans nos demeures, nos écoles, nos établissements publics, de l'eau saine, non de l'eau captée au loin à grands frais, mais de l'eau prise sur place et assainie à des prix modiques, et si ce desideratum est trop long à se réaliser, l'industrie privée y suppléera par les mêmes systèmes, mais réduits, simplifiés, et mis à la portée du public.

Scarlatine tardive. — En mars 1891, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de *scarlatine* très nette chez Mme Thib.. âgée de 78 ans. La desquamation s'est faite par larges lambeaux.

VARIA

AU CONGRÈS DE CHIRURGIE

Exposition d'instruments et de produits pharmaceutiques.

Comme chaque année, le congrès de chirurgie s'est annexé une exposition. Tandis que les professeurs et maîtres nous faisaient des rapports sur la pathologie et la thérapeutique chirurgicale, les fabricants d'instruments et de produits pharmaceutiques nous donnaient des leçons de choses non moins utiles. S'il est indispensable d'un côté de diagnostiquer la maladie et de poser les indications d'intervention, il n'est pas moins nécessaire de savoir par quels moyens, avec quels instruments on exécute le plus facilement et le plus sûrement cette intervention. Les Américains nous ont montré quel rôle capital joue l'instrumentation en chirurgie et ce que peut faire un chirurgien bien outillé, sûr de l'asepsie de ses compresses et de ses pansements, sûr de l'efficacité des produits antiseptiques qu'il emploie. Nous ne pouvons pas entretenir nos lecteurs de toutes les belles inventions et innovations, que nous avons pu admirer, et nous ne parlerons que de ce qui intéresse la majorité des praticiens. Aussi, laissant de côté les tables d'opérations, les pinces, ciseaux et autres instruments très ingénieusement construits, arrêtons nous un moment au stand de MM. Robert et Carrière. La grande nouveauté de cette année, c'est l'*autoclave perfectionnée*, qui permet d'obtenir l'idéal de la stérilisation.

Les boîtes de pansements sont recouvertes d'une épaisse rondelle d'ouate et de tarlatane par dessus laquelle est disposé un anneau métallique qui maintient le couvercle en face de l'ouverture de la boîte.

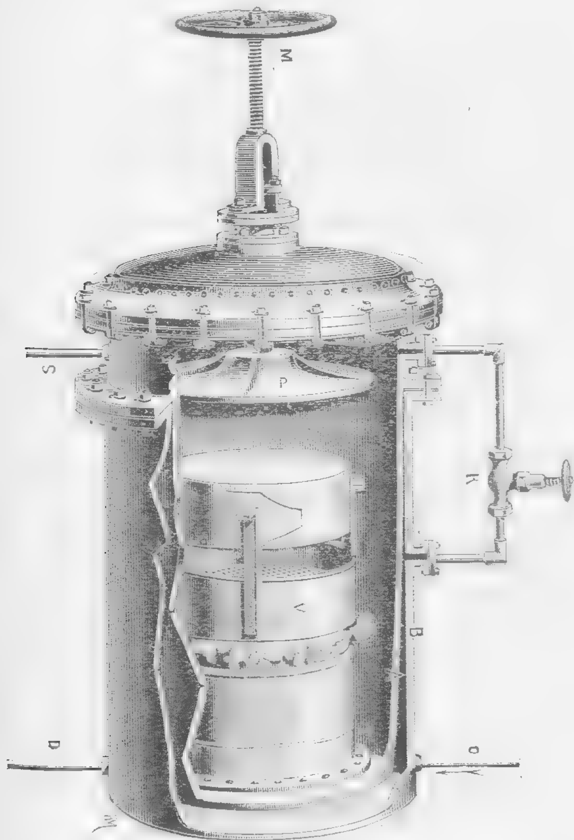


Fig. 31.

Cette boîte est placée ouverte et couchée dans l'autoclave. Les pansements sont échauffés à sec d'abord, puis soumis à la vapeur sous pression (152°, 15 atmosphères) pendant trois-quarts d'heure. Un système de détente très ingénieux permet de chasser la vapeur d'eau contenue dans l'autoclave, d'évaporer ce qui en reste et d'obtenir ainsi une dessiccation parfaite des compresses et du coton stérilisé. A ce moment la

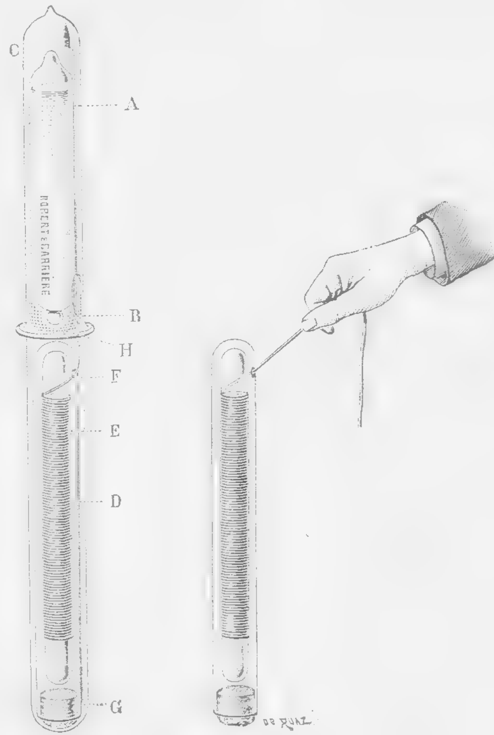


Fig. 32. Fig. 33.

boîte est bouchée *à l'intérieur de l'autoclave* qui n'est pas encore ouverte, ce qui assure la conservation aseptique indéfinie des pansements. M. Pouchet, professeur de la Faculté,

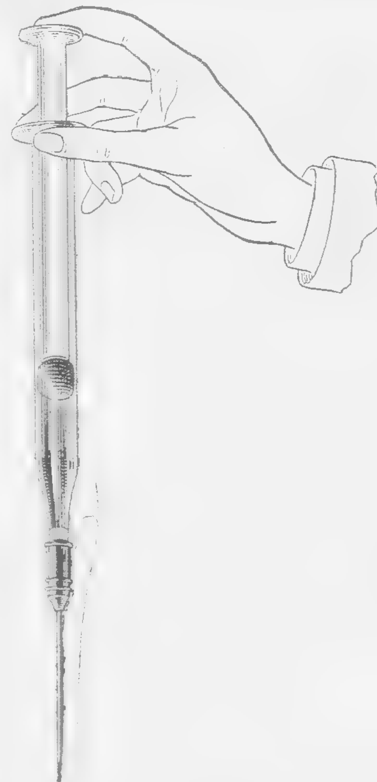


Fig. 34.

et Grimbert, pharmacien en chef de Cochin, ont contrôlé ces faits et ont conclu à la sûreté absolue du procédé.

Très intéressante est aussi la stérilisation du catgut dans la

vapeur de benzine à 130°. Grâce à une disposition spéciale des tubes on peut chauffer le catgut à cette température plusieurs fois de suite sans compromettre sa solidité et lui rendre graduellement sa souplesse. Le double tube concentrique est surtout avantageux en ce qu'il permet de se servir du catgut au fur et à mesure des besoins sans l'exposer entre temps à l'air.

Les ampoules seringues stérilisées sont trop connues en pratique pour que j'insiste à les signaler. Les drains et mèches Goldmann indiquent un réel progrès pour le drainage si important en chirurgie : le drain absolument mou est rempli des mèches très absorbantes multiples, qu'on supprime progressivement pour décomprimer le drain. Plus de coagulations possibles, plus de déchirures intestinales lorsqu'on enlève les mèches, ni d'hémorrhagies secondaires. Très pratiques aussi seront pour les spécialistes les tubes de pommades rhinologiques avec ampoules en verre qui permettent de porter la pommade utilisée en quantité mesurable dans les parties les plus reculées des narines.



Fig. 35.



Fig. 36.

Nous avons remarqué chez Carrion et Cie, une nouvelle *ampoule-piston* pour injections hypodermiques. Plus de seringue à nettoyer et à entretenir, plus de stérilisations, qui l'altèrent et la mettent hors d'usage. Une ampoule contenant le liquide à injecter reçoit à l'une des extrémités l'aiguille. L'autre extrémité se coiffe hermétiquement du tube en verre qui lorsqu'il est propulsé chasse son air dans l'ampoule et force le liquide à filer dans l'aiguille et dans le tissu cellulaire.

Le praticien, qui a connu les déboires de la seringue de Pravaz au lit même du malade, loin de chez soi, appréciera cette heureuse invention. Tous les chirurgiens seront reconnaissants à Carrion pour la préparation aseptique du tendon de renne, qui remplace de plus en plus le catgut par suite de ses qualités de souplesse et de résistance et de résorption plus lente. La stérilisation se fait par tyndallisation dans l'alcool à 90°.

Le constructeur-électricien Gaiffe nous a montré plusieurs nouveautés de l'année. *L'interrupteur autonome alternatif*, système Blondel, est venu combler une grosse lacune de l'appareillage électrique. Il fonctionne sans bruit, ne nécessite pas d'entretien, travaille sur secteurs alternatifs de toute fréquence et permet de charger des accus sans qu'on ait besoin de grouper des dynamos encombrants et bruyants.

Notre ami le Dr Belot a fait construire par Gaiffe une *boîte d'examen* de clichés radiographiques. Cet examen se fait en général dans des conditions défectueuses. Il faut, pour bien voir, un éclairage uniforme et variable. Or la boîte de Belot donne tout ce que l'on peut désirer et l'avantage consiste surtout dans ce fait, que l'image peut être examinée par plusieurs personnes à la fois et non plus par l'opérateur seul.

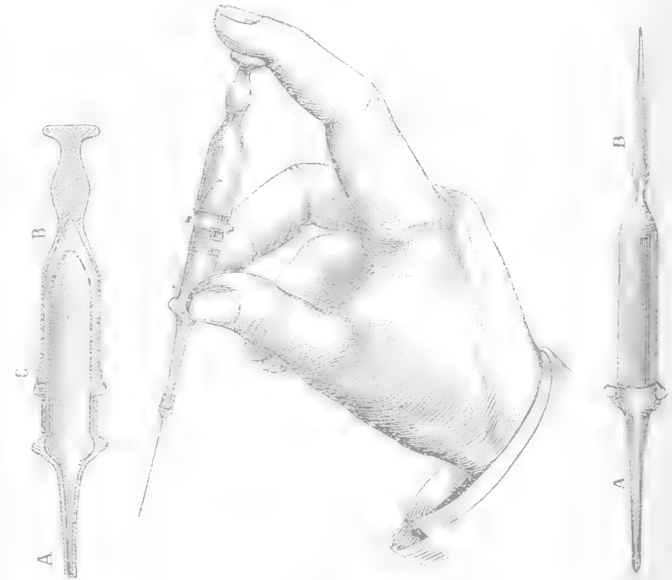


Fig. 37. Fig. 38. Fig. 39.



Fig. 40.

L'inventeur a aussi prévu la nécessité d'examiner le cliché aussitôt développé, c'est-à-dire encore mouillé sans laisser le malade se déplacer pour le cas où la radiographie serait à recommencer.

Il manquait aux docteurs un compteur de temps prévenant automatiquement de la fin d'un traitement.

C'est ce que donne l'appareil exposé : On le remonte à partir de 0 pour 5, 10, 12, etc., minutes en amenant simplement l'aiguille du mouvement sur le nombre choisi, après quoi on remonte la sonnerie de la même façon par son aiguille propre. En revenant en arrière, l'aiguille des minutes

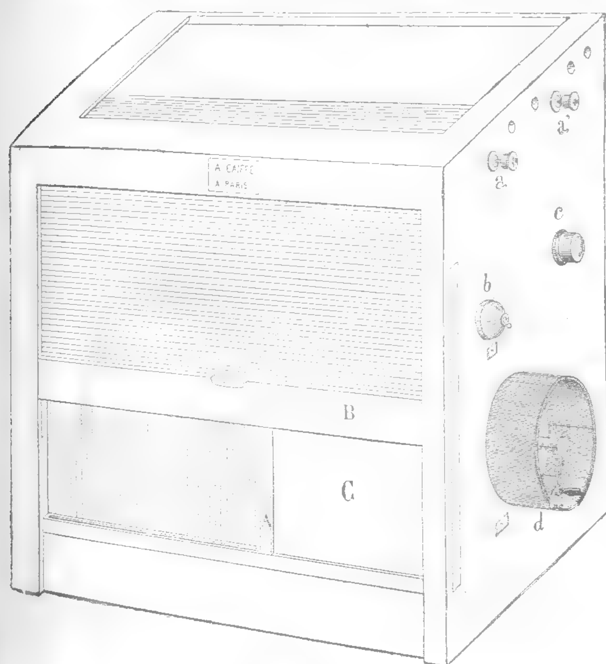


Fig. 41.

indique à chaque instant le temps restant à courir avant la fin du traitement. Au passage à zéro la sonnerie se fait entendre, puis le mouvement fonctionne encore 5 minutes pour indiquer au docteur n'ayant pu venir à l'appel, combien de temps supplémentaire il a laissé son patient en traitement.

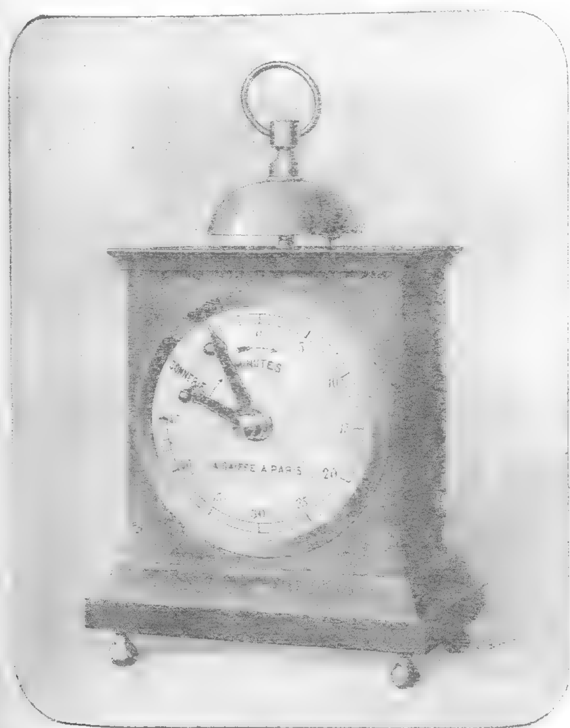


Fig. 42.

La table pour examens radioscopiques du Dr Haret facilitera beaucoup le travail du médecin radiographe. L'ampoule se déplace à volonté dans tous les sens par un simple mouvement de pied qui commande également le diaphragme. Cette table sera de très grande utilité pour la recherche des corps étrangers, la réduction des fractures, pour vérifier la position du fémur après réduction dans les luxations congénitales de la hanche. Elle peut servir à tout examen radioscopique dans la position couchée, principalement dans l'examen de l'estomac, d'après les dernières données du Docteur Holzknecht, de Vienne.

Les physiothérapeutes apprécieront l'appareil électro-mécano-thérapique des Drs Bergonié et Truchot, qui permet d'obtenir à l'aide de courants induits croissants et décroissants progressivement une série de contractions lentes des muscles, séparées par des temps de repos. On peut produire par conséquent des contractions musculaires physiologiques sans secousses et sans tétanisations. Un milliampèremètre mesure l'intensité du courant qui circule dans le patient. Cet appareil règle donc d'une façon précise le travail musculaire effectué.



Fig. 43.

Nous avons déjà entretenu les lecteurs du *Progrès médical* sur les avantages des *peroxydes médicinaux*, de l'*hopogan* (péroxyde de magnésium) et de l'*ektogan* (peroxyde de zinc). Le Pr Gilbert et Yomier ont employé l'hopogan en clinique sur des malades atteints d'affections gastriques et intestinales. Ce médicament s'est comporté comme un antiseptique interne, un antidiarrhéique et antiferment. Le prof. Robin a consacré une leçon à l'influence de l'oxygène naissant dégagé par ces corps au contact des sucs organiques et a confirmé les expériences de Gilbert et Yomier. Bertherand et Gaultier ont employé l'hopogan dans la diarrhée acide avec plein succès. Les Drs Labadie-Lagrave et Rollin l'ont prescrit dans les diarrhées infantiles, dans les hémorrhagies intestinales, dans la chlorose et dans les anémies.

L'ektogan a trouvé de nombreuses applications en chirurgie. Les plaies fraîches ou torpides, les brûlures se cicatrisent rapidement avec l'ecktogan en poudre. Les eczémas, les der-

mites se trouvent très bien de la pommade au peroxyde. La gaze ecktoganée remplace avantageusement la gaze aseptique et la gaze iodoformée. Nous ne pouvons pas nous attarder sur l'importance qu'ont prise les produits ecktoganés en dermatologie et en dentisterie. Retenons seulement leur pouvoir antiseptique puissant, grâce à l'oxygène qui se dégage à l'état naissant et leur pouvoir de dessiccation et de cicatrisation rapide.

La maison Dupont a exposé ses fauteuils confortables qui se transforment en un clin d'œil en tout ce que l'on voudra : table d'examen, divan, spéculum, etc., etc., des chaises longues pour malades, des fauteuils roulants, et voitures de promenades pour malades, les brancards-lits roulants, en un mot tout le matériel nécessaire aux malades qui doivent être déplacés dans une immobilisation parfaite.

Nous avons pu examiner à loisir les appareils de l'*Oxhydrique Française* avec lesquels on fournit l'oxygène aux malades atteints d'asphyxie, de coqueluche, d'asthme, aux cardiaques, aux anémiques.

Les appareils employés jusqu'aujourd'hui pour l'inhalation d'oxygène étaient très imparfaits ; on transvasait dans un ballon en caoutchouc une trentaine de litres d'oxygène d'une bouteille en acier ; par une simple pipette au bout d'un tuyau en caoutchouc, le malade aspirait l'oxygène du ballon

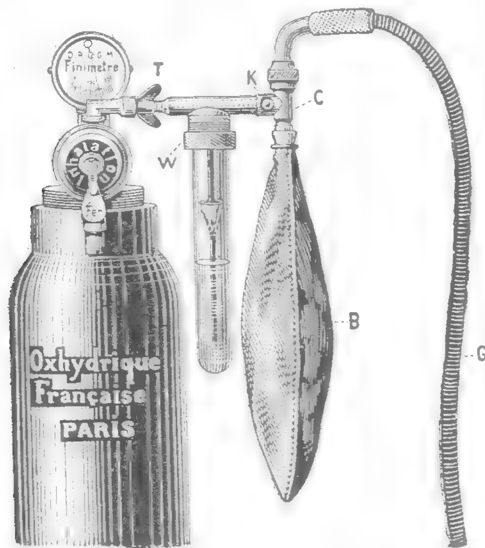


Fig. 44.

Appareil pour malade 37 J, donnant 3 litres d'oxygène à la minute. Avec saturateur permettant de charger l'oxygène de vapeurs médicamenteuses (térébenthine, eucalyptol, etc.)

comme s'il fumait une pipe ; mais la plus grande partie du gaz s'échappait sans entrer dans les voies respiratoires et sans aucun effet.

En outre, ces ballons de caoutchouc se détérioraient facilement ; l'oxygène les brûlait et le caoutchouc donnait au gaz une odeur nauséabonde. Par le frottement des parois internes des ballonnets vides, il se formait en plus une poussière que le malade aspirait avec l'oxygène. Tous ces inconvénients graves ont empêché l'emploi de l'oxygène de se répandre malgré *son efficacité universellement démontrée*.

Les nouveaux appareils permettent au malade d'utiliser l'oxygène directement de la bouteille dans laquelle il est comprimé, ce qui donne une économie considérable, aujourd'hui qu'il existe partout des dépôts d'oxygène comprimé.

Ces appareils ont été expérimentés dans les grandes cliniques avec plein succès et il serait grand temps de voir disparaître dans nos hôpitaux les ballons malpropres en caoutchouc avec leur pièce buccale crasseuse.

La Société l'Oxydrique Française expose aussi l'appareil bien connu du Dr Roth-Draeger-Guglielminetti, pour l'anesthésie au chloroforme, à l'éther ou au bromure d'éthyle sous l'oxygène, qui supprime totalement les syncopes et accidents, évite l'emploi de hautes doses de chloroforme et permet le dosage exact du chloroforme employé. On supprime toute agitation, même chez les enfants. Cet appareil permet la narcose chez les débilités, les alcooliques et les cardiaques.

Avant de quitter ce stand signalons les nouveaux appareils du Dr Thiriar pour les injections sous-cutanées d'oxygène et les nouvelles applications gynécologiques de l'oxygène permettant la suppression presque générale des curetages.

Vu en passant l'appareil à thoracentèse du Dr Cavezzoli, les bandages herniaires élégants et solides de Wickham, le

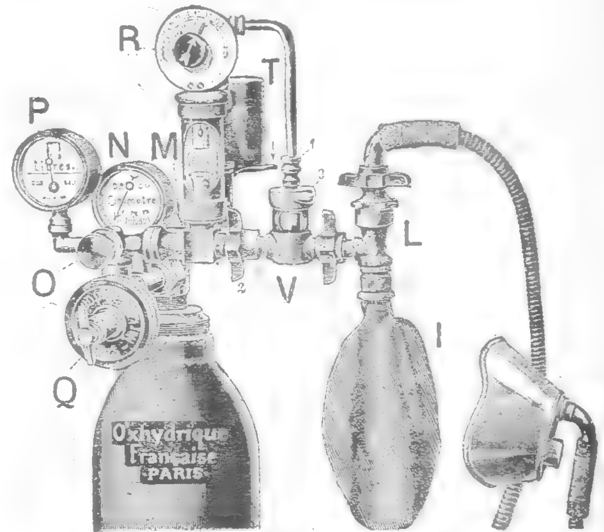


Fig. 45.

Q Détendeur réglant la pression de l'oxygène.
O Pointeau d'arrêt pour fermer l'oxygène.
P Indicateur de débit d'oxygène en litres à la minute.
N Manomètre indiquant la quantité d'oxygène restant dans le récipient.
R Robinet de réglage indiquant le nombre de gouttes de chloroforme à la minute.
T Récipient à chloroforme gradué en grammes.
Sac régulateur.

Lusoforme antiseptique puissant employé sous de nombreuses formes, le stand de Billon avec ses produits antiseptiques, etc.

Disons en terminant, que ces expositions sont toujours très réussies. Elles sont installées dans le vestibule de la bibliothèque de l'Ecole, c'est-à-dire à côté de la salle des séances du Congrès. *Ce qui permet aux membres de venir s'instruire dans les moments perdus.* L'arrangement est parfait et nos constructeurs et fabricants ont rivalisé de zèle et d'amabilité pour donner les explications aux médecins qui s'intéressaient à cette industrie auxiliaire de l'art médical. A. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, par jour.

Pour l'incinération en Belgique. — Un congrès vient de se tenir à Charleroi dans le but d'obtenir que le Parlement autorise la crémation en Belgique.

FORMULES

LXXXI. — Contre l'insomnie.

Isopral	3 gr.
Eau-de-vie vieille	30 gr.
Sirop de menthe	90 gr.

par cuillerée toutes les heures jusqu'au repos.

LXXXIII. — Contre l'asthénie gastrique.

Prendre une heure avant le repas. dans un peu d'eau, le cachet :

Bicarbonate de soude	0 gr. 75
Chlorure de sodium	0 gr. 25
Quassine amorphe	0 gr. 05

ou, toujours avant les repas, 2 des cachets suivants :

Bicarbonate de soude	0 gr. 75
Poudre de quinquina	0 gr. 15
Poudre de cascarille	0 gr. 15

(Soupault.)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 23 au samedi 29 septembre 1906, les naissances ont éte au nombre de 967, se décomposant ainsi : légitimes 698, illégitimes 269.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les déces ont été au nombre de 808, savoir : 392 hommes et 416 femmes. Les déces sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 12. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0 — Variole : 0. — Rougeole : 1. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 193. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 66. — Méningite simple : 12. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 42. — Maladies organiques du cœur : 55. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 62. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 9 ; autre alimentation : 39. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 8. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 20. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 1. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 18. — Débilité senile : 22. — Morts violentes : 25. — Suicides : 8. — Autres maladies : 99. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 50, qui se décomposent ainsi : légitimes 32, illégitimes 18.

Université de Lyon. — M. le Dr Lépine, chef de clinique des maladies mentales, est chargé des fonctions d'agrégé (section de médecine).

Ministère de la guerre. — Un concours s'ouvrira le 26 novembre 1906 à l'*Ecole d'application du service de santé militaire*, pour l'emploi de professeur agrégé de la chaire : « Diagnostic chirurgical spécial ». Les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à concourir. Les demandes formulées par les médecins-majors en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part au concours seront adressées au ministère de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau) avant le 5 novembre 1906, terme de rigueur.

Doctoresse en pharmacie. — L'école supérieure de pharmacie de Paris vient de recevoir une doctoresse, la première de la catégorie : Mlle Talon a soutenu sa thèse sur la : Formation des éthers oxydes des glucoses et les causes d'erreur qui peuvent en résulter dans la recherche qualitative et le dosage des sucres. Le nouveau docteur en pharmacie a obtenu la mention *très bien*.

Ministère de la marine. — Les concours annoncés au *Journal Officiel* des 14 août et 28 septembre derniers pour deux emplois de professeur de physique biologique dans les écoles annexes de médecine navale de Brest et de Toulon auront lieu dans ce dernier port le 25 octobre 1906. Les noms des candidats désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère 5 jours au moins avant la date d'ouverture des épreuves.

La typhoide au camp de Saint-Maur. — Le ministre de la guerre, venant d'être avisé qu'un nouveau cas de fièvre typhoïde s'était déclaré au camp de Saint-Maur, a donné l'ordre de faire évacuer tous les baraquements. Pour la même raison, M. Etienne a retardé la rentrée de l'école de Joinville, primitivement fixée au 15 octobre.

La fièvre jaune au Sénégal. — Le lieutenant-gouverneur du Sénégal vient, par arrêté, de lever toutes les mesures d'observation concernant la zone de Dakar, Gorée, Rufisque. La relève des fonctionnaires civils et des officiers est reprise. C'est grâce aux mesures énergiques prises par M. Merlin, gouverneur général par intérim, que la fièvre jaune a pu être aussi rapidement enrayée.

La fièvre typhoide a Viroflay. — Un nombre inusité de cas de fièvre typhoïde a été constaté la semaine dernière à Viroflay.

La lèpre en Espagne. — Une dépêche de la Corogne au *Temps* annonce que la lèpre a fait son apparition dans un village des environs. De nombreuses personnes sont atteintes du terrible mal et la municipalité ne dispose ni de médecins ni de remèdes. Le gouverneur a envoyé le personnel et les médicaments nécessaires.

Danse. — « L'éducation n'est parfaite qu'à condition de savoir bien danser », dit Guillaume II.

Necrologie. — Nous apprenons la mort de M. Andréas Hoegyes, directeur de l'Institut Pasteur de Buda-Pesth, du professeur Wilhelm Czermak, de Prague, ophtalmologiste bien connus.

Enseignement libre.

Urologie clinique. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr Banzet, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soirs à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLÈRE
19, rue Hautefeuille.

LEFAS (E.). — La technique histo-bactériologique moderne. 1 vol. in-8° de 90 pages.

LITTRÉ (E.). — Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent. Fascicule IV. 1 vol. gr. in-8°. Prix .... 3 fr.

BROUARDEL et MOSNY. — Traité d'hygiène. IX[e] fascicule. Hygiène militaire. 1 vol. gr. in-8° de 340 pages.

VISVIN-CORNATEAN. — La mort par inhibition. 1 vol. in-° de 127 pages. Prix .... 3 fr. 50

COMBE (A.). — L'auto-intoxication intestinale. 1 vol. in-8° de 568 pages. Prix .... 12 fr.

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

BASEILHAC. — Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages. 1804. Editition de Gabon. Prix .... 10 fr.

BERLIOZ (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix .... 2 fr.

DEMARQUAY (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In-8° de 628 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Pr. 8 fr.

DUBOURG (Elisée). — Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix .... 1 fr.

HENROTAY (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8° de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'Anvers*, 1896 .... 0 fr. 50

PASQUIER. — Observations d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull. méd. du Nord*. Prix .... 0 fr. 50

REYBARD (J.-F.). — Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Pr. 8 fr.

GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. In-8 de 1080 pages, 2[e] édition, 1885.

GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. In-8 de 1100 pages, édition Baillière, 1888.

SNÉGUIREFF. — Les hémorragies utérines. In-8 de 170 pages, édition française rédigée par Varnier, 1886. Steinheil, éditeur.

DEMARQUAY (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. In-8 de 630 pages. Ouvrage publié par Voelker et J. Cyr. 1877, édition Delahaye.

BERLIOZ (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. Broch. in-8 de 144 pages, édition Doin, 1887.

MONVENOUX. — Les matières grasses dans l'urine. In-8 de 600 pages, 2 vol. avec planches, 1884.

CIVIALE. — Collection de calculs urinaires. Broch. de 80 pages. Edition Rothschild, 1869.

NORSTROM (G.). — Massage dans les affections du voisinage de l'utérus. Broch. de 140 pages. Edition Babé, 1892.

GUILLON (P.). — Contribution à la chirurgie des voies urinaires. In-8 de 220 pages, avec figures. 1879.

THOMPSON (H.). — Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires. Traduction de R. Janin. In-8 de 248 pages, avec figures, 1885.

RELIQUET et GUÉPIN. — Les glandes de l'urèthre. Broch. de 130 pages. Edition Bataille. 1895.

BOISSARD (A.). — Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. Broch. de 114 pages, 1883.

MALÉCOT. — De la spermatorrhée. Broch. in-8 de 130 pages. Edition Doin, 1881.

CONZETTE. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. Broch. de 84 pages, 1890.

BONNAIRE. — Du périnée obstétrical, ampliation physiologique et effractions. In-8 de 77 pages, 1891.

PICHEVIN (R.). — Des abus de la castration chez la femme. In-8 de 124 pages, 1890.

FÉLIZET. — De la circoncision. Broch. in-8 de 48 pages, avec figures, 1891.

BRAQUEHAYE. — De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Extrait du *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1890.

BAZY. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. Broch. in-8 de 50 pages. 1883.

VIENT DE PARAITRE

EN VENTE AUX BUREAUX DU *PROGRES MÉDICAL*,

14, rue des Carmes.

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

par L. LONGUET.

1[er] fascicule. Un vol. in-8° de 140 pages. Prix 4 fr.
Pour nos abonnés .... **3 fr.**

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 25 Octobre**, *ce numéro devant paraître le* 3 *novembre*.

PÉDIATRIE

Sur un cas de rhumatisme cervical chez un enfant ;

Par **FAGE** et **HUCHET**, internes des hôpitaux.

Il nous a été donné d'observer à l'hôpital Hérold, dans le service de notre maître, M. Barbier, un cas de rhumatisme (1) de la colonne cervicale des plus remarquables : 1° par la longue durée des phénomènes douloureux (un mois environ) qui disparurent ensuite d'une façon absolue ; 2° par l'existence de lésions cardiaques dont le début ne peut être déterminé ; 3° par des accès de tachycardie paroxystique avec angoisse précordiale intense qui précédèrent les crises douloureuses, se répétant en début de 5 à 6 fois en 24 heures. Ces accès disparurent après un mois de séjour du malade à l'hôpital, pour réapparaître ensuite avec une intensité et une fréquence moindres, il est vrai.

Le diagnostic de ce cas fut extrêmement difficile et donna lieu à une erreur qui persista pendant plusieurs semaines : on le prit, en effet, pour un mal de Pott cervical et telle fut aussi l'opinion d'un chirurgien d'enfants qui conseilla l'application d'un appareil. Nous pûmes enfin pratiquer l'autopsie de ce malade mort un mois après la disparition complète des douleurs cervicales : cette autopsie nous montra des lésions cardiaques et viscérales complexes ; par contre, elle nous permit de constater l'intégrité absolue de la colonne cervicale, le jeu parfait des articulations, l'intégrité macroscopique des nerfs à leur émergence.

Nous n'avons malheureusement pas pratiqué leur examen histologique qui aurait pu être intéressant.

(1) Le terme de rhumatisme étant pris ici dans le sens de phénomène douloureux, sens ne donnant aucune indication sur la nature et la pathogénie du phénomène.

Maer..., Paul, 9 ans 1/2 entre à Hérold le 6 novembre 1905, pour une douleur très vive siégeant dans la région cervicale et paraissant nettement localisée à la colonne vertébrale.

Ses antécédents ne sont pas très bien connus; cependant sa mère affirme qu'auparavant il n'avait jamais eu de douleurs rhumatismales. Il y a trois ans, il a été soigné à Hérold pour bronchite. On avait fait à ce moment le diagnostic de tuberculose au début. Depuis, il allait bien et on l'avait mis à la campagne comme berger.

Le début de l'affection actuelle remonte au mois de juillet 1905 soit il y a 4 mois. Les phénomènes initiaux, ou du moins ceux qui attirèrent les premiers l'attention du malade, furent les crises de tachycardie en tout semblables à celles que l'on décrira plus loin. Ces crises précédèrent d'un mois les douleurs. Quelque temps aussi avant les douleurs cervicales, douleurs passagères sans épanchement ni enflure dans les deux genoux.

Plus tard, il commença à éprouver le soir, lorsque sa tête reposait sur un oreiller, quelques vagues douleurs dans la nuque. Les mouvements de la colonne cervicale devinrent pénibles, et pour éviter la souffrance, l'enfant était obligé d'immobiliser sa tête dans ses mains.

Les douleurs devinrent bientôt continues, sourdes, exaspérées par tout mouvement, tout changement de position. Pendant ce temps l'appétit diminua et l'enfant maigrit notablement.

A son entrée à l'hôpital, le malade tient la tête dans ses mains, il a cet aspect caractéristique : guindé. Il accuse une douleur continue dans la colonne cervicale. Les mouvements de latéralité de flexion et d'extension de la tête sont très difficiles et occasionnent de très violentes souffrances lorsque l'enfant veut les ébaucher. La douleur est continue avec crises plus violentes à propos des mouvements ; elle persiste la nuit et empêche le petit malade de dormir.

A la pression on exaspère la douleur au niveau des premières vertèbres cervicales, on l'exaspère aussi en exerçant une pression sur la tête et en essayant de la mobiliser. Le toucher pharyngé ne révèle aucune saillie, il exagère seulement la douleur. Les muscles ne paraissent pas y participer.

Au niveau des sterno-mastoïdiens, on note une petite chaine ganglionnaire.

L'examen de l'appareil respiratoire donne de la submatité de la fosse sous-claviculaire droite ; à ce sommet, inspiration rude. Le cœur est extrêmement gros ; la pointe bat très en dehors du mamelon du 6e espace intercostal. A la base, souffle diastolique très net se propageant le long du bord droit du sternum ; thrill au niveau du tronc brachio-céphalique et de la carotide gauche. Le pouls est bondissant et dépressible. Pression artérielle 17. Température 38°5. Sur tout le corps à noter, enfin, un érythème avec éléments ortiés ressemblant à une éruption médicamenteuse.

Devant l'attitude de l'enfant et la localisation des douleurs on pense, en faisant d'ailleurs quelques réserves à un mal de Pott sous-occipital. Un chirurgien d'enfant qui examine le malade confirme cette opinion.

Le 11 novembre, on applique un appareil à extension continue de la tête et, sous son influence, les douleurs semblent un peu se calmer, quand, le 13, l'enfant est pris plusieurs fois dans la journée de crises de tachycardie avec angoisse extrême. On est obligé de lui enlever l'appareil, il se dresse sur son séant, sa face devient pâle, il a beaucoup de peine à respirer, son pouls bat à 160. L'auscultation du cœur révèle seulement des battements désordonnés. Au bout de 3 à 4 minutes, tout rentre dans l'ordre.

Du 13 au 20, mêmes crises se répétant avec la même intensité et la même fréquence pour diminuer ensuite et cesser complètement le 24 novembre.

Peu à peu les phénomènes douloureux s'amendent, l'appareil enlevé lors des crises de tachychardie n'est plus replacé et le 3 janvier tout phénomène du côté de la colonne vertébrale a disparu. L'enfant se lève et joue. Le 5 janvier, otite moyenne droite et, quelques jours après, l'examen montre une perforation au niveau de la partie inférieure du tympan.

Le 21 février, l'enfant va en convalescence à l'hôpital Saint-Louis sans aucun phénomène douloureux.

Le 28 février, on le ramène de Saint-Louis ; il a eu dans la matinée une crise de tachychardie.

Du 23 février au 13 mars, réapparition de ces crises, moindres cependant dans leur fréquence et leur intensité. L'appétit a fort diminué et le malade est fort abattu.

Le 20 mars, on remarque que le foie est gros, douloureux un peu d'ascite libre existe au niveau de l'abdomen. Pouls 120, pression artérielle 13.

Le 25 mars, la tachychardie est devenue permanente.

Le 1er avril, état encore aggravé, les urines contiennent des phosphates en notable quantité.

Le 5 avril, de temps en temps, toux quinteuse par accès qui se terminent par une expectoration muco-purulente. La température se maintient entre 37°5 et 38°8. Sur la paroi abdominale et le thorax, taches papuleuses s'effaçant par la pression et ressemblant à des taches rosées lenticulaires. Pas de diarrhée, pas de diazo-réaction, pas de séro-réaction.

7 avril. Etat très aggravé, râles disséminés dans les deux poumons, agitation, vomissements muqueux, crachats spumeux et sanglants. Durant tout le séjour à l'hôpital, T. entre 37,4 et 38 avec quelques courtes périodes d'apyrexie absolue. Mort le 7 au soir.

Autopsie le 9. — Intégrité absolue macroscopiquement des nerfs cervicaux à leur émergence. Intégrité des vertèbres cervicales ; leurs articulations sont parfaitement indemnes. *Cœur* : symphise péricardique pariétale en avant et en arrière ; cœur énorme, flasque, de teinte rouge brun. Sur sa face, veine porte grosse, plaque blanchâtre, fausses membranes, ventricule droit extrêmement dilaté, ventricule gauche au niveau de la mitrale, endocardite ulcero-végétante. Quelques cordages ont cédé. Oreillette droite remplie d'un gros caillot. L'aorte est athéromateuse, les sigmoïdes aortiques sont tout à fait insuffisantes, épaissies, athéromateuses. *Poumons* : congestionnés, œdémateux, foyers de bronchopneumonie aux deux bases. Pas de tuberculose, pas d'adénopathie trachéo-bronchique. *Foie* : congestionné, foie muscade. *Abdomen* : un peu d'ascite libre. *Rate* : paraît assez normale.

Ainsi, les douleurs ressenties par le malade au niveau de sa colonne vertébrale cervicale ne semblent avoir été qu'un épisode au cours d'un *processus infectieux* ayant porté ses efforts sur le cœur, sur les articulations ou les nerfs cervicaux, sur l'oreille, et enfin sur la peau (à deux reprises, éruptions difficiles à classer).

Nous n'avons pu malheureusement déterminer d'une manière précise le début de ces accidents. Ce que nous savons, c'est que les crises de tachychardie semblent avoir été le *phénomène initial*. Quant à la pathogénie de ces accidents complexes qui se sont succédés durant neuf mois, nous n'avons pu la saisir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'origine empirique des médicaments : la médecine des signatures.

Au milieu des produits sans nombre qui encombrent notre pharmacopée, seuls, quelques-uns proviennent de l'étude expérimentale dont les débuts ne datent que du siècle dernier. C'est à l'empirisme que nous devons la plupart de nos connaissances en thérapeutique et non pas à un empirisme savant, basé sur la critique et l'observation, mais à un empirisme grossier, imbu des superstitions les plus grotesques et des plus bas préjugés.

Dans cet amas diffus de plantes et de drogues qui nous ont été ainsi léguées, le temps et la raison ont fait leur choix. Ils ont éliminé, petit à petit, les produits inutiles et nuisibles et ont laissé passer au travers du crible de leur critique les seules substances capables d'une action efficace.

MM. les Drs Cabanès et Barraud, au cours d'un livre très documenté intitulé : *Comment on se soigne aujourd'hui : remèdes de bonne femme* (1), donnent d'intéressants aperçus sur les essais thérapeutiques d'autrefois qui persistent encore dans la médecine populaire d'aujourd'hui. Ce livre, vrai recueil de folklore médical, mérite d'être lu avec attention, et surtout d'être médité ; on pourrait en tirer maintes conclusions philosophiques prouvant que tout concourt au progrès dans l'évolution de l'esprit humain, même la superstition, même les préjugés.

« Nos ancêtres, disent MM. Cabanès et Barraud, « partant du principe d'ordre et de symétrie que leur « révélait l'observation du monde, étaient convaincus « que la Providence avait établi tout un système de « relations intimes entre les diverses parties de l'uni« vers ». Aussi, c'est en se basant sur cette idée des concordances universelles que les anciens médecins arrivèrent, en thérapeutique, aux conclusions les plus extravagantes, dont « la médecine des signatures » est un remarquable exemple.

Voici en quoi consistait cette médecine des signatures. Nos pères ne pouvaient, au hasard, essayer toutes les plantes au traitement de toutes les maladies, il fallait une sorte de guide dans l'empirisme de leur choix. Imbus d'idées religieuses et mystiques, ils se persuadèrent que la Divinité, créatrice des maladies, avait mis à la portée des hommes les remèdes permettant de les guérir. Dieu avait, selon eux, poussé l'obligeance jusqu'à donner à ce remède (une plante, le plus sou-

(1) Chez Maloine, édit. Paris, 1907.

vent) l'apparence des lésions produites par la maladie elle-même, indiquant, par cette sorte de *signature* symbolique, l'usage qu'on pouvait en faire. Cette théorie fantaisiste date de la plus haute antiquité, elle a triomphé au moyen-âge, et, plus tard, Paracelse et ses élèves qui, malgré leurs allures fantasques et leurs mœurs charlatanesques, étaient loin d'être des imbéciles, en furent de zélés propagateurs.

Bannie de la médecine par l'esprit scientifique moderne, cette doctrine persiste encore dans la médecine populaire. Et, résultat surprenant dû au nombre considérable d'essais de drogues qu'elle a suscités au travers les siècles, le hasard a voulu qu'elle dotât notre thérapeutique d'un grand nombre de produits actifs qui, sans doute, sans son grossier empirisme, seraient restés ignorés. En voici quelques exemples :

La petite centaurée, sorte de gentiane sylvestre dont l'action fébrifuge est indéniable, bien qu'elle ne soit pas destinée à détrôner la quinine, ne fut mise en crédit que parce que les *quatre* angles de sa tige portaient la signature de son action contre la fièvre *quarte*, et la preuve, c'est qu'on réservait au traitement de la fièvre *tierce* les plantes à tiges triangulaires. Les propriétés béchiques du bouillon blanc et du lichen, que l'on ne songe guère à discuter, ont été révélées symboliquement par l'aspect de ces plantes, rappelant les divisions de l'arbre bronchique. La renouée (polygonum), dont les vertus astringentes sont encore parfois appliquées au traitement de la dysenterie, ne fut admise dans la thérapeutique ancienne que parce que les replis de sa racine, image des anses de l'intestin, indiquaient clairement sa destination.

Les propriétés somnifères du pavot, et par conséquent de l'opium, n'auraient été révélées que par la forme de la tête du pavot qui n'est pas sans une lointaine analogie avec le chef de l'homme, sur lequel, symboliquement, le pavot ne pouvait manquer d'agir.

Les éléments de la matière médicale de cette « Médecine des Signatures » n'ont pas tous eu la même fortune. Les plus réputés, comme la mystérieuse mandragore, dont les propriétés mirifiques tenaient à ce que sa racine rappelait vaguement l'aspect du corps humain, ne sont guère plus cités dans nos formulaires modernes. D'autres vivent encore ou, accaparés par la cuisine, servent d'adjuvants à la cure des maladies. Citons, par exemple, le jus de carotte, dont la couleur rappelle la bile et qui, sous le nom de « Carottes à la Vichy », complète à table d'hôte l'action bienfaisante des eaux de notre grande station minérale dans les maladies de foie.

Enfin il est de ces remèdes de la médecine des signatures qui, après avoir été longtemps négligés, retrouvent une vogue nouvelle ; témoin le marron d'Inde que sa forme, sa couleur destinaient au traitement des hémorrhoïdes et qui, après une longue éclipse, a été ramené par les thérapeutes contemporains, sous forme de teinture, au nombre des remèdes efficaces.

Il ne faut donc pas trop se moquer des *bonnes femmes* avec leurs remèdes ; notre art, à son enfance, a été bercé sur leurs genoux pointus. Lisons dans le livre de Cabanès et de Barraud l'exposé intéressant de cet empirisme diffus de nos aïeux, ne dédaignons pas systématiquement cette thérapeutique légendaire, car, selon un mot profond de Charcot, ce fut le vestibule obligé de notre science moderne.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre.

Les causes de la malaria.

M. Laveran, dont les travaux sur l'impaludisme sont si nombreux et si importants, discute point par point les objections faites par M. Kelsch dans la dernière séance, à la théorie actuelle de l'inoculation par les piqûres des anophèles. Les objections faites à la doctrine anophélienne, en tant que doctrine générale, peuvent se résumer comme il suit :

1° La distribution géographique des anophèles ne correspond pas toujours à celle du paludisme ; il se rencontre des foyers actifs de fièvre sans anophèles.

2° Les grands travaux de terrassement et de défrichement ont toujours provoqué, dans les pays palustres, une recrudescence de l'endémie, et la doctrine anophélienne ne tient pas compte de l'influence tellurique.

3° S'il était exact que les anophèles sont les agents de propagation du paludisme, les fièvres palustres devraient figurer au premier rang des maladies contagieuses ; or, les militaires ayant contracté la fièvre dans les colonies et rentrant en France n'ont jamais contagionné les personnes qui les entouraient.

I. — Est-il exact que la distribution géographique des anophèles ne correspond pas toujours à celle du paludisme et qu'on a trouvé des foyers actifs de fièvre où n'existaient pas ces culicides ?

La vaste enquête qui a été entreprise dans tous les pays sur les rapports existant entre les anophèles et le paludisme a donné, en général, des résultats très favorables à l'action prédominante des anophèles. On a cru parfois rencontrer l'impaludisme dans des régions tout à fait dépourvues des moustiques spéciaux. A la vérification, on a presque toujours reconnu que l'enquête sur l'absence d'anophèles avait été inexacte et incomplète. Il est plus difficile d'expliquer que certaines localités de l'Italie, du Tonkin, des Indes, soient assez salubres malgré la présence en nombre des moustiques spéciaux. Mais si les germes de la malaria sont rares ou absents, la piqûre des moustiques n'est évidemment suivie d'aucune inoculation. Dans les régions où l'hygiène générale est bonne, où le traitement est très actif, le nombre des malades diminue d'année en année ; le médecin est consulté dès qu'un cas de fièvre se produit, la quinine est distribuée largement et les anophèles, qui ne peuvent plus s'infecter, cessent d'être dangereux.

II. — Un grand nombre d'observateurs ont admis que les émanations du sol et les poussières qui se répandent dans l'air à la suite des grands remuements de terre jouaient un rôle important dans l'étiologie du paludisme. Mais c'est là une interprétation de faits qui peuvent s'expliquer autrement.

Les mares créées au moment de ces travaux peuvent jouer un rôle important en propageant les moustiques.

Si les poussières provenant du sol sont capables de produire le paludisme, comment expliquer que l'on puisse assainir complètement une localité en détruisant les mous-

tiques ? L'expérience d'Ismaïlia est très probante à cet égard. Inversement, M. Kermorgant a constaté qu'à la Nouvelle-Calédonie de grands travaux de terrassement n'ont jamais provoqué l'apparition des fièvres palustres, mais, ajoute-t-il, il n'y a pas d'anophèles à la Nouvelle-Calédonie.

Même à Dakar, au Sénégal, dans un pays essentiellement palustre, de grands travaux de terrassement ont pu être exécutés en 1905, sans que l'état sanitaire se soit sensiblement aggravé, mais des mesures avaient été prises pour la destruction des moustiques.

III. — S'il était vrai que les anophèles sont les principaux agents de transmission du paludisme, les fièvres palustres devraient figurer, dit M. Kelsch, au premier rang des maladies contagieuses et, de suite, il objecte que les soldats atteints de paludisme, revenant de nos colonies, n'ont pas propagé le paludisme en France, notamment à Lyon, bien que plus de 200 palustres, revenant de Madagascar, aient été soignés, en 1905, à l'hôpital Desgenettes.

Mais dans les localités renfermant des anophèles et des eaux stagnantes, les faits de contagion ne sont pas rares. Des sujets atteints de paludisme peuvent importer la maladie dans des localités jusque-là salubres si, d'ailleurs, il existe des anophèles dans ces localités et si les conditions climatiques sont favorables.

Le paludisme était inconnu dans l'île de Malte lorsqu'en 1904, à la suite de l'arrivée des militaires qui avaient contracté les fièvres aux Indes, en Afrique ou en Crète, des cas de paludisme se déclarèrent dans la population civile. En même temps, on constatait l'existence d'anophèles.

Beaucoup de mesures prophylactiques très justement indiquées par M. Kelsch, s'expliquent fort bien avec les anophèles, tel est le rôle salutaire de la transformation du sol par l'endiguement des cours d'eau, par le drainage, par la culture, et surtout par le boisement. Les partisans de la doctrine anophélienne admettent aussi que ces mesures prophylactiques sont excellentes : ils n'ont qu'un avantage sur leurs devanciers, c'est de pouvoir expliquer pourquoi, en les appliquant, on fait disparaître les eaux stagnantes et par suite les gîtes à anophèles.

4° Le rôle des vallées encaissées, le danger plus grand des campagnes et des sorties nocturnes dans la campagne s'expliquent par le nombre plus grand des anophèles dans certains endroits et à certaines heures. La prédisposition si nette créée par la misère, par le surmenage, par la mauvaise hygiène, est la même que pour les autres maladies infectieuses. Il y a là des moyens de prophylaxie excellents d'ailleurs, mais indirects.

En résumé, termine M. Laveran, aucune des objections faites aux anophèles n'est irréfutable, aucun des faits invoqués ne montre clairement la nécessité d'admettre, en dehors de la transmission par les anophèles, un autre mode de propagation du paludisme. Aux expériences très rigoureuses qui ne permettent plus de mettre en doute le rôle des anophèles, les partisans de l'étiologie tellurique n'opposent que des faits peu précis et anciens, ce qui rend toute enquête étiologique impossible.

S'ensuit-il qu'il ne reste plus rien à éclaircir, plus rien à ajouter aux acquisitions récentes de la science ? La réponse à cette question que pose M. Kelsch n'est pas douteuse. Celui-là serait bien présomptueux et bien imprudent qui déclarerait que les conditions dans lesquelles se propage le paludisme n'ont plus de secret pour nous.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 octobre.

Evacuation de 3 500 cc. de liquide dans une pleurésie chronique. Insufflation d'air dans la plèvre.

MM. Dufour et Foix ont ponctionné six fois, à intervalles rapprochés, un pleurétique, sans pouvoir terminer l'opération à cause des phénomènes alarmants : douleurs, toux, œdème. Ils n'ont retiré qu'un litre 1/4 de liquide chaque fois. Les auteurs ont eu alors l'idée de remplacer le liquide retiré par de l'air stérilisé, afin d'éviter les causes des phénomènes d'intolérance, c'est-à-dire le tiraillement des adhérences, congestion *ex vacuo*. L'air stérilisé par le passage à travers du coton stérilisé fut introduit par une aiguille reliée à une soufflerie. De cette façon on a pu retirer en une seule séance et sans inconvénient, 3 litres 1/2 de liquide. Triple avantage de cette façon de faire : 1° possibilité d'évacuer complètement un épanchement; 2° absence d'œdème pulmonaire toujours dangereux à la suite d'une ponction faite sans les précautions indiquées; 3° création d'un hydropneumothorax artificiel favorable à la guérison de l'affection causale.

M. Moutard-Martin se contente de surveiller le malade pendant la ponction et l'interrompt momentanément au moindre signe d'intolérance. Il a pu ainsi évacuer 4.200 c. c. de liquide dans des cas de pleurésie aiguë.

M. Dufour admet cette façon de procéder dans les pleurésies aiguës, mais ne la croit pas possible dans les pleurésies chroniques avec adhérences et sclérose pulmonaire.

Pneumonie suppurée. Pneumotomie.

MM. Appert et Dubosc ont observé un enfant de 14 ans, qui, à la suite d'une pneumonie, n'a pas présenté la défervescence habituelle, a conservé une fièvre hectique, des crachats purulents, s'est amaigri et cachectisé. En face de l'état alarmant du malade, après des ponctions répétées et des examens radioscopiques négatifs, une intervention chirurgicale fut décidée. L'incision faite en un point douloureux tomba en plein poumon. Très peu de pus sortit de l'incision et malgré cela l'état s'améliora immédiatement. Douze jours après, une pneumonie du côté opposé emporta le malade. A l'autopsie, on trouva une pneumonie grise, avec suppuration diffuse du côté opéré ; de l'autre côté une pneumonie grise non suppurée.

M. Achard remarque que l'amélioration très marquée après incision, sans qu'il y ait eu évacuation considérable de pus, s'observe dans d'autres circonstances, par exemple dans les abcès dentaires, dans l'ostéomyélite.

Vomissements incoercibles chez les nourrissons.

M. Variot a arrêté chez un nourrisson les vomissements incoercibles par la substitution de lait stérilisé additionné de sulfate de soude au lait maternel. M. Variot distingue deux variétés de vomissements incoercibles. Les uns sont des régurgitations attribuables à une irritabilité gastrique de cause quelconque. On s'en rend maître par l'administration du citrate de soude avant la tétée. Les autres ne cèdent qu'au changement de la nourrice. On peut admettre que le lait maternel, dans ces cas, provoque chez l'enfant une véritable intoxication. C'est dans un de ces cas que M. Variot a employé le lait stérilisé et le sulfate de soude.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1906. — Présidence de MM. Christian et Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45.

Le procès-verbal de la précédente réunion est lu et adopté à l'unanimité.

M. Tissier, à propos du procès-verbal, demande qu'on pose de la façon suivante la question qu'il avait adressée à la précédente séance : « Que deviennent les trachéotomisés après un certain temps ? »

Correspondance Imprimée. — Journaux et revues habituels. — En outre : *Bulletin de la Société Médicale de l'Yonne* ; *Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension, basé sur l'étude du chimisme respiratoire*, par le Dr Thiellé ; *La querelle de Pierre Brailler et de Jean Surrelh*, par l'abbé Reure ; *A la Mémoire du Professeur Ollier*, ouvrage envoyé de Lyon.

Correspondance Manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Desnos, s'excusant de ne pouvoir venir au début de la séance ; 2° Lettre de M. le Dr Depasse, renonçant définitivement, en raison de son état de santé, à maintenir sa candidature au titulariat; 3° Lettre de M. le Dr Berne,

s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, étant absent de Paris ; 4° Lettre de la Préfecture du Département de la Seine demandant d'urgence dix exemplaires des nouveaux statuts. Cet envoi a été effectué, bien qu'inutile, puisque des modifications avaient été imposées ; 5° Lettre du Dr Lucien Graux, demandant à être autorisé à représenter la Société au Congrès de Milan : cette autorisation lui a été donnée par le Bureau ; 6° Lettre du Dr Charles de Blois, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant à titre étranger.

M. le Président annonce que le Dr Beni-Barde, depuis les vacances, a été fait officier de la Légion d'honneur ; au nom de la Société de Médecine, il lui envoie toutes ses félicitations.

M. Dubar, rapporteur, informe la Société qu'il a dû remanier les statuts d'après un modèle type imposé. Il est attendu la semaine prochaine au Conseil d'Etat, où cette nouvelle rédaction doit être examinée. Il tiendra ses collègues au courant de ses démarches et des résultats obtenus. Il s'étonne que, du moment où il existe un rapporteur, celui-ci n'ait pas été immédiatement avisé et consulté sur l'opportunité de l'envoi des 10 exemplaires des nouveaux statuts demandés au Président par la Préfecture de la Seine.

M. le Secrétaire Général répond que, étant détenteur des exemplaires des nouveaux statuts réclamés *d'urgence*, il y a 15 jours, par la Préfecture, il a effectué l'envoi, tout en le sachant inutile, puisqu'un remaniement était imposé, parce qu'il n'y a pas à discuter avec les administrations. La Société ne peut, de toute évidence, éprouver un préjudice du fait de l'envoi, en franchise postale, de papiers imprimés inutiles, qu'on jettera au panier sans y voir matière à incident.

M. Bizard, candidat au titulariat, lit son travail sur **« Le traitement de l'Epithéliome de la face. »**

M. le Président remercie M. Bizard de son très intéressant travail ; une commission est nommée pour l'examen de cette candidature ; elle est composée de MM. Besnier, Desnos et Coudray, rapporteur.

M. Suarez de Mendoza, lit une communication sur le **« Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes ».**

La séance est levée à 6 h. 15.

Le secrétaire annuel,
Mortier.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 9 octobre 1906. — Président M. le Dr Lancereaux.

Le remède antituberculeux de M. von Behring.

M. le Dr Samuel Bernheim (de Paris). — Après avoir fait l'historique, M. le Dr Bernheim rapporte un certain nombre d'observations de malades traités à l'hôpital de Strasbourg d'abord par le tulon, ensuite par la tulase. Chez aucun de ces malades, on n'a observé la moindre modification ou amélioration des lésions tuberculeuses. A l'autopsie d'une femme traitée par cette méthode on a constaté une véritable éclosion de granulations jeunes et récentes qui se sont produites dans divers organes pendant et après les injections de la tulase ; aucune transformation scléreuse ou calcaire des anciennes lésions.

M. le Dr S. Bernheim reproche au Prof. von Behring de n'avoir pas apporté le faisceau de preuves expérimentales qu'on a l'habitude de produire pour la démonstration de semblables recherches. Il ajoute que les animaux traités récemment dans les écoles vétérinaires avec de la tulase n'en ont tiré aucun bénéfice.

M. le Dr Michel Level fait ressortir la contradiction entre la déclaration de von Behring en 1905 et celle de 1906. Tandis qu'autrefois M. von Behring a affirmé retirer son Restbacillus de l'organisme animal, il reconnaît aujourd'hui que son vaccin n'est autre chose que le bacille de Koch traité par le chloral. N'est-il pas étonnant aussi que M. von Behring qui a fondé une méthode spéciale d'immunisation et de sérumthérapie, vienne aujourd'hui détruire sa propre école en cherchant à inoculer directement l'homme avec le bacille encore vivant, au lieu d'injecter des matériaux thérapeutiques extraits de l'organisme animal.

Traitement des adénites par la tuberculine.

Dr Barbier (de Paris). — L'auteur rapporte 43 observations d'enfants ou d'adultes atteints d'adénites tuberculeuses et soignés par la tuberculine de Jacobs ou de Denys. Chez la plupart de ces malades, les adénites ont diminué ou disparu et cela dans un délai très court. Chez certains atteints de ganglions suppurés, l'abcès s'est tari en moins de deux mois et l'état général s'est considérablement amélioré. Chez un petit nombre, il est resté après le traitement, une petite coque de ganglion, vestige roulant sous la peau, facile à énucléer.

XIXe CONGRES DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Suite).

Première question sur la Chirurgie des gros troncs veineux.

M. Lejars, dans son rapport très documenté, étudiée séparément la chirurgie des traumatismes des gros troncs veineux et celle des thrombophlébites septiques.

A. Traitement des plaies accidentelles ou opératoires des gros troncs veineux.

1° *La ligature.* La ligature circulaire des gros troncs veineux a longtemps passé pour extrêmement périlleuse, or voici ce que nous apprend la clinique et l'expérimentation pour chacun des gros troncs veineux de l'économie : veine porte veine cave, veine fémorale, les troncs trachéo-céphaliques, la jugulaire interne et la sous-clavière.

La ligature *brusque* de la *veine porte* est rapidement mortelle ; c'est pourquoi il faudra avoir recours, dans un cas de blessure du tronc de la veine porte, à *la suture latérale.*

De même, la ligature brusque et totale des *veines mésaraïques* est dangereuse ; elle est suivie de thrombus avec stase veineuse, et finalement de gangrène de l'intestin.

La *veine cave inférieure* a été liée 6 fois pour plaie opératoire produite au cours de l'extirpation de tumeurs rénales ; quatre malades ont survécu, deux ont succombé. Le rétablissement immédiat de la circulation en retour chez ces quatre malades est peut-être dû au fait que les tumeurs du rein exerçaient depuis longtemps sur la veine cave une compression progressive à la suite de laquelle les voies de suppléance (veines azygos, lombaire, veines du rachis), s'étaient dilatées petit à petit. On ne connaît pas de cas de ligature de la veine cave *supérieure* ; mais on connaît quatre cas de ligature du tronc brachio-céphalique, tous terminés heureusement et sans désordres circulatoires.

La *jugulaire interne* a été liée un nombre considérable de fois. La ligature unilatérale est habituellement si bénigne, que la suture ne trouvera que très rarement des indications, par exemple, lorsqu'il s'agit de toutes petites blessures longitudinales, se prêtant facilement à la suture. Pourtant, il cite çà et là des cas de ramollissement cérébral par anémie brusque, due peut-être à une hypoplasie de la jugulaire interne du côté opposé.

La ligature de la *veine fémorale* a passé longtemps pour une intervention dangereuse à cause de la gangrène du membre inférieur qu'on observait fréquemment. Or les accidents, étaient dus beaucoup plus à la thrombose septique qu'à la ligature proprement dite et Frankel a pu rassembler 53 faits de ligatures faites depuis la période antiseptique avec à peine *un seul* cas de gangrène.

★

On voit donc que la ligature des gros troncs veineux à l'exception de la veine porte, de la veine cave inférieure dans la zone sus-rénale, ne donne pas lieu aux accidents autrefois si redoutés et qu'elle reste, en somme, dans la pratique, le procédé le plus indiqué d'hémastose veineuse.

2° La *suture*. On a tenté dans quelques rares cas la *suture circulaire* bout à bout de certains gros tissus veineux après résection ; ces faits sont restés exceptionnels ; plus fréquemment on a fait la *suture latérale* de la veine sous-clavière, de l'axillaire, de la jugulaire interne, de la poplitée, de la veine cave inférieure, etc. Théoriquement la méthode est séduisante mais vu les résultats satisfaisants de la ligature circulaire, la suture ne trouvera son indication que dans les cas de plaie de la veine porte, de la veine cave sus-rénale où l'arrêt brusque de la circulation entraîne fatalement la mort. La suture veineuse a trouvé dans quelques cas d'anévrismes artério-veineux une application intéressante. Murphy, Korte ont extirpé la poche anévrysmale et suturé les orifices de la veine et de l'artère ; celles-ci restent perméables, c'est la guérison idéale par un procédé plus élégant que la classique ligature quadruple.

B. *Traitement opératoire des thrombo-phlébites septiques.*—La ligature des troncs veineux atteints de phlébite, au-dessus du segment thrombosé, entre la zone phlébitique et le cœur est une opération rationnelle qui se propose de prévenir les accidents cardiopulmonaires en empêchant la migration des caillots, et d'enrayer la diffusion pyohémique ; enfin elle permet de traiter localement et en toute sécurité, le foyer phlébitique. La ligature a été utilisée surtout dans les thrombo-phlébites septiques d'origine otique et dans les phlébites puerpérales.

Dans les thrombo-phlébites otiques du sinus latéral et du golfe de la jugulaire interne, l'intervention consiste dans la ligature de la jugulaire interne suivie de l'ouverture et du drainage de la région atteinte de thrombophlébite ; cette intervention a considérablement amélioré le pronostic des phlébites d'origine otique ; elle donne 60 à 70 % de guérisons alors qu'autrefois ces thrombo-phlébites aboutissaient presque toujours à la mort.

Dans les phlébites utéro-ovariennes d'origine puerpérale les résultats sont moins encourageants ; l'opération qui consiste dans la ligature, après laparotomie, des veines hypogastriques et utéro-ovariennes a été pratiquée 19 fois jusqu'ici, six fois avec succès. Il est impossible de tirer de ces interventions une conclusion pratique ; l'opération est sérieuse et il nous manque encore le moyen de reconnaître en clinique dans quels cas les accidents puerpéraux sont dus uniquement à la thrombophlébite.

M. Morestin pense qu'il est prudent, toutes les fois qu'on lie la veine fémorale de lier en même temps l'*artère* : chez un malade, chez lequel M. Morestin lia la veine fémorale, la congestion veineuse du membre devint si considérable que la ligature céda ; cette tension eût été évitée si on avait lié l'artère.

M. J.-L. Faure (Paris) a eu plusieurs fois l'occasion d'observer, au cours d'interventions sur les jugulaires, la pénétration d'air dans ces veines ; jamais cet accident n'a entraîné la mort et M. Depage (de Bruxelles) ne considère non plus l'entrée de l'air dans les veines comme une complication sérieuse.

M. Ziembicki (de Lemberg) est moins optimiste, vu qu'il a vu survenir la mort quelques secondes après l'ouverture accidentelle d'une jugulaire au cours d'une intervention sur le cou.

Deuxième question (1): *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire.*

M. Ch. Willems (de Gand), rapporteur, conclut que les *méthodes physiques*, nouvellement appliquées à la chirurgie intrathoracique, constituent un énorme progrès, mais grâce à l'amarrage du poumon, à l'aspiration de l'air et à l'occlusion hermétique de la plaie après l'opération, les appareils de Sauerbruch, de Brauer et leurs similaires ne sont pas absolument indispensables.

M. Loison (de Paris), co-rapporteur, fait un exposé complet de l'état actuel de la chirurgie intrathoracique en étudiant tour à tour les interventions permettant l'accès à l'intérieur de l'enceinte du thorax sans intéresser les cavités pleurales et les interventions avec ouverture des cavités pleurales.

De l'intéressante discussion qui a suivi la lecture des deux rapports sus-cités, et à laquelle prirent part : MM. Brauer (de Marbourg), Fontan (Toulon), Bœkel (Strasbourg), Depage (Bruxelles), Doyen (Paris), Delagénière (Le Mans), Villar (Bordeaux), Vidal, Mayer (Bruxelles), il résulte que l'emploi des appareils compliqués pour prévenir le pneumothorax n'est pas indispensable ; une intervention rapide, le *harponnage* et l'*amarrage* du poumon, puis l'aspiration de l'air, etc., suffisent pour éloigner les dangers du pneumothorax ; de ce côté donc la question paraît résolue : et à l'heure actuelle la grosse difficulté de la chirurgie intrathoracique réside avant tout dans l'infection pleurale. Aussi ne saurait-on prêter trop d'attention au bon drainage de la plèvre. M. Delagénière, qui a apporté au Congrès les enseignements de sa grande pratique de chirurgie thoracique, recommande de drainer dans tous les cas le *cul-de-sac costo-diaphragmatique* ; et pour éviter la formation de clapiers et de fistules intarissables au niveau du sinus costo-diaphragmatique, il est indispensable de réséquer les côtes qui avoisinent ce sinus, pour permettre l'effacement de ce cul-de-sac et l'accolement de la plèvre costale à la plèvre diaphragmatique. Grâce à ce drainage, on évite toute stagnation de liquide et par suite tout danger d'infection et il devient inutile de recourir aux différents appareils d'aspiration continue. Catz.

Communications diverses

Procédé de réduction des luxations congénitales de la hanche par le levier de Mencière.

M. Mencière de Reims fait quelques remarques à propos du procédé de réduction mécanique et extemporanée, par son levier, des luxations congénitales de la hanche. Il étudie et discute les points suivants :

1° Pourquoi ai-je construit le levier ? — 2° Mécanisme de la réduction par le levier, double mouvement de propulsion vers le cotyle de l'épiphyse entière : trochanter, col, tête ; double mouvement de propulsion d'arrière en avant et de bas en haut. 3° Pourquoi l'emploi du levier est-il sans danger? Preuves matérielles de l'absence de danger ; possibilité de réduire, sans à coups, sans fractures, même dans le cas de luxation pathologique de la hanche. 4° Traitement post-opératoire des luxations congénitales de la hanche ; Valeur du traitement mécanothérapique et du dressage méthodique.

Réduction mécanique par propulsion de l'épiphyse : membre en flexion, la diaphyse du fémur ne servant pas de bras de levier, c'est là que gît tout l'intérêt du procédé dont il réclame la priorité en s'appuyant sur le présent mémoire et sur ceux qu'il a publiés depuis 1903. (Congrès de Madrid, avril 1903). Un outillage toujours semblable à lui même, puisque mécanique, « force à une technique toujours la même » permet de faire passer la résultante des forces déployées par un point anatomique précis, calculé de façon à éviter toute cause de fracture Réduction mécanique membre en flexion : Pour des raisons anatomiques développées par l'auteur et montrées, soit sur des photographies, soit sur des dessins demi-schématiques, la position en flexion permet d'agir directement sur la partie antéro-supérieure de la capsule, principal obstacle à la réduction, qui est tendue comme un voile au devant du cotyle. L'emploi du levier est sans danger et a assuré la réduction même de luxations pathologiques ou les fractures sont cependant à redouter. Un schéma montre le levier appliqué sur pièce anatomique ; on peut ainsi se rendre compte de la manœuvre à employer.

L'auteur apporte une série de radiographies représentant des bassins d'enfants âgés de 6 à 14 ans, avant et après réduction de luxations congénitales de la hanche. Ces cas, irréductibles manuellement, ont été régulièrement réduits avec le

(1) Voir dans les deux derniers numéros du *Progrès médical* le résumé de ces deux rapports par leurs auteurs.

lavier. Enfin l'auteur insiste tout particulièrement sur le traitement post-opératoire mécanothérapique et dressage sans lequel on ne peut éviter les raideurs articulaires et la claudication, même après réduction, chez des enfants âgés. Plusieurs photogravures montrent les différents appareils employés par lui dans son service de chirurgie orthopédique et quelques procédés de dressage. Mencière termine en rappelant la part prise, en France, depuis 1898, à l'évolution du traitement mécanothérapique et aux procédés de dressage appliqués à l'orthopédie chirurgicale.

Le traitement du cancer.

M. Doyen a communiqué les résultats généraux pour toute l'année du mode de traitement du cancer sous ses diverses formes qu'il a institué dans sa clinique particulière de la rue Piccini. Cette méthode est basée, on le sait, sur l'injection de vaccins préparés avec des cultures du microbe « micrococcus neoformans » atténué par l'action du chlorhydrate de quinine, puis de l'acide cacodylique et de l'acide méthylarsénique. Sur les 64 observations favorables que M. Doyen a signalées il y a un an à cette même tribune du congrès de chirurgie, il a pratiqué l'examen ou il a eu des nouvelles récentes de 56 malades dont l'état est très satisfaisant. Parmi les personnes disparues, deux ont succombé à des affections aiguës intercurrentes, sans rapport avec l'évolution du cancer.

Ceux des membres du congrès qui se sont réunis à sa clinique avant-hier ont examiné vingt-quatre cas en traitement. Ils ont pu constater que, sans exception, l'état général de ces malades, qui tous ont été présentés l'an dernier, est satisfaisant.

Les lésions, locales pour la plupart, sont stationnaires ou en voie de régression, et à l'exception d'un cas où il s'est produit une aggravation manifeste, mais relativement lente, il est impossible de nier que ces malades aient retiré du traitement un bénéfice appréciable. Or, sur ces 24 cas, si l'on veut objecter que dix fois le traitement antinéoplasique a été combiné à une opération chirurgicale complète, il y a 14 cas où le traitement a eu lieu sans opération. M. Doyen fait rentrer dans cette catégorie trois cas où il a été fait une opération incomplète, pour supprimer une ulcération ou une masse cancéreuse exubérante.

La récapitulation de ses observations aboutit à cette conclusion : 1° Le vaccin est également efficace contre l'épithéliome, à la seule condition de l'employer assez à temps ; 2° dans les cas où l'opération est possible, il est dangereux de la pratiquer avant d'avoir soumis le malade à l'action du vaccin, parce que les opérations en apparence les plus bénignes sont fréquemment suivies d'une réinoculation de la tumeur dans la plaie opératoire.

Quelques observations méritent d'être signalées, notamment celle d'un sarcome de la langue deux fois récidivé en quatre mois, chez un jeune homme traité avec succès depuis le mois de novembre 1904, et cinq nouveaux cas de régression rapide de tumeurs, sans opération, comprenant quatre tumeurs du sein et un cas d'épithélioma sous-cutané du membre inférieur à forme lymphangitique.

M. Doyen examine ensuite ce que sont devenus les malades cités dans le rapport de la Société de chirurgie. Dix-neuf de ces malades étaient survivants le 30 juin 1905. Trois ont succombé depuis.

Sur 19 malades survivants le 30 juin 1905, on enregistre donc 16 cas de survie le 6 octobre 1906, c'est-à-dire plus de quinze mois après le dernier examen des malades par les membres de la commission. En ajoutant deux cas que cette même commission n'a pas voulu retenir, on obtient le chiffre de dix-huit cas exceptionnellement graves, tous présentés aux membres de la Société de chirurgie en décembre 1904 ou au commencement de l'année 1905. Ces dix-huit malades survivent actuellement deux ans après la séance de ce même congrès où on lui a imposé l'intervention de la Société de chirurgie.

Les plus intéressants de ces malades ont été soumis jeudi dernier à l'examen des visiteurs et à celui du professeur Metchnikoff, qui leur a fait part des résultats favorables obtenus en Angleterre par le professeur Wright avec un vaccin figuré provenant des cultures de *micrococcus neoformans* qui lui avaient été confiées. M. Doyen termine en résumant une observation récente qui démontre l'activité extraordinaire du traitement dans certains cas.

Cholécysto-duodénostomie pour imperméabilité du cholédoque, consécutive à des adhérences péritonéales, reliquat de péritonite tuberculeuse. Guérison.

M. Dujon (de Moulins). — L'obstruction du cholédoque est habituellement due à de la lithiase biliaire ou à une tumeur du pancréas. Il n'est pas rare de rencontrer ce canal, au cours des opérations sur les voies biliaires, plus ou moins emprisonné dans des adhérences péritonéales ; mais ces adhérences se produisent secondairement et ne sont pas la cause de l'obstruction. L'obstruction du cholédoque uniquement due à des adhérences est exceptionnelle ; et nous n'avons pas vu signalée d'observation semblable à celle que nous rapportons : obstruction par fausses membranes, reste de péritonite tuberculeuse. Suit l'observation de la malade opérée.

Les suites opératoires furent normales, et le cours de la bile se rétablit aussitôt. Il y eut une élimination de soie aponévrotique avec une fistule cutanée assez rebelle dont les bords avaient toute l'apparence d'une fistule tuberculeuse. La malade quitta l'hôpital au bout d'un mois et demi, guérie de son ictère, et reprenant peu à peu ses forces.

Procédés originaux d'amputation plastico-cinétique ou plastico-orthopédique.

M. le Pr Antonio Ceci, de l'Université de Pise. — Je crois utile pour le progrès de la chirurgie de vous communiquer une nouvelle méthode d'amputation du membre supérieur exécutée par moi suivant les idées du Dr Giuiano Vanghetti, praticien à Empoli (Toscane). Cette méthode consiste à utiliser les muscles et les tendons restés indemnes dans un membre amputé ou ceux qui se sont conservés tels dans un moignon d'amputation ; cela dans le but de former des *moteurs vivants de la forme d'un anneau ou d'une massue.* Ces moteurs vivants, obéissant à la volonté, permettent aux moignons de mettre en mouvement une main artificielle. M. le Dr Vanghetti donne à sa méthode le nom de l'*amputation plastique ou prothèse cinématique* (il me semble qu'il soit plus exact de la nommer amputation plastico-cinétique ou plastico-orthopédique). J'ai eu l'occasion de mettre cette idée trois fois en pratique avec des procédés opératoires originaux. Dans deux de ces amputations, j'ai obtenu des résultats réellement merveilleux. Un cas se rapporte à l'amputation du bras au tiers inférieur avec moteur à anneau, formé par une anse, obtenue par la suture des tendons du biceps et du triceps brachiaux. Deux autres cas se rapportent à l'amputation de l'avant-bras au tiers supérieur. Dans un de ces cas on forma un anneau moteur unique, constitué par les tendons des fléchisseurs suturés aux tendons des extenseurs. Dans l'autre, on forma deux anneaux moteurs, dont l'un dorsal avec les tendons des extenseurs, l'autre ventral avec les tendons des fléchisseurs.

Des voies d'accès dans le thorax.

M. F. Villar (de Bordeaux). — Dans l'étude des voies d'accès vers le thorax, il n'y a pas lieu d'insister sur les opérations sous-costales, ni sur la ponction ou l'incision de la plèvre dans les cas d'épanchement, ni même sur l'ouverture d'un foyer pulmonaire limité par des adhérences pleurales. L'intérêt de la discussion réside dans les interventions sur le médiastin antérieur, sur le médiastin postérieur et sur les organes de la cavité thoracique à travers la plèvre saine. Je dirai un mot aussi sur l'accès thoracique par voie abdomino-diaphragmatique.

Interventions sur le médiastin antérieur. — J'ai expérimenté en 1902 l'opération de Milton (section verticale et médiane du sternum) et j'ai pu me convaincre que la brèche osseuse était insuffisante. Il faut agir plus largement sur le sternum, le réséquer en partie, pour arriver facilement sur les organes du médiastin antérieur. Ainsi comprise, la voie sternale permet l'extraction des corps étrangers de la trachée et même de la partie supérieure de l'œsophage thoracique. Mais il ne faut

pas songer à atteindre, par cette voie antérieure, les organes du médiastin postérieur, ainsi que l'avait conseillé Milton.

Interventions sur le médiastin postérieur. — Je crois avoir pratiqué le premier l'ouverture systématique du médiastin postérieur sain, sur le vivant. Les indications des interventions sur le médiastin postérieur se restreindront dans l'avenir, grâce à l'emploi de la radiographie, de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie. Les trois principaux points à signaler au point de vue de la technique sont les suivants : *a*) il est préférable de pénétrer dans le médiastin postérieur du côté droit, pour atteindre l'œsophage, car, de ce côté, on découvre plus facilement une plus grande partie du canal ; *b*) l'incision longitudinale, entre le bord spinal de l'omoplate et la crête épineuse, est suffisante ; *c*) la recherche de l'œsophage m'a paru facile sur le cadavre et sur le chien ; *d*) la méthode de Faure (section de la première côte) donne un grand jour.

Interventions à travers la plèvre saine. — Dans nos expériences à propos de la chirurgie du cœur, avec mon élève Manine, nous avons été fort gênés par le pneumothorax. Pour le combattre, nous avions eu recours à l'insufflation pulmonaire ; or, les chiens qui avaient survécu à nos expériences, étaient ceux qui avaient été soumis à l'insufflation. Ce moyen est évidemment plus simple que la chambre pneumatique.

Voie abdomino-diaphragmatique. — J'ai également expérimenté cette voie sur le cadavre et sur le chien. Elle donne peu de jour pour la chirurgie du cœur, mais elle paraît indiquée pour les massages du cœur ; elle est, dans ce cas, plus simple et moins grave que la voie thoracique.

Faits cliniques et expérimentaux sur la suture des veines.

M. F. Villar (de Bordeaux). — J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois la suture de la veine axillaire, pour des plaies latérales, et mes malades ont guéri sans incident.

Au point de vue des indications de la suture, ou du parallèle entre la ligature et la suture veineuses, on peut établir la division suivante : 1° pour certaines veines (veine porte et portion sus-rénale de la veine cave inférieure), la suture est nettement indiquée ; 2° pour des veines assez grosses ou moyennes, la suture n'est souvent qu'un idéal qui peut être suppléé par la ligature : la décision à prendre est en partie soumise à l'étendue de la plaie ; 3° pour les petites veines, la ligature s'impose. La technique de la suture veineuse est simple ; je l'ai étudiée expérimentalement, en 1895, avec mon élève Brachet. Pour obtenir l'hémostase provisoire, nous nous étions servis d'une bande cannelée passée sous le vaisseau ; le fil, pour la suture, était de la soie qui nous avait semblé permettre un affrontement plus exact des lèvres de la plaie ; le fil était passé au moyen d'aiguilles intestinales. Nous avons pratiqué la suture en surjet et perforante, comprenant la gaine vasculaire et les bords de la plaie veineuse ; un second plan de suture, en surjet aussi, était pratiqué par dessus la suture veineuse, avec le tissu cellulaire péri-vasculaire, pour empêcher les infiltrations sanguines et consolider la suture de la veine.

L'examen des veines suturées a montré que la suture était solide et que le calibre des vaisseaux était perméable.

Clôture du Congrès

A la dernière séance du Congrès français de Chirurgie, le professeur Monprofit, président, a prononcé les paroles suivantes :

« Avant de clore le XIXe Congrès français de Chirurgie, je « veux remercier les collègues étrangers qui ont bien voulu « prendre part à nos débats, et nous apporter le secours de « leurs lumières et de leur expérience.

« Je veux remercier aussi les distingués et dévoués rappor- « teurs qui nous ont donné, sur les questions à l'ordre du « jour, des études remarquables, qui seront certainement de « la plus grande utilité pour les travailleurs d'aujourd'hui et « de demain.

« Je remercie enfin tous nos collègues qui ont pris part à « nos discussions et ont apporté ici leurs utiles et savantes « communications.

« Mes chers collègues, vous m'avez rendu facile et agréable « une tâche qui me paraissait d'abord bien inquiétante et bien « lourde à remplir.

« Je dois cette facilité à votre extrême bienveillance à mon « égard ; je vous en suis profondément reconnaissant.

« Je suis convaincu, mes chers collègues, que nous avons « bien travaillé pour le progrès de la Chirurgie et pour l'hon- « neur de la science de notre pays.

« Je souhaite longue vie et succès croissant à notre Associa- « tion française de Chirurgie et à ses Congrès, qui sont une « des manifestations des plus importantes et les plus utiles « de la science chirurgicale française.

« Je déclare clos le XIXe Congrès de l'Association française « de Chirurgie »

M. le Prof. Berger, de Paris, présidera le prochain Congrès dont le vice-président qui statutairement présidera dans deux ans sera M. le Prof. Forgue, de Montpellier.

Xe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(*Suite.*)

Cure radicale des rétrécissements traumatiques de l'urètre périnéal.

MM. Pasteau et Iselin (de Paris). — Si l'urétrectomie appliquée à la cure radicale des rétrécissements traumatiques de l'urètre périnéal a donné jusqu'ici des résultats imparfaits, c'est qu'on s'est surtout attaché à reconstituer l'urètre au plus vite et le mieux possible au moyen de sutures précoces.

L'infiltration cicatricielle de la zone opératoire est alors la règle, et la récidive, la conséquence presque forcée. Pour remédier à cet inconvénient, nous avons pensé à établir après l'urétrectomie un large abouchement périnéal ; on assiste alors à la formation d'une large fistule dont les parois sont formées de tissus souples. Secondairement, une urétroplastie à doubles lambeaux entaillés dans ces tissus souples permet de fermer facilement la fistule.

On arrive ainsi à une *véritable réfection de l'urètre périnéal* : dans un premier temps (temps de fistulisation), *on reconstitue les parois latérales du canal* ; dans le deuxième temps (temps d'autoplastie) *on reconstitue la paroi inférieure.* De cette manière on évite presque à coup sûr la récidive.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique grave.

M. Escat (de Marseille). — On méconnaît trop les formes graves de l'épididymite blennorrhagique dues à la rétention septique dans l'anse épididymaire étranglée. La violence des phénomènes aigus, les complications suppuratives allant parfois jusqu'à la nécrose du testicule, la chronicité des gros noyaux durs et douloureux, les rechutes multiples même après la guérison de l'uréthrite, l'oblitération possible des voies spermatiques, la dégénérescence tuberculeuse possible, réclament une médication plus directe que les traitements actuels purement symptomatiques ; les émissions sanguines locales, la glace, la compression, suffisent pour les formes légères : les grands lavages utilisables seulement après la poussée aiguë sont indiqués pour guérir l'uréthrite gonococcique causale, mais le foyer épididymaire survit souvent à l'uréthrite et évolue pour son compte. L'épididymotomie avec anesthésie locale (stovaïne) est le traitement pathogénique de choix, de même parfois la déférentotomie. A l'incision des foyers aigus, subaigus ou chroniques, il faut ajouter quelquefois la résection des noyaux chroniques. La détente immédiate des symptômes aigus, la cicatrisation et la résorption rapide succèdent à l'incision minime nécessaire.

M. Loumeau (de Bordeaux). — Il ne faut pas s'appuyer sur le phénomène douleur pour juger de la gravité de l'épididymite, car, grâce au suspensoir de Langlebert, les épididymites même très douloureuses permettent la marche et même l'équitation.

M. Duhot (de Bruxelles). — L'avantage de l'incision dans les épididymites très inflammatoires est de raccourcir considérablement le temps que le malade doit rester au lit et de

rendre le traitement presqu'ambulatoire. Certains malades refusent l'incision. Dans ce cas, le Dr Frelimberg a recommandé la simple ponction qui lui a donné de bons résultats.

Traitement de l'hypospadias par l'élongation uréthrale.

M. Paul Hamonic (de Paris). — Les procédés chirurgicaux imaginés pour remédier à l'hypospadias sont très nombreux en raison de la diversité des cas cliniques. On peut les diviser en trois classes : 1° *Méthode autoplastique.* La plus anciennement connue, elle s'applique aux déformations les plus accusées ; 2° *Greffe dermo-épidermique.* On transplante dans un tunnel creusé au centre du gland un lambeau cutané superficiel qui devient le point d'origine du nouveau segment uréthral. 3° *Elongation* du canal préalablement séparé des corps caverneux. On profite de l'élasticité du conduit qu'on allonge, afin de reconstituer ce qui manque de l'urèthre. M. le Dr P. Hamonic a appliqué ce dernier procédé sept fois avec un plein succès. Ce chirurgien considère que l'élongation, quand les conditions anatomiques permettent de l'exécuter, est la méthode de beaucoup la meilleure.

Instillations d'urotropine.

M. Janet propose de faire faire aux prostatiques qui se sondent plusieurs fois par jour, à chaque sondage, une instillation d'urotropine ou d'Helmitol de 0,50/10 avec une seringue de 12 millimètres cubes complètement remplie de cette solution.

M. Freudenberg (de Berlin). — J'emploie depuis longtemps pour le même but simplement l'injection de petites quantités (15 à 30 cc.) de solutions très faibles (1 : 2.000-3.000) de nitrate d'argent.

Inconvénients de l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans la pratique urinaire courante.

M. Franck (de Berlin). — J'ai eu l'occasion de faire les mêmes observations que M. Monié, en me servant de l'oxycyanure de mercure depuis des années pour les cystoscopies et pour tous les lavages en cas d'une infection bactérienne. Chaque fois, les clients se sont plaints de douleurs intenses, de contractions douloureuses, etc.

Des névralgies vésico-urétrales et de leur traitement électrique.

M. Denis Courtade. — Il faut distinguer avec soin les cystalgies, qui tiennent le plus souvent à une lésion de l'organe, des névralgies qui sont toujours sous la dépendance d'une altération du système nerveux. Dans la neurasthénie il faut distinguer trois sortes de névralgies : 1° les névralgies *idiopathiques*, qui sont très rares ; 2° Le plus souvent le point de départ est *une lésion guérie ou peu appréciable.* Il se produit un cercle vicieux qui a pour résultat d'augmenter et l'état neurasthénique et les lésions congestives des organes légèrement atteints ; 3° elles peuvent être *d'origine réflexe.*

Le réflexe peut avoir pour point de départ soit le rein, soit l'urètre, soit un organe voisin comme le rectum.

Le traitement électrique consistera : 1° à traiter l'état général, soit par les courants statiques, soit par les courants de haute fréquence par auto-conduction ; 2° le traitement local consistera en application de courants continus avec pôle positif sur la région vésicale et en courants de haute fréquence soit avec l'électrode nue de Doumer, soit avec l'électrode condensatrice d'Oudin.

Présentation d'un calcul urétro-périnéal ;
par M. le Dr Genouville (de Paris).

Présentation d'un mandrin métallique pour les sondes en gomme et les sondes Nélaton, Pezzer, Malécot, etc. Présentation d'un mandrin en baleine avec cône mobile en ébonite ; par M. A. Freudenberg (de Berlin).

Indications et contre-indications du massage de la prostate.

M. Le Fur (de Paris). — Le massage, qui est une méthode excellente et très souvent indiquée dans les affections de la prostate, est cependant une arme à double tranchant. Contre-indiqué dans les prostatites aiguës, où il sera avantageusement remplacé par les suppositoires et les lavements chauds, il est, au contraire, indiqué dans toutes les prostatites subaiguës, où il donnera le maximum de succès, à la condition d'être pratiqué avec prudence, dans les prostatites chroniques avec noyaux indurés sans sclérose définitive, dans les abcès de la prostate de moyen volume, dans l'hypertrophie prostatique (forme congestive et adénomateuse) et surtout chez les prostatiques jeunes. Il existe différentes variétés de massage de la prostate ayant chacune leurs indications : le massage rectal, soit digital, soit instrumental, pratiqué par exemple avec notre masseur mécanique et électrique, le massage électrique, le massage vibratoire, le massage uréthral pratiqué avec le béniqué seul ou associé au massage rectal, à la dilatation électrolytique de l'urètre.

M. le Dr P. de Sard (de Paris). — J'emploie le massage vibratoire de la protaste dans les cas de prostatites passibles du massage digital. Mon expérience me permet d'affirmer que le massage vibratoire *est plus actif* parce que les vibrations associées aux pressions vident mieux la glande et ses conduits, donnent plus de tonicité aux muscles, *activent la résorption des exsudats* ; *diminuent les souffrances du malade* pendant l'opération ; *est beaucoup plus commode et plus propre pour le chirurgien* qui le pratique.

Présentation d'un injecteur urétral, par le Dr Raymond Bonneau.

M. Jungano (de Naples) a fait une communication sur un sérum *protatotoxique* qu'il a obtenu des lapins injectés d'une émulsion de protaste de chien.

Prostatectomie suspubienne.

M. Pauchet (Amiens). — J'ai fait 54 périnéales et 19 suspubiennes. Celles-ci m'ont donné deux morts. Je deviens partisan presque exclusif de la suspubienne et j'emploie la méthode de Freyer. Celle-ci est facile, rapide, bénigne dans ses suites, si le traitement post-opératoire est bien fait. Les résultats éloignés sont merveilleux, les malades vident complètement leur vessie. On n'observe ni rétrécissement ni déviation du canal, ni fistule périnéale. Sans doute, on ne peut opérer par la voie transvésicale que les formes adénomateuses ; on doit réserver à la voie périnéale les formes scléreuses, atrophiques, les cas de périprostatite chronique ; mais, à mon avis, ces cas ne sont à opérer par aucune voie, et c'est à eux qu'il faut sans hésitation réserver la méthode du cathétérisme. En agissant ainsi, on n'a que des succès immédiats ou éloignés.

Avantages de la prostatectomie transvésicale.

M. Carlier (de Lille). — Les avantages de la prostatectomie transvésicale sont les suivants : elle raccourcit l'urètre postérieur plus que la prostatectomie périnéale. Ce qui reste d'urètre prostatique s'incorpore très rapidement à la vessie ; il ne persiste par la suite ni incontinence, ni fistule ; la récidive me paraît impossible, car l'opération est absolument complète ; il n'y a pas d'épididymite consécutive ; la génitalité est conservée chez la moitié des opérés, enfin la cystotomie préalable permet la facile ablation des calculs et la décortication du lobe médian plus aisément que par la protatectomie périnéale. Les inconvénients de la méthode transvésicale sont la moindre facilité du drainage, mais ceci se modifie déjà et se modifiera encore avec la pratique, et la facilité des hémorrhagies post-opératoires. Mais ceci est encore très variable suivant les malades, s'il y a des prostatectomies périnéales qui saignent abondamment, il y a en revanche des prostatectomies suspubiennes d'une très grande simplicité dans leurs suites.

Mes conclusions sont plus précises encore que celles que je formulai l'an dernier à Bruxelles, en ce sens que je crois que la prostatectomie transvésicale doit, sauf cas bien rares, remplacer désormais la prostatectomie périnéale dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

M. Loumeau. — Comme les précédents opérateurs, j'estime que la prostatectomie transvésicale est supérieure à la prostatectomie périnéale. Mais je me sépare des précédents opérateurs en ce qu'ils ont cru devoir modifier ou perfectionner l'opération de Freyer. Jusqu'à plus ample informé, j'estime que la méthode excellente du chirurgien anglais doit être suivie dans toute sa rigueur, au point de vue non seulement de l'opération elle-même, mais encore et surtout des soins consécu-

tifs aussi importants, sinon plus, que la technique opératoire elle-même.

M. Escat (de Marseille). — Après la transvésicale, la vessie et la loge prostatique réclament un traitement particulier, ces deux cavités ne sont pas au début suffisamment solidaires pour que le drainage et l'hémostase de l'une suffisent à l'autre.

M. G. Lasio (de Milan) expose sa méthode de traitement post-opératoire : tamponnement de la loge prostatique à l'aide du doigt index de la main gauche laissé dans le rectum. Audessus du tampon il place un gros drain en caoutchouc, d'un centimètre de diamètre dont l'extrémité inférieure est percée de nombreux trous. Autour du drain il dispose encore de la gaze iodoformée. L'extrémité du drain va terminer dans un urinal antiseptique.

Après 2 ou 3 jours il place les siphons de Guyon-Perrier, et après 8 à 10 jours encore il place une sonde à demeure.

M. Cathelin, à propos de la valeur comparée des prostatectomies apporte, le résultat de 19 opérations personnelles, dont 10 périnéales sub-totales sans aucune mort et 4 transvésicales avec 2 morts.

M. Pousson (de Bordeaux) présente un petit appareil qui peut s'adapter à l'extrémité externe du tube de Freyer et qui, muni d'une sorte de robinet latéral, permet de dériver le cours de l'urine dans un bassin. Cette modification est due à ses élèves, Michel et Oraison ; M. Pousson a fait cloisonner cet appareil ainsi que le tube de Freyer lui-même, de façon à pouvoir s'en servir comme d'un tube à double courant de Guyon-Perrier.

M. le Dr Moran attire l'attention sur le traitement chirurgical des cas de prostatisme sans hypertrophie de la prostate dont il a publié un cas, il y a deux ans. Quoi qu'en aient dit MM. Carlier et Fauchet, on peut intervenir dans ces cas, mais non pour faire une prostatectomie sur une prostate qui n'existe plus, mais pour modifier l'orifice urétral par une intervention faite directement sur le col, après ouverture de la vessie par l'hypogastre.

Ablation d'un gros cancer de la prostate.

M. Loumeau a enlevé par la prostatectomie périnéale chez un vieillard, un gros carcinome encéphaloïde de la prostate, bien circonscrit dans la loge prostatique, sans envahissement ganglionnaire appréciable et emplissant toute la cavité pelvienne.

Des indications de la cystoscopie à vision directe.

M. le Dr Luys insiste sur les services considérables que peut rendre la cystoscopie à vision directe. 1° Dans la cystoscopie simple, le cystoscope à vision directe permet, en effet, de voir d'une façon infiniment précise et nette les points localisés. Il permet l'examen complet de la vessie, non seulement dans la partie inférieure, mais également de la paroi supérieure de la vessie, grâce à un procédé un peu spécial qu'il indique. 2° Pour le cathétérisme des uretères, la supériorité du cystocope à vision directe se montre tout d'abord quand il s'agit de faire le cathétérisme d'un uretère sain, car, dans ces conditions, les chances d'infection d'un rein sain sont réduites tout à fait au minimum. Ensuite, quand il s'agit de faire le cathétérisme de l'uretère dans des vessies enflammées ou saignantes, le cathétérisme uretéral ne peut guère être fait que par le cystoscope à vision directe. 3° Ensuite, dans la recherche des corps étrangers intra-vésicaux, le cystoscope à vision directe constitue certainement la méthode la plus sûre et la plus simple. 4° Enfin, pour les opérations endovésicales, tant pour le traitement des cystites que pour le traitement des tumeurs vésicales, le cystoscope à vision directe constitue un instrument précieux, qui permet d'obtenir des succès thérapeutiques de tous points remarquables.

M. Cathelin vient préciser les indications de la cystoscopie à vision directe. Ses grandes indications sont : 1° l'examen des petites vessies, inexplorables autrement ; 2° l'ablation des corps étrangers exogènes non lithotritiables ; 3° les cautérisations chimiques directes pour la thérapeutique des lésions vésicales, en particulier, les ulcérations tuberculeuses.

De la valeur comparative des différents cystoscopes.

M. Pasteau. — Les instruments qui nous sont proposés pour la cystoscopie doivent être, à mon avis, divisés en deux classes : d'une part, tous *ceux qui sont dépourvus d'appareil optique*, d'autre part, ceux *qui possèdent un appareil optique*. Les premiers ne sont que des manières d'urétroscopes, soit à lumière externe, soit à lumière interne qu'on pousse jusque dans la vessie pour chercher à en explorer la paroi ; les seconds tous plus ou moins copiés sur le modèle primitif de Nitze, permettent d'embrasser d'un seul coup d'œil un champ vésical beaucoup plus vaste.

Nécessité de faire la cystoscopie avant la séparation intra-vésicale des urines.

M. Jeanbrau (de Montpellier) apporte deux cas où la séparation intra-vésicale des urines ne permettait pas de faire un diagnostic exact. Il insiste sur la nécessité, dans la plupart des cas, de faire un examen cystoscopique pour vérifier et compléter les résultats fournis par la séparation des urines. Il conclut en disant qu'on doit comparer le cathétérisme urétral avec la séparation précédée ou suivie de la cystoscopie et non pas avec la seule séparation intra-vésicale des urines.

Curettage et écouvillonnage de la vessie par les voies naturelles chez l'homme dans les cystites chroniques.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux), frappé des excellents résultats que lui ont donnés le curettage et l'écouvillonnage de la vessie par l'urètre chez la femme dans les cystites rebelles au traitement par les topiques, a cherché à rendre ce traitement applicable chez l'homme. A cet effet, il a imaginé une instrumentation comprenant, d'une part, une sonde curette, et, d'autre part une série de tiges porte-écouvillons.

M. Freudenberg (de Berlin) a eu connaissance d'un cas de perforation de la vessie au cours d'un curettage avec l'instrument de Strauss, publié en Allemagne.

M. le Dr Debout d'Estrées, présente un nouvel exemple de fragmentation spontanée de calcul dans la vessie observé en 1906 à Contrexéville. Il rappelle les deux théories, celle de Civiale : contraction d'une vessie hypertrophiée, dont il cite un exemple frappant opéré par le professeur Segond en 1890. L'autre théorie, de Leroy d'Etiolles et de William Ord : gonflement des noyaux et éclatement de petits graviers multiples composés d'acide urique dont il a présenté, en 1889, huit cas à l'Académie de Médecine, est beaucoup plus difficile à expliquer, et, sans en tournir une nouvelle, il demande à l'assistance si elle en a une nouvelle à proposer ?

M. Potherat communique l'observation d'un homme de 58 ans qui présentait depuis dix-huit mois une tumeur fluctuante suspubienne à développement progressif et s'étendant du pubis à l'ombilic. L'opérateur décortiqua la poche aussi loin qu'il put, referma le reste de la poche, l'amena contre la paroi antérieure de l'abdomen. Le malade guérit et est resté guéri depuis deux ans et demi.

Massage intra-vésical.

M. le Dr H. Minet (de Paris) a obtenu des résultats encourageants dans diverses rétentions incomplètes d'urine (névropathies protastiques avec rétention incomplète peu ancienne ; rétrécis ; prostatites chroniques avec résidu vésical ; et chez des névropathes pollakiuriques, en employant le procédé suivant de massage intra-vésical : la vessie vidée est mise en communication avec un ballon souple rempli d'air stérilisé ; par compression du ballon, une petite quantité d'air est injectée dans la vessie, puis rejetée dans le ballon par la contraction vésicale. Cette manœuvre est répétée pendant quelques minutes. Elle a pour but de solliciter la contraction vésicale, et doit proportionner l'effort de la vessie à ce qui lui reste de contractilité ; à cet effet, on fait varier la quantité d'air injecté, et l'élasticité du ballon. A l'atonie extrême conviennent des ballons de caoutchouc assez épais, qui, en reprenant leur forme, aspirent l'air injecté dans la vessie ; à une musculature moins affaiblie conviennent des ballons de caoutchouc très mince, flasque ou de soie imperméabilisée.

Deux cas graves de contusion du rein.

M. le Dr H. Bousquet (de Clermont) communique au Congrès deux observations intéressantes de contusion du rein.

Le premier sujet était un jeune homme de 16 ans qui avait

-dit une chute de bicyclette et chez lequel était apparue dans la suite une volumineuse tumeur du rein droit. Cette tumeur a disparu spontanément à la suite d'hématuries survenues deux jours après le traumatisme et le blessé a guéri.

Le deuxième sujet observé a eu le rein gauche broyé, ou mieux divisé en deux fragments par la roue d'une voiture lourdement chargée ; malgré ce violent traumatisme, le malade a survécu, et, lorsque, deux mois après le traumatisme, M. Bousquet intervint, il trouva une poche contenant environ trois litres d'urine, et au sommet de cette poche un fragment du rein pesant 120 grammes, et en bas, greffé sur le péritoine, un fragment inférieur du poids de 39 grammes. Les suites de l'intervention sont des plus simples. M. Bousquet insiste sur la bénignité des accidents consécutifs à ces violents traumatismes et montre que ces deux cas viennent corroborer l'opinion émise autrefois au Congrès par le professeur Le Dentu et M. Bazy, à savoir qu'il y a intérêt à faire de l'expectative dans les contusions du rein, qui généralement, guérissent seules, si la cavité résultant du traumatisme ne subit aucune infection.

Traitement de la lithiase rénale suppurée.

M. le Dr Pousson (de Bordeaux) pense, avec la grande majorité des chirurgiens, que le traitement de choix dans la lithiase aseptique est la néphrectomie ou la pyélotomie, et sa préférence va à la première de ces opérations conservatrices qui n'expose pas comme la seconde aux fistules, permet à l'exploration du rein de se faire fidèlement et rend relativement facile l'extraction des calculs enchâssés dans le parenchyme. Mais si la simplicité et l'uniformité relative des lésions du rein lithiasique non infecté rendent possible l'adoption d'une formule thérapeutique unique, leur complexité et leur diversité dans le rein calculeux suppuré ne sauraient s'y prêter. En effet, tandis que dans le premier cas le calcul constitue à lui seul toute la lésion, il faut dans le second compter avec les altérations infectieuses destructives du tissu rénal, avec la périnéphrite suppurée ou non suppurée, avec l'état général du sujet, etc. C'est sur la considération de ces multiples complications que doit se baser le chirurgien pour choisir entre la néphrotomie et la néphrectomie.

Calculs du rein et radiographie.

M. Rafin (de Lyon) présente 5 calculs du rein enlevés récemment grâce à un diagnostic précis formulé au moyen des épreuves radiographiques de M. Arcelin.

Néphrotomie et réparation rénale conservatrice pour pyonéphrose calculeuse bilatérale.

M. le Dr Escat (de Marseille). — Les suppurations bilatérales des reins ne désarment pas toujours le chirurgien ; on peut encore dans ces cas faire de bonne chirurgie curative ou conservatrice. Dans un cas de pyélonéphrite double, l'ablation de la pyonéphrose initiale et majeure a pu entraîner la guérison parfaite de l'autre rein et le retour inespéré à la santé. Une néphrectomie pour tuberculose rénale douloureuse, l'autre rein donnant 0 gr. 80 centigr. d'albumine, permet depuis 2 ans à la malade de gagner sa vie. Aujourd'hui, l'auteur communique un cas de néphrotomie et de réparation conservatrice du rein pour pyélonéphrite calculeuse double.

Anurie calculeuse et cathétérisme uretéral.

M. Léon Imbert (de Marseille). — L'auteur communique deux observations d'anurie calculeuse guérie par le cathétérisme uretéral. Dans le second cas, l'anurie se reproduisit à deux reprises après l'ablation de la sonde uretérale ; mais, chose curieuse, le simple lavage de la vessie à l'eau boriquée froide suffit à rétablir le cours des urines ; le diagnostic fut confirmé par l'expulsion du calcul au bout de quelques jours. Au sujet de ces deux malades, l'auteur attire l'attention sur l'utilité du cathétérisme urétéral au cas d'anurie calculeuse.

Le cathétérisme uretéral.

M. Rafin. — Le cathétérisme urétéral doit être essayé dans le cas d'anurie calculeuse quand il n'y a pas de contre-indication. Mais il ne faut pas s'attendre à obtenir toujours d'aussi bons résultats. La vraie conduite à tenir sera, à l'avenir, de faire radiographier le malade et d'enlever le calcul quand l'état général le permettra. L'anurie calculeuse expliquée par un réflexe de l'autre rein doit être rapportée le plus souvent à des lésions calculeuses de l'autre rein.

Perfectionnement du diagnostic radiographique des affections du bassinet et du rein.

M. Frank (de Berlin). — Il y a quelque temps que Hoffa a fait des expériences sur la radiographie de l'articulation du genou. En se servant d'un appareil spécial du Dr Lilberstein, de Berlin, il a rempli l'articulation d'oxygène pur, ce qui lui a permis d'avoir très nettement le contour de l'articulation et les changements pathologiques. En me basant sur les résultats que Hoffa vient de publier, j'ai fait des expériences sur le bassinet et le rein. J'ai rempli le bassinet d'oxygène pur par une sonde uretérale, à l'aide de l'appareil du Dr Lilberstein, et j'ai pris des radiographies ; j'ai obtenu dans tous les cas des résultats très nets, et plus clairs que d'habitude. Mes épreuves radiographiques n'étant pas arrivées, j'en ferai une nouvelle communication à la prochaine réunion.

M. le Dr Durrieux (d'Alger) présente une intéressante observation de *cancer du rein droit chez un syringomyélique.*

Considérations sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose rénale.

M. Rafin expose les résultats de sa protogèse qui comprend 44 néphrectomies primitives. Toutes les fois que l'état des voies urinaires inférieures le permet, il a recours à l'exploration instrumentale de l'autre rein. Parmi les méthodes préconisées, c'est au cathétérisme uretéral qu'il donne la préférence. Pour apprécier la valeur fonctionnelle des reins, il se contente des données fournies par l'analyse chimique.

Anurie dans la tuberculose rénale.

M. le Dr Minet (de Paris). — L'anurie a été observée dans la tuberculose rénale surtout comme phénomène terminal de la maladie, soit après la néphrectomie, soit après destruction des reins par la tuberculose. Le cas rapporté ici est, au contraire celui d'une anurie passagère, qui dura quarante-huit heures et fut suivie d'une survie de seize jours. L'histoire de la maladie démontre que des 2 reins, l'un était détruit depuis plusieurs années, l'autre, pendant les accidents d'anurie, était le siège d'une pyonéphrose modérée. La cause de la rétention rénale et de l'anurie fut l'oblitération du bassinet ou de l'uretère par les produits caséeux. La gravité du pronostic de l'anurie dans la tuberculose rénale n'est pas une contre-indication absolue de la néphrotomie.

Diagnostic de la tuberculose rénale.

M. Desnos (de Paris). — Le diagnostic de la tuberculose rénale, difficile souvent, se trouve dans l'examen bactériologique qui, malheureusement, ne donne pas toujours la certitude. Il arrive souvent que l'examen du pus ne fait pas constater les bacilles et qu'on trouve de grosses lésions dans le rein opéré ou autopsié, anomalie qui s'explique par les foyers d'infection secondaire qui peuvent rester isolés ou inclus. Le fait contraire est plus rare : j'ai vu un malade chez lequel le cathétérisme urétéral avait amené de l'urine dans laquelle a on constaté des leucocytes et des bacilles de Koch : le rein enlevé fut malheureusement trouvé exempt de lésions ainsi que l'urètre. Mais quelques mois plus tard il présentait des signes de prostatite suppurée, des levuli et des bacilles furent de nouveau retrouvés dans l'urine : il est donc possible que l'extrémité de la sonde uretérale a entraîné, dans l'uretère, quelques bacilles qui existaient sur le bas-fond et sur le col et que ce sont ceux-là que l'examen bactériologique a retrouvés.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques cas d'hématome subit de la luette :
Par le Dr P. Fabre, de Commentry. (Jouvet, impr. à Riom, 1906.)

L'étiologie de cette affection est obscure, le diagnostic on ne peut plus facile, les symptômes sont plutôt désagréables et gênants que dangereux, quoique effrayant souvent le malade, le pronostic est bénin ; et, enfin, le traitement est facile. C'est à quoi se réduit, au point de vue nosologique, l'histoire de l'hématome de la luette, histoire que l'auteur a voulu relater brièvement en raison de sa rareté, et surtout du silence des auteurs spéciaux sur cet accident. Reprenons un peu les symptômes. L'hématome de la luette (suffusion sanguine brusque, véritable apoplexie locale) débute brusquement à la suite de quintes de toux, d'un petit traumatisme, à la suite d'une angine ou sans cause apparente et occasionne d'abord un chatouillement, la sensation de présence de corps étranger, bientôt suivie d'un besoin inconscient de déglutir et plus souvent de rejeter l'objet gênant du fond de la bouche. Puis surviennent des accès de toux, de vraies quintes, des envies de vomir, des nausées, d'affreux efforts de vomissements, des vomissements même, tendant les uns et les autres à rejeter le faux corps étranger. L'inspection montre une luette globuleuse, une vraie boule, une cerise qui se trouve appendue au voile du palais. Les symptômes généraux sont d'ordre nerveux : angoisse, effarement, affolement. L'inspection seule suffit pour reconnaître la cause de cet état si inquiétant pour les parents ou amis du malade. La piqûre avec la pointe du bistouri permet au médecin de soulager séance tenante le malade et quelques gargarismes astringents alun, tanin, ratanhia, amènent la guérison.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Le Thigénol dans la pratique gynécologique.

Par le Dr **P. BARBIER**, ancien externe des Hôpitaux de Paris, médecin des Dispensaires anti-tuberculeux de Paris.

Dans les affections inflammatoires des organes génitaux de la femme (vaginites, métrites, salpingo-ovarites, etc..), affections que le praticien est appelé journellement à voir dans son cabinet, un grand nombre de médicaments ont été vantés comme topiques. Parmi tous ces agents thérapeutiques, dont la liste entière serait trop longue à citer, tels que le tanin, l'iodoforme, l'ichthyol, le thiol, le thigénol etc.., il en est un seul qui m'ait paru donner des résultats constants et absolument hors de doute : ce médicament qui, à mon avis, doit occuper la première place parmi tous les autres actuellement employés en thérapeutique gynécologique, est le thigénol. Le thigénol est, comme on le sait, une combinaison organique du soufre obtenue par synthèse : c'est le sel sodique d'un acide sulfoné de la série grasse combiné au soufre dans la proportion de 10 pour 100. Il est plus riche en soufre que l'ichthyol et possède sur ce dernier un autre avantage, celui d'être absolument inodore. De plus, étant un produit synthétique, le thigénol est un produit absolument pur, tandis que l'ichthyol retiré des roches bitumineuses est un produit trop souvent impur, ce qui rend ses préparations irritantes pour la peau et les muqueuses. Avec le thigénol, que nous employons couramment depuis plus de deux ans, nous n'avons jamais eu aucun inconvénient de cette sorte. Enfin, dernier avantage que nos clientes savent apprécier, les taches de thigénol sur le linge disparaissent par simple lavage à l'eau.

Quant à la posologie de ce médicament, nous l'avons employé soit sous forme de solutions glycérinées à 30, 40 ou 50 pour 100, en badigeonnages ou en tamponnements, soit sous forme d'ovules à la glycérine solidifiée ou au beurre de cacao, soit enfin sous forme de pommades pour les frictions abdominales. Les formules que nous avons le plus souvent employées sont les suivantes :

Thigénol................................	10 gr.
Lanoline..................................	40 gr.

en frictions douces sur le ventre (dans les paramétrites et périmétrites).

Thigénol..................................	30 (ou) 40 gr.
Glycérine officinale pure à 30°............	70 (ou) 60 gr.

à employer pour badigeonnages, ou pour imbiber des tampons de gaze ou de coton hydrophile.

Thigénol..................................	4 gr.
Beurre de cacao (ou glycérine solidifiée)...	q. s. p. un ovule n° 10

Un ovule tous les soirs, dans le vagin. — En cas de douleurs aiguës, ajouter à la formule suivante.

Clorhydrate de morphine.............. } Extrait de belladone.................. }	0 gr. 01

Ces diverses préparations nous ont donné d'excellents résultats dans tous les cas d'affections inflammatoires des organes génitaux de la femme, qu'il s'agisse d'affections aiguës, subaiguës ou chroniques. Dans les formes aiguës, les résultats sont très rapides, comme le montre l'observation suivante où il s'agit d'une vaginite blennorrhagique aiguë avec uréthrite et métrite cervicale :

Obs. I : *Vaginite blennorrhagique compliquée d'uréthrite et de métrite cervicale : guérison par le thigénol.* — Tr... Lucienne, couturière, 20 ans. — Cette jeune femme vient me consulter le 14 août 1906. Depuis un mois, elle est atteinte de blennorrhagie. N'osant pas se faire examiner par un médecin, elle a demandé conseil à une sage-femme, qui lui a prescrit des injections de permanganate au 1000e. Ce traitement n'a fait qu'irriter davantage la muqueuse vaginale. L'introduction du spéculum arrache des cris à la malade : la muqueuse du vagin est rouge et granuleuse ; les parois vaginales sont enflées au point de masquer complètement le col utérin. La malade a même, nous dit-elle, de la difficulté à introduire sa canule. Je me contente de faire un badigeonnage de la muqueuse vaginale avec de la glycérine thigénolée à 30 p. 100 ; j'introduisais ensuite dans le vagin une longue mèche de gaze à l'airol afin d'isoler les deux parois au contact. — Je répète ces deux pansements deux fois par semaine. Dans l'intervalle, la malade doit prendre matin et soir une injection de permanganate à 1 p. 4000. Au bout de trois badigeonnages, la muqueuse était complètement désenflée. Cela me permet d'apercevoir le col utérin, lequel est gros et rouge : je pratique sur le col des badigeonnages avec la solution de glycérine thigénolée, suivis de tamponnements avec de la gaze airolée imprégnée de la même solution de glycérine thigénolée. Dans l'intervalle des pansements, la malade devait continuer les injections au permanganate et introduire tous les soirs dans le vagin un ovule au thigénol. Au bout d'un mois de traitement, la guérison était absolument complète. Quant à l'uréthrite, il avait suffi pour la guérir de quelques badigeonnages à l'aide d'écouvillons de coton hydrophile imbibés de solution de glycérine thigénolée.

Cette observation est absolument typique : elle nous montre avec quelle rapidité vraiment étonnante disparaît le gonflement dans les inflammations aiguës des muqueuses génito-urinaires sous l'influence de quelques badigeonnages au thigénol ; en même temps que disparaît le gonflement, les sécrétions se tarissent et la muqueuse reprend son aspect normal.

Lorsque l'infection blennorragique atteint les organes internes, le corps de l'utérus et les annexes, l'action du thigénol est non moins remarquable, sans être toutefois aussi rapide. L'observation suivante nous montre un cas de métrite et de salpingite à forme subaiguë guéries par le thigénol :

Obs. — II : *Métrite et salpingite blennorrhagiques à forme subaiguë guéries par le thigénol.* — G.... Hélène, caissière, .. ans. — Cette femme vient me consulter le 17 mai 1906, parce qu'elle souffre du ventre. Les douleurs sont vives, avec irradiations dans les lombes et à la face interne des cuisses. Les pertes blanches sont très abondantes. Au toucher l'utérus est douloureux et augmente de volume ; les annexes sont également augmentées de volume et fort sensibles. A l'examen au spéculum, le col paraît gros et rouge ; des glaires abondantes s'écoulent par son orifice. Je pratique au niveau du col tuméfié un badigeonnage à la glycérine thigénolée, puis je fais un tamponnement avec de la gaze à l'airol imprégnée de cette même solution de glycérine thigénolée. Je répète ces pansements deux fois par semaine. Dans l'intervalle, j'ordonne à la malade des injections chaudes au permanganate à 1 p. 4000, des applications de cataplasmes chauds

sur le ventre et tous les soirs un ovule au thigénol avec adjonction d'extrait de belladone et de morphine. Au bout d'un mois de ce traitement, la malade était complètement guérie : les douleurs avaient disparu, les sécrétions s'étaient taries, l'utérus et les annexes avaient repris leurs dimensions normales. Quelque temps après, la malade fut prise d'une violente attaque de rhumatisme blennorrhagique, ce qui nécessita son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Si, comme on vient de le voir, le thigénol modifie très rapidement les formes aiguës et subaiguës des urétrites et des salpingites, son action sur les formes chroniques est non moins incontestable, comme le montre l'observation suivante :

Obs. III. *Métrite et salpingo-ovarite chroniques guéries par le thigénol.* — D..., Jeanne, femme de ménage, 25 ans. — Cette femme vient me consulter le 25 avril 1906, parce qu'elle souffre depuis longtemps du ventre, particulièrement au moment de ses époques. Elle perd également beaucoup en blanc. A l'examen je constate que l'utérus est augmenté de volume et sensible à la palpation ; du côté droit il existe une masse empâtée, douloureuse à la pression. Cette masse est formée par la trompe et l'ovaire qui sont fusionnés. L'utérus lui-même est très peu mobile; il y a donc de la périmétrite. Au speculum, le col utérin m'apparait gros et rouge. Je pratique au niveau du col un badigeonnage avec une solution de glycérine thigénolée, puis je fais un tamponnement avec de la gaze à l'airol imprégnée de la même solution de glycérine thigénolée. Je répète ces pansements deux fois par semaine ; dans l'intervalle, je prescris des injections chaudes au tanin, des ovules au thigénol et enfin des frictions douces sur le ventre avec la pommade au thigénol. Au bout d'un mois de ce traitement, l'utérus était déjà moins gros et plus mobile ; la masse formée par les annexes droites avait diminué de plus de moitié. La palpation ne déterminait plus aucune douleur. J'espaçais alors les pansements, n'en faisant plus qu'un par semaine. A la fin du 2[e] mois, la guérison était complète ; l'utérus et les annexes droites avaient repris leur volume normal, ainsi que leur mobilité. Nous avons revu depuis la malade ; elle n'éprouve plus aucune douleur au moment de ses époques et ne perd plus du tout en blanc.

Il est intéressant, dans cette observation, de noter, pour ainsi dire à vue d'œil, la régression, sous l'influence de thigénol, de lésions qui étaient presque devenues chroniques. Signalons spécialement l'efficacité des onctions avec la pommade au thigénol dans tous les cas où il existe des adhérences consécutives à de la périmétrite et tendant comme dans l'observation précédente, à immobiliser l'utérus. Sous l'influence de ces onctions, l'utérus reprend peu à peu la mobilité qu'il avait perdue.

Ce sont non seulement les métrites et les salpingo ovarites d'origine blennorrhagique qui se montrent justiciables de la médication thigénolée ; mais toutes les métrites et salpingites, quelle qu'en soit la cause. L'observation suivante va nous montrer un cas de métrite et de salpingite post-puerpérale, où le thigénol nous a donné également d'excellents résultats :

Obs. IV. *Métrite et salpingite double post-puerpérales : guérison par le thigénol. Ulcération du col, consécutive à la métrite guérie par l'airol.* — D... Suzanne, modiste, 22 ans. — Cette femme vient me consulter le 9 juillet 1906. Elle vient d'avoir un enfant au mois de février dernier, et depuis elle souffre du ventre. En l'examinant au speculum, je constate au niveau de la portion vaginale du col utérin l'existence d'une ulcération large comme une pièce de 5 francs. L'utérus et les annexes sont sensibles à la pression, surtout du côté gauche, où l'on constate l'existence d'une grosse masse empâtée et douloureuse. Je portai le diagnostic suivant : Métrite post-puerpérale avec salpingite double; ulcération du col consécutive à la métrite.

Au moyen du porte-coton, je recouvre la surface ulcérée d'une couche de poudre d'airol, puis je tamponne le vagin avec de la gaze à l'airol. Je répète ces pansements deux fois par semaine : au bout de trois semaines, l'ulcération du col était complètement guérie. Je pratique alors sur le col des tamponnements avec de la gaze airolée imbibée de glycérine thigénolée. Je continue ces pansements pendant un mois, deux fois par semaine. Dans l'intervalle, je prescris à la malade des injections chaudes au tanin, des ovules au thigénol, et quelques frictions sur le ventre avec la pommade au thigénol. A mon grand étonnement, au bout d'un mois de ce traitement, je ne constatais aucune grosseur aux environs des annexes gauches. L'utérus était redevenu absolument normal ; il n'y avait plus aucune douleur à la palpation. C'était en un mot, la restitutio ad integrum la plus complète.

De cette courte étude sur le thigénol dans la pratique gynécologique, nous pouvons conclure que cette médication s'applique à toutes les inflammations des organes génitaux de la femme, que ces inflammations soient aiguës ou chroniques, qu'elles soient récentes ou anciennes, et quelle que soit leur cause, que ce soit la blennorrhagie comme dans nos premières observations ou la puerpéralité comme dans notre dernière observation. Cela justifie pleinement ce que nous avons annoncé au début de cette étude, lorsque nous disions que le Thigénol devait occuper la première place parmi les médicaments employés actuellement en thérapeutique gynécologique. Grâce à lui, on pourra éviter aux femmes bien des opérations inutiles, entraînant, avec la stérilité, toutes les conséquences d'une ménopause prématurée.

Mais avant de terminer, nous voudrions citer deux autres cas de notre pratique en dehors de la gynécologie, où le thigénol nous a rendu des services non moins estimables. Le premier de ces cas est celui d'un hygroma aigu guéri par le thigénol :

Obs. V : *Hygroma aigu guéri par le thigénol* : F.... Jeanne, rentière 35 ans. Je suis appelé auprès de cette personne le 6 décembre 1905, parce qu'elle souffre depuis la veille d'une vive douleur au niveau du gros orteil. Je constate à l'examen que la bourse séreuse qui siège au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne est rouge et enflammée. La malade, arthritique et goutteuse, avait à ce niveau depuis plusieurs mois un hygroma chronique qui venait de s'enflammer sous l'influence de chaussures trop étroites. Je lui prescrivis des pédiluves quotidiens avec de l'eau à 40° et 50 gr. de thigénol. Au bout du troisième jour, l'inflammation avait complètement disparu. La malade continua ensuite pendant un mois les pédiluves au thigénol, deux fois par semaine. Sous leur influence l'hygroma a disparu complètement.

Le second cas concerne la même malade, qui s'étant un jour, brûlé le doigt, eut d'elle-même l'idée d'employer le thigénol :

Obs. VI. *Brûlure du doigt guérie par le thigénol.* — La malade précédente s'étant un jour brûlé le doigt avec un fer chaud et éprouvant des douleurs terribles, à la faire crier, eut l'idée de badigeonner son doigt avec du thigénol pur, dont le flacon se trouvait à sa portée. Presque aussitôt elle en éprouva une fraîcheur fort agréable, nous dit-elle, et la douleur cessa comme par enchantement. La brûlure était guérie au bout de quelques heures.

CHRONIQUE FINANCIERE

Propos d'un Remisier (1).

Sous cette rubrique, les lecteurs du *Progrès Médical* trouveront désormais, tous les 15 jours, des indications et des conseils pouvant les guider utilement dans leurs opérations ou leurs placements financiers.

Mes premiers mots seront des remerciements sincères à l'administration de ce journal pour le choix qu'elle a voulu faire de ma modeste personnalité, choix dont je sens tout le mérite et qui, en revanche, m'impose, certes, de rigoureux devoirs auxquels je ne faillirai pas.

C'est dire que mon expérience et mon savoir professionnels sont acquis à tous, et tous peuvent compter que les conseils que je leur donnerai seront empreints de toute la loyauté dont ma carrière déjà longue sera le sûr garant.

Si modeste que soit ici mon rôle, je le considère néanmoins comme indispensable, car il est difficile à tout autre qu'à un initié des choses de la finance de discerner les bonnes valeurs des mauvaises, voire simplement des douteuses, de choisir le moment vraiment opportun pour se débarrasser de titres dont la baisse est prochaine ou imminente, enfin d'engager une opération quelconque avec toutes chances de succès et de défendre, le cas échéant, telle position plus ou moins mal engagée.

C'est là le rôle du Remisier, et je crois presque superflu de

(1) Le *Progrès Médical*, ne comptant parmi ses collaborateurs que des médecins et des personnalités d'ordre scientifique, publiera, sous cette rubrique, des renseignements financiers, pour répondre aux demandes de plusieurs de ses lecteurs. Mais, sa Rédaction se déclare incompétente et ne peut donner une appréciation sur les conseils qui seront fournis. (*N. D. L. R.*)

faire remarquer toute l'utilité qu'il y a avoir sur place un intermédiaire s'occupant ainsi des affaires financières de ses commettants.

Les cas où mon initiative peut être précieuse sont sans contredit très nombreux et n'étant attaché à aucune maison, ni inféodé à aucune coterie, j'agis en pleine indépendance et puis m'adresser indifféremment à tel agent de change ou tel autre intermédiaire boursier qu'il convient.

Je crois, par ce qui précède, avoir suffisamment fait comprendre aux lecteurs de ce journal toute l'importance de ma fonction, et je les prie d'accorder à mes ouvertures l'attention spéciale qu'elles méritent certainement à tous les points de vue.

T. Sève,
Remisier-Arbitragiste,
11, Rue de Rome, Paris
Téléph. 113-10

VARIA

L'assistance sociale et la prostitution.

Voici deux fragments du beau discours prononcé dimanche dernier à Draguignan par notre ami G. Clémenceau qui sont de nature à intéresser tous nos lecteurs.

Assistance sociale.

Ici trop de sujets, trop de développements se présentent. C'est un monde nouveau qui s'ouvre à nos yeux. C'est la première forme de la grande lutte de l'Etat démocratique contre le mal social, contre la pire forme du désordre, la misère. En attendant une organisation sociale meilleure, dont la critique socialiste prépare l'avènement, et sans se porter garant d'aucune doctrine du bonheur universel, le ministre de l'intérieur se voit conférer le redoutable mandat de livrer bataille contre les injustices du sort, contre les défaillances de la fortune, contre l'insuffisance des énergies individuelles dans le combat pour la vie, contre les infirmités, les maladies et les périls de leur propagation, contre tout ce qui ne devrait pas être dans une société où le droit de chacun est de développer librement, dans la mesure du droit, sa personnalité, sa vie. C'est le commencement de la grande guerre non plus seulement des individus, mais de l'Etat lui-même contre le mal social tout entier. Enfants assistés et abandonnés, aveugles, sourds-muets, aliénés, malades, infirmes, incurables, vieillards nécessiteux de toutes catégories se présentent pour réclamer la protection de tous.

Oh ! ce n'est pas la grande réformation sociale encore, ou si vous préférez un mot qui sonne mieux, l'heureuse révolution de justice sociale attendue. C'en est le début pourtant, par l'entreprise commençante de réparation, de relèvement, par l'effort contre l'iniquité, contre la pauvreté, contre la souffrance, par l'affirmation, par la pratique des premiers devoirs d'assistance sociale et de solidarité qui attestent un changement radical dans l'orientation politique des esprits.

L'assistance, dit-on, n'est qu'un palliatif, une assurance contre la révolution. Je ne nie pas qu'il y ait là une partie de vérité, mais une partie seulement, car je découvre le commencement de la révolution sociale dans le besoin toujours croissant d'améliorer, de perfectionner incessamment l'œuvre de réparation sociale commencée.

La direction de l'assistance au ministère de l'intérieur, créée depuis vingt ans seulement (1886), avait il y a dix ans un budget de 10 millions. Elle aura demain un budget de 40 millions ; 23 millions pour les vieillards, les infirmes, les incurables, 12 millions pour les enfants assistés, 2 millions pour l'assistance médicale gratuite, sans parler des 7 millions de subvention à la mutualité. N'est-ce donc rien que cet effort auquel va s'ajouter la loi sur les retraites ouvrières ?

J'ose dire que bientôt l'assistance sociale absorbera la moitié des cent millions du budget de l'intérieur. Bientôt la création d'un grand ministère de réparation sociale, d'un grand ministère d'humanité, privera le ministre de l'intérieur d'un de ses plus beaux services, mais permettra de coordonner toutes entreprises de l'altruisme d'Etat. Je n'ai pas à cacher qu'il en résultera sans doute une augmentation du personnel. Mais d'une éducation meilleure et de meilleures conditions de vie, nous devons attendre une réduction correspondante des services de répression. Tout permet de prévoir que les services de contrainte iront en diminuant à mesure que s'accroîtront les services de réparation sociale.

La première loi de l'homme, c'est la conservation de l'espèce. De là le développement de l'hygiène publique, la lutte contre les épidémies, la création inévitable d'une grande direction de la santé publique, ou quelque chose comme la sûreté générale de l'organisme humain, la police des organismes malfaisants en flagrant délit d'agression contre la vie humaine.

La prostitution.

Hélas ! je viens me heurter maintenant à la pire déchéance humaine, au plus abominable reste du servage bestial, à l'effroyable problème devant lequel les théoriciens socialistes reculent eux-mêmes épouvantés, je veux parler de la prostitution.

Le ministre de l'intérieur est chargé d'assurer l'implacable, l'immorale, réglementation d'un état de choses inavouable. Pour les vices de l'homme, c'est la femme qui expie. Ah ! si vous pouviez voir défiler devant ce qu'on appelle le tribunal administratif de la préfecture de police l'effroyable procession de ces créatures dégradées, de quinze à soixante ans et plus, qui résument en elles tout l'excès du malheur humain, peut-être penseriez-vous avec moi que ce n'est pas assez faire pour la morale publique de les tenir emprisonnées pour l'inobservation de règlements qu'on n'a pas le droit d'édicter, et de cultiver au petit bonheur, leur avilissement de chaque jour. On me charge théoriquement de veiller à la santé publique menacée par cette légion redoutable. Je dois dire que cet office, mon administration s'en acquitte avec une parfaite inefficacité, et cela au moyen de pratiques contraires aux lois, contraires même aux principes de tout gouvernement humain. Je suis bien loin de nier que ce mal soit tempéré par l'humanité des fonctionnaires, mais là encore il y a de grandes réparations, de grandes organisations de relèvement à préparer.

Congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine. Cannes, Monaco, Menton. Ajaccio. — Le 3e congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine tiendra ses assises, aux vacances de Pâques 1907, sur la Riviera française (portion comprise entre Hyères et la frontière italienne) et en Corse. Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace à Cannes (l'été à la Bourboule, villa des Sorbiers).

NÉCROLOGIE

M. LE Dr P. MERKLEN

Médecin des hôpitaux.

Le Dr P. Merklen, médecin des hôpitaux, vient de mourir, après une longue et cruelle maladie. Sur sa tombe, M. le Dr Barth, son collègue, a prononcé son éloge funèbre auquel est empruntée la notice biographique suivante :

Fils d'Alsace, Pierre Merklen quitta le sol natal dès après la guerre. En 1877, il était nommé interne titulaire, presque en tête de liste. Déjà, il était « avide d'apprendre et jamais rassasié de science, consciencieux en toutes choses, attaché au devoir avec passion et lui sacrifiant tout, non par forfanterie, mais par un besoin de dévouement qui était le trait dominant de sa nature ». Bientôt, il se plaçait au premier rang des cliniciens de la jeune école.

En 1881, il est vainqueur au concours de la médaille d'or, et se signale désormais par ses nombreuses publications ; sur l'albuminurie, la polyurie d'abord, dans les *Archives de médecine*, puis sur les maladies de la peau, dans les *Annales de dermatologie*, dont il est secrétaire de rédaction pendant près de dix ans, de 1881 à [illegible], enfin sur la pathologie cardiaque, étude pour laquelle il se passionne. Il écrit son *Manuel de Sémiotique*, dont il

préparait une troisième édition lorsque la mort est venue le prendre.

Médecin des hôpitaux dès 1884, il est chargé en 1889 d'un important service dans l'hôpital Saint-Antoine ; la faculté lui confie ensuite un cours pratique aux stagiaires, à l'hôpital Laënnec. Dans ce cours de pathologie cardiaque, il réussit pleinement.

La droiture de son caractère, sa probité scientifique, aussi haute que sa conscience morale, faisaient de lui un médecin incomparable et lui donnaient sur la jeunesse un ascendant exceptionnel. Mais un travail excessif finit par le terrasser. L'été dernier, il allait mieux, il voulut reprendre son labeur ; dix jours plus tard, il mourait à bout de forces.

M. LE Dr FLOQUET

Médecin du Palais de Justice.

Parmi les victimes de l'accident de chemin de fer d'Epernon nous avons eu le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice.

Le Dr Floquet était âgé de 54 ans. De vieille famille alsacienne, il était né à Sainte-Marie-aux-Mines où son père fut, pendant de nombreuses années, le principal du collège. Il avait fait toutes ses études médicales à Paris, au Val-de-Grâce d'abord, car il eut un moment l'intention de faire de la médecine militaire. Enfin, le Dr Floquet fut nommé au poste de medecin du Palais de Justice et dans cette fonction, qu'il améliora sans cesse, il fit bientôt apprécier ses solides qualités professionnelles, l'aménité de son caractère et la délicatesse de ses sentiments. Les services qu'il rendit lui valurent la Légion d'honneur. Il avait épousé la fille aînée de M. Jacques, qui mourut député de la Seine. Il laisse trois enfants, deux garçons et une fille. Le Dr Floquet, qui était aussi licencié en droit, avait écrit plusieurs ouvrages traitant plus particulièrement de médecine légale et de police sanitaire. (*Le Temps*.)

Nous avons encore le vif regret d'apprendre la mort de M. le Dr Hippolyte Martin-Roux, médecin des hôpitaux de Paris. Ancien élève du Prof. Grancher, expérimentateur consciencieux, le Dr Martin-Roux avait publié plusieurs travaux estimés sur la tuberculose et plus particulièrement sur la propagation par le lait du bacille de Koch.

Petite correspondance. — **Prière à l'éditeur du** *The Dietetic and Hygienic Gazette* **d'affranchir suffisamment. Le** **n° d'octobre a été surtaxé de** *30 centimes*.

FORMULES

LXXXIV. — Contre le glaucome.

Instiller fréquemment dans le cul-de-sac conjonctival les collyres suivants :

Nitrate de pilocarpine................	0 gr. 20
Eau distillée bouillie................	10 gr.

ou :

Salicylate d'ésérine................	0 gr. 10
Eau distillée bouillie................	10 gr.

trois fois par jour pendant l'accès.

Après l'accès, instiller matin et soir :

Salicylate d'ésérine................	0 gr. 05
Nitrate de pilocarpine................	0 gr. 20
Eau distillée bouillie................	10 gr.

(D'après Terrien.)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 30 au samedi 6 octobre 1906, les naissances ont été au nombre de 982, se décomposant ainsi : légitimes 730, illégitimes 252.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 855, savoir : 458 hommes et 397 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 6. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. Scarlatine : 1. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 5. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 204. — Tuberculose des méninges : 25. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 54. — Méningite simple : 15. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 38. — Maladies organiques du cœur : 70. — Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 55. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 7. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 27. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 6. — Hernies, obstruction intestinale. 8. — Cirrhose du foie : 16. — Néphrite et mal de Bright : 21. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 6. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 17. — Débilité sénile : 36. — Morts violentes : 28. — Suicides : 17. — Autres maladies : 113. — Maladies inconnues ou mal définies : 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : légitimes 55, illégitimes 17.

Monument a Théophile Roussel. — Par décret en date du 30 septembre, est approuvée, conformément à l'arrêté au préfet de la Seine, en date du 17 août 1906, l'érection, à Paris, d'un monument à la mémoire de Théophile Roussel.

Conseil supérieur d'hygiène. — M. le Dr Strauss, directeur du service de santé au ministère de la guerre, remplace, comme membre de droit, M. le Dr Catteau, mis à la retraite. — De même, M. le Dr Bertrand, directeur du service de santé au ministère de la marine, remplace M. le Dr Auffray, également retraité.

Chronique des hôpitaux.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Anatomie : 13 octobre 1906, face inférieure du foie ; 14 octobre : configuration extérieure et rapports de la trachée. — 13 octobre : Pathologie, Coxalgie. — 14 octobre : Panaris.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation des malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain); *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Enseignement libre.

Urologie clinique. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du* Dr Banzet, *ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soirs à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

Baseilhac. — Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages, 1804. Editition de Gabon. Prix..... 10 fr.

Berlioz (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix..... 2 fr.

Demarquay (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In-8° de 628 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Pr. 8 fr.

Dubourg (Elisée). — Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix..... 1 fr.

Henrotay (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8° de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'Anvers*, 1896..... 0 fr. 50

Pasquier. — Observations d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull. méd.* du Nord. Prix..... 0 fr. [illegible]

Reybard (J.-F.). — Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Pr. 8 fr.

Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. In-8 de 1080 pages, 2e édition, 1885.

Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. In-8 de 1100 pages, édition Baillière 1888.

Snéguireff. — Les hémorragies utérines. In-8 de 170 pages, édition française rédigée par Varnier, 1886. Steinheil, éditeur.

Demarquay (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. In-8 de 630 pages. Ouvrage publié par Voelker et J. Cyr. 1877, édition Delahaye.

Berlioz (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. Broch. in-8 de 144 pages, édition Doin, 1887.

Monvenoux. — Les matières grasses dans l'urine. In-8 de 600 pages, 2 vol. avec planches, 1884.

Civiale. — Collection de calculs urinaires. Broch. de 80 pages. Edition Rothschild, 1869.

Norstrom (G.). — Massage dans les affections du voisinage de l'utérus. Broch. de 140 pages. Edition Babé, 1892.

Guillon (P.). — Contribution à la chirurgie des voies urinaires. In-8 de 220 pages, avec figures, 1879.

Thompson (H.). — Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires. Traduction de R. Janin. In-8 de 248 pages, avec figures, 1885.

Reliquet et Guépin. — Les glandes de l'urèthre. Broch. de 130 pages. Edition Bataille, 1895.

Boissard (A.). — Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. Broch. de 114 pages, 1883.

Malécot. — De la spermatorrhée. Broch. in-8 de 130 pages Edition Doin, 1881.

Conzette. — Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. Broch. de 84 pages, 1890.

Bonnaire. — Du périnée obstétrical, ampliation physiologique et effractions. In-8 de 77 pages. 1891.

Pichevin (R.). — Des abus de la castration chez la femme. In-8 de 124 pages, 1890.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 43 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 27 OCTOBRE 1906

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

—

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ÉTUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 31 Octobre**, *ce numéro devant paraître le 10 novembre. Nous avons dû modifier la date d'apparition du n° parce que tous les renseignements ne nous sont pas encore parvenus.*

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE

—

L'appendicocèle d'après les Morgagniens

Par le Prof. L. **LONGUET** (de Rouen).

La première hernie de l'appendice iléo-cæcal a été signalée en Italie ; nous la devons à l'illustre Morgagni en 1762. Après lui, les disciples du Maître, continuant l'œuvre commencée, apportèrent un certain nombre de cas isolés, tous étudiés par dissection de pièces fraîches, ou préparation de pièces sèches. Sandifort publia la première observation en Hollande, vers 1781; Hesselbach, la première observation en Allemagne vers 1805 ; Cloquet laissa la première pièce sèche en France vers 1816. Peu nombreux, ces documents épars furent colligés par Klein en 1868. Et si nous ajoutons les faits plus récents, il devient possible d'édifier une description de l'affection d'après des matériaux empruntés exclusivement à l'Ecole Morgagnienne. D'une telle étude d'ensemble, se dégagent les notions fondamentales que voici :

★

§ I. L'APPENDICOCÈLE EN GÉNÉRAL.

La hernie vermiale est d'une exceptionnelle *rareté*. Aussi je n'en relève que 71 cas (1) durant toute l'« ère ...vérique », ère qui s'étend de la deuxième moitié du XVIIe jusqu'à la fin du XIXe siècle, soit 250 ans. Mais de ce nombre sont exclues les observations émanées d'une secte de Morgagniens discidents : les Listériens. Il faut diviser l'appendicocèle en plusieurs *variétés* selon le « trou de sortie ». Vient en première ligne l'appendicocèle inguinal, puis l'appendicocèle crural, enfin l'appendicocèle ischiatique et le diaphragmatique, ces deux derniers représentés seulement chacun par une unité.

Au point de vue PATHOGÉNIQUE, le prolapsus appendiculaire est parfois *congénital* (Sandifort). Il s'explique alors par l'étroite connexion qui, pendant la vie embryonnaire, solidarise le vermium et le testicule. S'il se produit une adhérence entre les deux organes, la glande génitale, lors de sa migration lomboscrotale « remorque » l'appendice jusque dans les parties honteuses externes (Sandifort).

ANATOMIQUEMENT, une particularité très importante a fixé l'attention ; c'est *l'absence de sac*. On pensait d'ailleurs que l'appendice, comme le cæcum, est dépourvu de péritoine sur sa face postérieure. Rien d'étonnant donc s'il se prolabe, en glissant face postérieure première, sans séreuse enveloppante. Le cas d'engainement séreux complet, n'est cependant pas impossible. En pareille éventualité, le méso-appendice descend dans la hernie, sous la forme d'adhérence charnue naturelle, cause d'irréductibilité.

L'intérêt CLINIQUE de l'appendicocèle est fort restreint car cette affection est sans histoire, n'ayant jamais été reconnue sur le vivant. Elle s'est manifestée sous trois formes : A) sans complications, simulant alors une hernie banale ; B) avec complication phlegmoneuse ; suivant le classique tableau du phlegmon herniaire ; C) avec complication d'étranglement, c'est-à-dire avec le syndrome habituel de l'occlusion intestinale. Aussi bien, tous les accidents ressortissent à un seul mécanisme physiologique, celui de *l'étranglement vrai* par un anneau fibreux, avec parfois engouement du diverticule vermial par quelque corps étranger, par exemple un fragment d'os, une arête de poisson.

Du TRAITEMENT, voici les règles : *a*) l'appendicocèle n'est pas enflammé ; alors recourez au *taxis*, à la réduction manuelle avec contention par bandage approprié, respectant le testicule, *b*) l'appendicocèle est phlegmoneux. Ici deux conduites rivales sont adoptées; l'abstention ou l'évacuation sanglante. L'*abstention* vise au refroidissement de la phlogose, par des sangsues et la glace appliquées « *loco dolenti* ». L'*évacuation sanglante* se réalise au moyen de la ponction, du séton, ou mieux de la dissection des tissus enflammés. Ainsi

(1) Nota. Les observations seront tout au long dans la *thèse* de notre élève H. Fournal.

l'on évacue le pus, les débris sphacélès, les corps étrangers. Le scalpel, la pince à disséquer, la sonde cannelée sont les trois instruments nécessaires à ce travail de détersion, d'excision de lambeaux gangrenés. La dissociation instrumentale crée une route large pour le drainage et l'évacuation des tissus mortifiés. *c*) l'appendicocèle est étranglé, sans phénomènes appréciables à la superficie : Ici la *kélotomie* s'impose, une fois constatée l'insuffisance du taxis. Il y a étranglement, donc il faut, par une dissection au scalpel, aidé de la pince, de la sonde cannelée, mettre à nu le collet «comme sur une pièce anatomique ». Et par un bistouri spécial dit boutonné, l'agent de l'étranglement sera coupé net. La blessure de l'intestin peut être évitée. La sonde cannelée introduite à plat, avant le scalpel, permet d'éviter les sections dangereuses. En sa rainure, la lame tranchante placée dos en arrière, glisse avec sécurité, de la profondeur vers la superficie, sans risque de trancher l'appendice. Ceci fait, on laisse tout en place, sans tenter réduction, ni réunion. De la plaie béante, chaque jour vont s'éliminer des écheveaux de tissus nécrosés, dont la dissection a amorcé le premier décollement.

En dehors de l'étranglement, l'appendicocèle n'est pas d'un PRONOSTIC spécialement mauvais. Mais les complications sont de règle. Et compliquée, l'affection évolue quasi certainement vers la *mort* avec ou sans intervention chirurgicale. On doit considérer comme exceptionnelle la guérison complète, et comme une issue relativement heureuse l'apparition d'une fistule stercorale.

Si le rôle du chirurgien commence avec l'éclosion des accidents, il ne s'arrête pas là. Maintes fois l'opérateur n'entra réellement en scène qu'à l'heure ultra-tardive, celle de la *nécropsie*. Exemple, dans l'observation de Hévin, 1842, on lit ceci : « En ouvrant un abcès de l'aine, pris pour un abcès par congestion, on constata l'issue d'un liquide stercoral. Il s'établit là une fistule, malgré que les matières passassent en plus grande partie par l'anus. La mort survint rapidement. Alors M. Maringue, chirurgien du malade, *fit l'autopsie* et découvrit que l'appendice avait glissé sous le ligament de Fallope auquel il était adhérent, qu'il s'y était percé, et avait permis l'issue de sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux pendant que les matières solides avaient continué à passer par l'anus. » Maringue fut, en somme, favorisé par les évènements, car dans un autre cas de Scarpa 1812, son collègue M. Blut attendit 32 ans avant de pouvoir pratiquer la nécropsie, le malade ayant, contre toute attente, survécu à une dissection des parties herniées en état de putréfaction avancée. Tel est le tableau général de l'appendicocèle, d'après les matériaux Morgagniens, examinons-le maintenant dans le détail en procédant par analyse.

*

§ II. L'APPENDICOCÈLE INGUINAL.

Au point de vue *étiologique*, la variété inguinale est de beaucoup la plus *commune* ; nous en comptons 61 observations — Les *hommes* y sont plus prédisposés que les femmes (25 cas chez l'homme, 1 seul cas chez la femme, n° 45). Le *côté droit* est le siège d'élection. Trois fois pourtant, le vermium sortit par l'orifice inguinal gauche n° 21, 47, 57). Le *jeune âge* est une condition favorisante. En effet, sur 41 cas où l'âge est consigné, on relève 12 cas de 0 à 10 ans inclusivement ; 6 cas de 10 à 20 ans ; 2 cas de 20 à 30 ans ; 2 cas de 30 à 40 ans ; 2 cas de 40 à 50 ans ; 7 cas de 50 à 60 ans ; 5 cas de 70 à 80 ans. Les plus jeunes malades étaient des nouveau-nés, le plus vieux avait 78 ans. Mais les patients observés après 30 ans portaient depuis longtemps une hernie silencieuse qui celle-ci datait en réalité des 20 premières années. Il ne semble pas que l'appendicocèle soit le privilège de la diathèse polyherniaire, car l'unilatéralité est mentionnée dans toutes les observations, sauf 2 où la hernie était bilatérale (n°s 20 et 28). En ce qui concerne la PATHOGÉNIE, Sandifort a nettement établi la notion de *congénitalité*. Si nous rangeons dans la catégorie congénitale les malades âgés de moins de 20 ans ; nous pouvons admettre que l'appendicocèle inguinale est généralement congénitale. On a vérifié d'ailleurs dans certains cas la persistance partielle ou totale du canal vagino-péritonéal (n° 31, 32, 33) ; toutefois le testicule était constamment en situation normale au fond des bourses. Allant plus loin, Sandifort fait intervenir comme cause déterminante une *adhérence fœtale* de l'appendice à la glande génitale. Celle-ci dans sa descente, entraînerait avec elle le vermium à sa suite. Cette disposition adhésive est en effet mentionnée dans les observations de Sandifort et de Schwencke. Dans le cas 51, il y avait adhérence du vermium à l'épididyme; dans le cas 24, adhérence au cordon; dans le cas 28, adhérence au fond du sac herniaire ; ailleurs, adhérence intime aux parois sacculaires et principalement à la paroi postérieure. Mais ce serait une erreur que d'interpréter toutes ces adhérences dans le sens où l'entend Sandifort. Elles sont, pensons-nous, à mettre sur le compte d'un travail banal d'appendicite herniaire ; il s'agit d'adhérences consécutives à la naissance et souvent causées par les froissements d'un bandage longtemps appliqué.

Les particularités ANATOMIQUES déduites des vérifications nécropsiques, se résument à ceci : tout d'abord il s'agit d'une *hernie extrasacculaire*; donc en général il n'y a pas de sac, ou s'il y a un sac, le vermium en est exclu. Ainsi dans le cas 26, appendice et cæcum sont situés en arrière et en dehors du diverticule péritonéal attiré secondairement par le prolapsus de ces viscères. Dans le cas 50, l'appendice est présacculaire. Dans le cas 51, l'appendice et même le grêle sont dans une hernie en partie extrasacculaire. Souvent, la suppuration, la gangrène rendent indéchiffrables les dispositions respectives des organes et du péritoine. Il faut admettre cependant, au moins à titre exceptionnel, la possibilité du prolapsus vermial en plein sac vagino-péritonéal, à la façon d'une anse grêle quelconque, exemple l'observation 32.

Le contenu est tantôt l'*appendice seul* ; appendi[illegible] cèle pur (n°s 1, 4, 5. 6, 12, 13, 14, 21, 23. 24. 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 45. 53. 55, 56, 60) ; c'est la modalité la plus fréquente ; tantôt l'appendice av[illegible] le cæcum entraîné par lui, variété appendiculo-cæcale (n°s 22, 32, 39, 44, 47, 54, 61) ; ou l'appendice av[illegible] le cæcum et la fin de l'iléon, variété appendiculo-cæco-iléale (n°s 3, 20, 26, 27. 28, 29, 52, 57) ; plus ra[illegible]ment l'appendice avec une anse grêle sans cæ[illegible] variété appendiculo-iléale, (n°s 40, 59) ; ou encore l'ap[illegible]pendice avec épiploon sans intestin, variété appendi[illegible]culo-épiploïque. Enfin dans les cas datant de nombreuses années, on trouve dans une volumineuse her[illegible] appendice, cæcum, iléon, épiploon ; le tout dans un s[illegible] unique, ou dans 2 sacs juxtaposés, dont l'un spé[illegible]ment réservé à l'appendice et au cæcum ; ou bien dans un sac herniaire unique avec exclusion de l'appendice

dernier situé hors de la séreuse. Dans le cas 48, l'appendice fut trouvé enflammé au centre d'un magma épiploïque. Quand l'appendice est extra-sacculaire, il contamine directement le tissu cellulaire de la fosse iliaque ou des bourses sans péritonite herniaire intermédiaire; alors l'incision évacuatrice ne saurait être qualifiée de kélotomie, étant comparable seulement à l'incision d'un abcès quelconque.

Dans la migration appendiculaire, on peut reconnaître un certain nombre de stades distincts : stade iliaque ou variété rétropéritonéale (n° 30) ; stade inguinal ou interstitiel (n°s 6, 14) ; stade funiculaire ou inguino-funiculaire, celui-ci le plus fréquemment mentionné ; stade testiculaire dans un canal vagino-péritonéal complètement perméable.

L'état de l'appendice doit être étudié de près. En général, l'organe a été trouvé *enflammé*, sphacélé ou perforé, livrant alors passage à un corps étranger, aiguille (n° 13), os (n° 57), arête de poisson (n° 43) ; mâchoire de perle (n° 55); noyau de cerise (n° 34). Mais l'inflammation n'est pas toujours aiguë ; elle peut être subaiguë ou chronique et adhésive, autant de modalités qui correspondent, à notre avis, aux formes habituelles de l'appendicite classique iliaque. Il s'agit souvent d'appendicites herniaires vraies, aiguës ou chroniques, interprétées par les Morgagniens comme lésions d'étranglement avec engouement. Exceptionnellement, l'appendice fut trouvé macroscopiquement sain. Deux fois, l'on fut frappé par sa *longueur* (n°s 5 et 36). Au point de vue de sa direction, il s'était engagé rectiligne et vertical dans la hernie. Toutefois dans l'observation 31, il est mentionné recourbé 2 fois sur lui-même, et de ce fait fortement enclavé dans le sac.

Cliniquement, l'appendicocèle inguinal n'a été reconnu dans aucun cas. Une fois cependant, Verdier dit l'avoir diagnostiqué sur le vivant ; mais ce cas est sans valeur, n'ayant été vérifié ni par l'opération, ni par la nécropsie. A l'heure des complications, l'affection a simulé 2 formes : la phlegmoneuse avec fièvre, douleur, rougeur, chaleur, tuméfaction inguino-scrotale suivie de fluctuation, puis d'évacuation sphacélique et fistule stercoro-purulente ; ou la forme d'étranglement sans phénomènes inflammatoires appréciables au dehors, mais avec symptômes d'occlusion intestinale. Cependant, l'arrêt des matières est parfois incomplet, comme dans les pincements latéraux de l'intestin ou dans l'épiploïte herniaire. Les vomissements fécaloïdes ne sont nettement signalés que dans un seul cas. Et dans ce cas, le grêle était étranglé en même temps que l'appendice. Il arrive que l'appendicocèle se manifeste par l'étranglement d'emblée, la hernie s'étranglant dès sa première apparition. Ou bien encore l'appendice est situé si profondément qu'il est cliniquement inaccessible ; ainsi dans la variété rétro-péritonéale ou dans la variété inguinale interstitielle. Tous les accidents ressortissant au mécanisme d'étranglement vrai avec ou sans engouement par corps étranger intra appendiculaire, on a conclu à l'indication de contourner l'obstacle ou de le lever par le débridement.

L'appendicocèle inguinal comporte un pronostic sérieux. Il est dans sa destinée de devenir *irréductible* par glissement du méso-appendice, véritable adhérence charnue naturelle. Puis l'étranglement se déclare, et les malades tôt ou tard succombent à la *péritonite*, à des *accidents septiques* divers ou toxiques. Les terminaisons par *anus contre nature* ou fistule persistante appendiculo-scrotale sont relativement heureuses.

Le traitement mis en usage par les Morgagniens a donné les résultats suivants: *a)* Dans la hernie vermiale inguinale non compliquée, le taxis suivi de la contention par *bandage* n'a jamais guéri les malades. Seule, l'observation 25 signale la disparition de la hernie après 3 ans de bandage. Mais rien ne prouve qu'il s'agissait bien d'un appendicocèle. Le plus souvent, on lit que la pelote correctement et longtemps appliquée n'empêcha pas la tumeur de grossir peu à peu jusqu'à l'heure des complications.

b) Dans l'appendicocèle inguinal phlegmoneux, les deux méthodes en présence ne semblent pas d'égale valeur. Voici leur bilan réciproque : l'*abstention* avec glace et sangsue a donné, sur 4 cas, 3 morts rapprochées (n°s 14, 20, 34) et 1 mort retardée (n° 35), le patient ayant finalement succombé à l'hecticité 5 mois après le début de phénomènes inflammatoires scrotaux. L'*évacuation sanglante* soit par ponction (n°s 42 et 60) ; soit par seton (n° 36); soit par dissection et incision (n°s 37 41, 43, 52, 55, 56) a donné sur 9 cas, 4 morts rapides, et 5 guérisons, mais quelles guérisons ! Dans 2 cas il fallut attendre longtemps l'élimination de lambeaux sphacélés, et d'un os dur, tranchant. Dans un 3e, on dut recourir à une nouvelle incision, la première ayant été insuffisante (n° 42). Le 4e cas nécessita une résection partielle de l'appendice 15 jours après la ponction (n° 10). Le 5e de ces malades dut quelques mois plus tard subir une appendicectomie scrotale complémentaire par suite de la persistance d'une fistule appendiculo-scrotale, et de la dénudation du testicule. Cependant l'évacuation sanglante s'est montrée plus efficace que l'abstention.

c) L'appendicocèle inguinal à forme d'étranglement, a été traité par la *kélotomie*, consistant dans la dissection des tissus herniaires, avec (n° 49) ou sans débridement au bistouri boutonné de l'agent sténosé supposé par principe ; avec (n°s 54 et 61) ou sans établissement d'un anus artificiel; avec ou sans excision de lambeaux sphacéliques disséqués. Sur 12 de ces opérations (n°s 20, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 49, 54, 57, 59, 61) nous relevons 1 résultat inconnu et 6 morts immédiates ou rapprochées ; l'une due à l'intervention (tétanos, n° 61), les 5 autres suffisamment expliquées par la tardivité de l'acte sanglant. Quant aux 5 guérisons, elles furent lentes, et compliquées de fistule purulente ou stercoro-purulente temporaire ou définitive.

⋆

§ III. L'APPENDICOCÈLE CRURAL.

Ici moins de documents. Étiologiquement, l'appendicocèle crural arrive en deuxième ligne comme fréquence (8 cas). La prédominance pour le sexe masculin est beaucoup moins marquée que dans l'appendicocèle inguinal. En effet sur 5 cas avec mention du sexe, nous trouvons 3 hommes et deux femmes. Donc toute proportion gardée, *plus de femmes* que dans la variété précédente. Ces hernies siégeaient à *droite*, jamais à gauche. Contrairement à ce qui a été relevé plus haut, les malades avaient *plus de 25 ans*. Le plus jeune avait 29 ans, le plus âgé 71 ans, les autres 30 et 55 ans. Ce serait une affection de la deuxième moitié de la vie.

La congénitalité ne semblant ici nullement en cause, on a considéré l'appendicocèle crural comme une hernie *acquise*. Cependant rien ne rappelle la diathèse polyherniaire dans la lecture des observations.

Anatomiquement, il est encore question de hernie *extrasacculaire*. Lors de l'opération, Richet (n° 67) remar-

qua que l'appendice et le cæcum étaient sans sac. Comme contenu, on trouva soit l'appendice seul, variété *appendicocèle pur* (n°s 62, 66, 68, 69), soit l'appendice suivi du cæcum, variété appendiculo-cæcale (n°s 67, 68), soit l'appendice suivi du cæcum et de la fin de l'iléon, variété appendiculo-cæco-iléale (n° 64). Il y avait même un peu de côlon dans ce cas n° 64. Enfin dans le cas 63, on consigna le cæcum et l'appendice, ce dernier inclus dans une masse épiploïque, variété appendiculo épiploïque.

La migration offrait plusieurs stades : 1° appendice rétro-péritoneal ; 2° appendice dans l'orifice crural, stade interstitiel ; 3° appendice dans le canal crural, c'est la disposition la plus commune.

L'appendice était constamment enflammé, suppuré ou *perforé* déversant alors ses produits sphacéliques dans les tissus voisins. Ainsi Richet (n° 67) découvrit un vermium perforé, laissant évacuer du pus liquide, mélangé de gaz reconnu pour du liquide intestinal. Dans le cas 62, l'appendice perforé se vidait dans le tissu cellulo-graisseux du triangle de Scarpa ; dans le cas 68, l'ulcération avait provoqué 2 abcès, l'un intra-péritonéal situé au-dessus de l'arcade, limité en haut par des adhérences, le cæcum et l'appendice ; l'autre dans un sac de hernie crurale. La longueur insolite du vermium est signalée 1 fois (n° 66, longueur de 7 pouces). Enfin l'appendice était descendu verticalement dans tous les cas.

CLINIQUEMENT, l'appendicocèle crural évolua *sans accident* dans 2 cas (n°s 62, 66) ; plus souvent avec *accident phlegmoneux* (n°s 62, 68, 69) ou *accident d'étranglement* (n°s 63, 67) ; mais le diagnostic de hernie crurale appendiculaire ne fut jamais porté avant l'opération ou l'autopsie. D'ailleurs, la hernie enflammée dans le canal fémoral ne faisait aucune saillie à l'extérieur dans le n° 69, et ne fut décelée que par une incision inguinale.

Le PRONOSTIC fut aussi sombre que dans la variété inguinale et les résultats du TRAITEMENT furent fort médiocres. L'*abstention* dans 1 cas a donné 1 mort. L'*incision* sur 3 cas a donné 2 morts rapides avec fistule (n°s 62 et 68) et une guérison (n° 69). Dans ce dernier cas, l'incision avait été faite par la voie inguinale, malgré la situation fémorale interstitielle de l'appendice. La *kélotomie* sans ouverture du sac entre pour 1 cas, c'est le cas de Richet. Après une dissection relatée comme pénible par l'auteur, ce chirurgien parvint à isoler complètement l'intestin, puis à débrider, enfin à réduire le cæcum. Quant à l'appendice, il avait été ouvert au cours de ces manœuvres sur une étendue de quelques millimètres. Pour plus de sécurité, on maintint cet organe au dehors à l'aide d'un fil ; le malade guérit, et il n'est pas fait mention de fistule dans les suites opératoires.

Un mot pour terminer, sur l'APPENDICOCÈLE ISCHIATIQUE (n° 70). C'était une volumineuse tumeur partant du périnée pour descendre jusqu'à mi-jarret. En sa zone déclive élargie, elle mesurait 1 brasse 1/2 de circonférence. Le pédicule était circonscrit par la grande lèvre droite, la marge de l'anus, le sommet du coccyx. A l'autopsie, on trouva un sac très épais, infundibuliforme, sortant par l'échancrure sciatique, et reposant en bas sur le grand ligament sacro-sciatique. Il contenait une grande partie du grêle, le cæcum, l'*appendice*, le côlon jusqu'à la courbure inguinale. Mentionnons enfin le seul cas d'APPENDICOCÈLE DIAPHRAGMATIQUE. Chez un nouveau-né, mort quelques jours après la naissance, on vit par une fente phrénique, le lobe gauche du foie, l'estomac, la rate, une partie du grêle, le côlon ascendant herniés dans le thorax. Cæcum et *appendice* étaient logés sous la clavicule gauche. Les côlons transverse et ascendant possédaient un méso relié à celui du grêle. En résumé, dans ces deux observations, l'appendice n'était pas seul hernié, et l'appendicocèle disparaissait au second plan dans une malformation complexe quasi tératologique.

Tels sont les résultats, les données et acquisitions qui nous ont été laissés par l'Ecole Morgagnienne. Ils sont précieux à bien des égards, et il est intéressant d'en rapprocher maintenant les travaux des Morgagniens listérisés, ce sera l'objet d'une prochaine étude.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Epoque Morgagnienne ou cadavérique.

(XVII. XVIII. XIXme siècles.)

§ I. HERNIES APPENDICULAIRES INGUINALES.

A. CAS TRAITÉS PAR L'ABSTENTION ; ÉTUDES NÉCROPSIQUES OU SUR PIÈCES SÈCHES. — **Italie** — (1) MORGAGNI : *Opera Omnia*, 1762. — (2) CERNEZZI A. : Sull'ernia dell'appendice. Osservationi cliniche ed anatomie pathologische, *Clinica chirurgica*, 1903.

Hollande. — (3) SANDIFORT : Icones herniæ inguinalis-congenitœ. Leyde, p. 173, 1781.

Allemagne. — (4) HESSELBACH : Cas n° 1 observé vers, 1805, rapporté par MERLING FR : Sistens processus vermiformis, anatomiam pathologicam. *Dissert*, Heidelberg, 1836. — (5) FLEISCHMANN : Cas observé vers, 1805, et rappelé par MERLING FR. — (6) SOEMMERING : Cas observé vers 1805, et rapporté par MERLING FR. — (7) TRISCHLER : Cas n° 1. *Dissertation inaugurale*. Tubingue, 1806 — (8) TRISCHLER : Cas n° 2. *Dissertation inaugurale*. Tubingue, 1806. — (9) TRISCHLER : Cas n° 3. *Dissertation inaugurale*. Tubingue, 1806. — (10) TRISCHLER : Cas n° 4. *Dissertation inaugurale*. Tubingue, 1806. — (11) TISCHLER : Cas n° 5. *Dissertation inaugurale*. Tubingue, 1806. — (12) AMYAND : Cas n° 1, rapporté par TRISCHLER, 1806 — (13) AMYAND : Cas n° 2, rapporté par TRISCHLER, 1806. — (14) TIEDMANN : Cas rapporté par MERLING FR., 1836. — (15) BARDELEBEN : Cas n° 1, Travail sur les *hernies du cœcum*, 1875. — (16) BARDELEBEN : Cas n° 2, (id.), 1875 — (17) BARDELEBEN : Cas n° 3 (id), 1875. — (18) BARDELEBEN : Cas n° 4, (id), 1875. — (19) BARDELEBEN : Cas n° 5, (id), 1875. — (20) JACKLE F. : Cas n° 6, *In Dissertation inaugurale*, Marbourg, 1888. — (21) HUGEL : *Hernie inguinale gauche*, [illegible]

France. — (22) CLOQUET : Catalogue du *Musée Dupuytren*, n° 233, 1816. — (23) CRUVEILHIER : Catalogue du *Musée Dupuytren*, n° 237. — (24) X. : Cas rapporté sans nom d'auteur par Cruveilhier. Catalogue du *Musée Dupuytren*, n° 267. — (25) VER[illegible] *Traité des hernies*, 1840. — (26) MALGAIGNE : Obs. III. *Mém. sur les étranglements*, 1841. — (27) MURON : *Société anat*[illegible] 1869 — (28) FÉRÉ CH. : Cas n° 1. *Revue mensuelle de Méd*[illegible] *et de Chirurgie*, 1879. — (29) R. : Cas rapporté par MÉRIGOT DE TREIGNY (Obs. VIII). In *Thèse* Paris, 1887. — (30) D. : Cas rapporté par CASTAIGNE, In *Société anatomique*, 10 février, 1899. — (31) LEPLAY : Cas n° 1. *Société anatomique*, avril 1904. — [illegible] LEPLAY : Cas n° 2, *Société anatomique*, avril 1904. — (33) L[illegible] Cas n° 3, *Société anatomique*, avril, 1904.

Angleterre. — (34) X. : Cas observé le 10 février 1835, et rapporté sans nom d'auteur dans le *Journal de médecine de Dublin*, 1841. — (35) SCHAW : Cas observé en 1845, et rapporté par THURNAM, in *Prov. Med. and Surgical Journal*, p. 477, [illegible] — (36) THURNAM : *Prov. med. and Surgical Journal*, p. [illegible] 1848. — (37) MORGAN : Hernies de l'appendice. *Trans. pat*[illegible] *of London*, XXV, 107, 1874.

B : Cas traités par l'incision ou la kélotomie (sans ré[illegible] tion). — **Allemagne**. — (38) SCHWENKE : *Diss.*, Leipsiz, 1805, et rapporté par MERLING FR. — (39) SCHUH : Cas rapporté par PISTORY : Hernie inguinale étranglée contenant l'appendice, [illegible] In *Vor*[illegible] *Allemande de Berlin*, II. p. 416, 1850. — (40) LEHMANN : In [illegible] *ge's Zeitschrift*, II, p. 12, 1862. — (41) NICHE AL. : Cas n° 1. In *Dissertation inaugurale*, Marbourg, 1892 — (42) NICHE [illegible] Cas n° 4, In *Dissertation inaugurale*, Marbourg, 1892. — [illegible] NICHE : Cas n° 5, In *Dissertation inaugurale*, Marbourg, 1892.

Italie. — (44) X. : Cas rapporté par SCARPA. *In* Traité des hernies, p. 191 et *Med. Observationes*, T. III, p. 64, [illegible] — (45) TAMARELLI T. (de Milan) : *Annali universali di medicina* [illegible] — (46) RUBINO A. : Un cas de hernie inguinale du [illegible] l'appendice, kélotomie, *Sicilia Medica*, n°s 11 et 12, p. [illegible]

France. — (47) CHARYAU : In *Journal de médecine de Nantes*, 10 mars, 1837. — (48) X. : Cas rapporté sans nom d'auteur par MALGAIGNE. In *Mémoire sur les étranglements*, Paris, 1841. — (49) GUERSANT (fils) : In *Gazette des hôpitaux*. p. 314, 1841. — (50) MANEC : Cas rapporté par BEAUMETZ D. In *Gazette des hôpitaux*, 18.. — (51) GANGOLPHE : Hernie inguinale enflammée. *Lyon médical*, 17 juin, 1892. — (52) POLOSSON : (Cas n° 1), In *Thèse de Charnoy*, Lyon, 1894. — (53) DELARABRIE : H. I. D. étranglée contenant l'appendice sphacelé. In *Thèse de Briançon*, Paris, 1896. — (54) X. : Cas rapporté sans nom d'auteur dans la thèse de BRIANÇON, Paris, 1895. — (55) G. : Cas rapporté à la *Société de médecine de Nancy*, 14 décembre, 1900. — (56) M. : Cas rapporté à la *Société de chirurgie*, 1902.

Angleterre. — (57) BRADDLEY : H. I. G. *Med. Times and Gazette*, T. I, 1878. — (58) MAC EWEN S. A. C. : Herniated of the appendix vermiform probably infantile and perforated by a pin in the scrotum (hernie probablement infantile de l'appendice perforée par une aiguille dans le scrotum), *Lancet* 16 juin, 1906.

Amérique. — (59) WEIR R. : Cas rapporté par SWASEY Edward. In *Medical Record*, XIX, 706, 1881. — (60) MONKS : In *Boston medical and Surgical Journal*, p. 543, 1890.

Suisse. — (61) PERRIN (fils) : H. I. D. étranglée. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.

§ II. HERNIES APPENDICULAIRES CRURALES.

A. CAS TRAITÉS PAR L'ABSTENTION, ÉTUDES NÉCROPSIQUE OU SUR PIÈCES SÈCHES. — **France.** — (62) HÉVIN : Cours de *Pathologie et de Thérapeutique chirurgicales*, 1780. — (63) BUCQUOY : In *Société anatomique*, 1855. — (64) C. : In *Société anatomique*, 1887.

Italie. — (65) VALERANI : Ernia crurale dell appendix. *Osservatore Torino*, XIX, p. 545, 1883.

Angleterre. — (66) MAC ADAM ECCLES : In *Clinical Society of London*, 14 mai 1897.

B. Cas traités par l'incision ou la kélotomie sans réduction

France. — (67) RICHET : Cas cité in *Anatomie chirurgicale*, p. 592, édition de 1885. — (68) P... M. : (Cas n° 1), observé en 1888, mais rapporté seulement dans un mémoire de l'auteur sur l'étranglement de l'appendice. *Lyon médical*, 21 mai 1893 et in thèse de CHARNOY, Lyon, 1894.

Angleterre. — (69) GALTON : Abcès fémoral dans lequel à l'incision inguinale, on trouva l'appendice enflammé. *The Lancet*, p. 268, 29 mars 1902.

§ III. HERNIE APPENDICULAIRE ISCHIATIQUE.

(Etude nécropsique). — **Suisse.** (70) PAYEN : Cas rapporté par HALLER. In *Disputationes chirurgicæ*, T. III, p. 313.

§ IV. HERNIE APPENDICULAIRE DIAPHRAGMATIQUE.

France. — (71) Hernie diaphragmatique gauche congénitale chez un nouveau-né. In *Société anatomique de Paris*, 1872.

Travail d'ensemble de l'Ecole Morgagnienne. — **Allemagne.** — KLEIN : Mémoire réunissant tous les cas connus, la plupart trouvailles d'autopsie. Ueber die ausserbruck des processus vermiformis. *Giessen*, 1868.

Nota : Pelletan, Richter, Bertrandi, Lawrence, Hey, Travers, Cooper, Warthon, Benevoli, Rossimus, Breadel, Pott, ne mentionnent aucun cas de hernie de l'appendice.

L'ORDRE DES MÉDECINS A HAMBOURG.—Les médecins de Hambourg se sont constitués en un ordre fermé dont le conseil constitue en même temps une sorte de tribunal d'honneur. Cette juridiction vient d'être reconnue par le Sénat de Hambourg et est autorisée à infliger des peines pécuniaires jusqu'à 3.000 marks. La corporation des médecins espère par ce moyen se débarrasser de certains éléments douteux et mettre fin au système des réclames et des consultations au rabais qui, dit-elle, déshonore la profession. (*Le Temps*.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Propos d'Hygiène

Hygiène de l'habitation : Les loges de concierges à Paris.

Notre ami et collaborateur, M. le Dr Lucien-Graux, a, dans une enquête très sérieuse, montré dans quelles conditions déplorables d'hygiène se trouvent, à Paris, les loges de concierge. Nous nous permettrons d'ajouter à ses recherches d'hygiéniste nos simples observations de médecin praticien.

Dans un grand nombre de maisons de rapport importantes la loge du concierge a été complètement oubliée. Dans certaines rues, d'apparence saine, habitées par des fonctionnaires ou de petits bourgeois, c'est à peine si l'on rencontre une loge sur dix qui ne soit pas absolument insalubre et nous ne parlons pas ici de quartiers pauvres, ni même de quartiers ouvriers. Aussi ne saurait-on se figurer le nombre de victimes que font ces loges maudites. Des exemples valent mieux dans l'espèce que toute sorte de dissertation.

Ier EXEMPLE : Mme Vve X..., concierge, 60 ans, habite une loge au rez-de-chaussée dans une grande rue, à direction est-ouest, largement aérée et balayée par les vents. La loge serait suffisante si la fenêtre qui l'aère et l'éclaire ne donnait sur une courette de 2 mètres à peine de largeur qui oblige Mme X... à conserver le gaz allumé pendant la plus grande partie de la journée. L'abondance des poussières qui tombent dans la courette nécessite l'aération de la pièce par la porte qui donne sur un couloir.

Au cours de 1905, Mme X... maigrit, se mit à tousser, nous pûmes constater une lésion tuberculeuse manifeste au sommet gauche qui paraissait suivre une progression rapide. Ayant exigé que la concierge abandonnât sa loge, nous la fîmes installer dans la même maison au 6e étage. Grande fut notre satisfaction de voir la malade, avec un traitement banal, reprendre son embonpoint primitif en quelques semaines et les signes stéthoscopiques de tuberculose s'amender au-delà de toute prévision. Ce fut à ce point que Mme X... en dépit de nos instances, revint habiter sa loge malsaine, car avant tout il lui fallait vivre.

IIe EXEMPLE : Dans la même rue, une famille de 4 personnes habite, une loge, vaste mais aérée par une fenêtre donnant dans une courette obscure. Le manque de lumière est tel, que le propriétaire a cru bon de l'atténuer par un réflecteur placé au-devant de la fenêtre. Ce réflecteur n'éclaire guère la pièce mais en gêne notablement l'aération en obstruant la fenêtre quand elle peut être ouverte. Le père de famille, qui ne séjourne pas dans la loge, se porte assez bien, mais la mère et les deux enfants souffrent cruellement du manque d'air et de soleil. La mère a beaucoup maigri, et est sujette à des crises de rhumatisme subaigu tenace et peu franc que l'on serait tenter de classer parmi les rhumatismes tuberculeux. Une des fillettes vient d'être atteinte de bronchite grippale avec congestion, remise péniblement de cette affection, elle est restée très pâle, sujette à des accès de fièvre qui nous ont décidé, faute de mieux, à solliciter son admission à l'hôpital pour l'arracher à l'atmosphère de l'habitation familiale.

IIIe EXEMPLE : Sur une place voisine, est une maison dont la loge est un couloir étroit formant angle droit, à une extrémité est la porte vitrée donnant sur le couloir ; à l'autre est une croisée s'ouvrant péniblement sur une courette exiguë ; à l'angle est la cheminée avec réchaud à gaz et poêle en fonte, dans le voisinage est le lit. Tout y est obscur à souhait. Trois personnes y habitent, toutes trois mal portantes rhumatisantes et anémiques. Un jeune garçon revenant de la

campagne, y est tombé malade quinze jours après son retour (angine, anémie, inappétence etc.)

IVe EXEMPLE : Autre loge obscure entre couloir et courette, plusieurs familles de concierge s'y sont succédé. Nous avons eu l'occasion d'en soigner une durant de longues années. La mère a contracté la tuberculose la première ; elle était concierge et séjournait nuit et jour dans la loge. Elle est morte après avoir quitté son emploi, mais déjà le père et le fils étaient atteints de la maladie. Le père n'a pas tardé à mourir phtisique. Le fils, après une hémoptysie, a été admis à Angicourt, dont il est sorti avec les apparences de la guérison; mais deux ans après survenait une rechute.

Nous nous bornerons à ces quelques exemples (1) que nous pourrions multiplier à l'infini en faisant appel à nos souvenirs de treize ans de pratique médicale dans le Ve arrondissement de Paris. Nous pourrions à chaque exemple citer la rue et le numéro, y ajouter le nom de la famille. Nous pourrions démontrer que ces maisons sont des *immeubles de rapport*, *constamment loués et habités « bourgeoisement »*. Pourquoi, à l'exemple de nombreuses maisons du même quartier, les propriétaires n'ont-ils pas transporté la loge de leur concierge au premier dans une pièce aérée et ensoleillée ? De quel droit condamnent-ils à la maladie et à la mort des familles de braves gens que le désir de vivre en travaillant pousse à accepter ces demeures de troglodytes ? Ces propriétaires n'ont qu'un mobile, leur rapacité ; qu'une excuse, la sottise des architectes qui, à une époque cependant récente, firent les plans de leurs maisons. Nous avons des lois qui imposent le repos hebdomadaire, d'autres qui punissent les falsificateurs de denrées et d'aliments, quand promulguera-t-on une loi qui imposera aux propriétaires l'air et la lumière pour leurs concierges et leurs locataires ? Quand appliquera-t-on une loi qui punira celui qui loue un logement malsain, ou qui y fait coucher un de ses employés, de la même façon que le fraudeur qui falsifie le vin ou le lait ou le pain ? Le crime de lèse-humanité dans ces deux cas est exactement le même ; en bonne justice, il devrait être puni par le même châtiment.

L'Hygiène aux Réjouissances publiques : L'observation d'une infirmière.

Nous avons reçu une lettre anonyme, mais anonyme par timidité et modestie. Elle vient d'une ancienne élève des Ecoles d'Infirmières des hôpitaux, qui, après nous avoir rappelé les cours et même les examens où elle conquit son diplôme, nous communique l'observation d'un fait qui l'a vivement choquée. Le passage de cette lettre qui a trait à ce fait, prouve que les efforts effectués pour l'éducation des infirmières ne restent pas sans résultat et que le bon grain que nous semons, loin de tomber toujours sur un terrain maigre et aride, trouve souvent un sol fertile où il germe et fructifie.

« Sachant, écrit notre ancienne élève, combien vous avez combattu et combattez la tuberculose, je me permets de vous signaler un fait fâcheux et absolument contraire à l'hygiène afin que votre voix autorisée puisse s'élever contre cette malheureuse pratique.

« Au 14 juillet, à l'occasion de la Fête Nationale, des jeux sont organisés pour les enfants, entre autres le jeu de la poêle, lequel consiste à suspendre verticalement une poêle à une ficelle tendue horizontalement (je ne sais si je m'explique bien). Sur l'envers de cette poêle, on incruste au milieu de suie et de graisse une pièce de 0 fr. 50 ou de 1 fr. selon la générosité du Comité. Les enfants doivent *avec la langue seule* décoller cette piécette qui alors leur appartient. Cette poêle n'est ni nettoyée, ni aseptisée en rien ; les enfants se succèdent à ce jeu, léchant par-dessus leurs camarades qui peuvent être tuberculeux, syphilitiques. Ceci m'a semblé tout à fait anormal dans un siècle éclairé comme le nôtre.

« Ces jeux se font un peu partout dans la bonne ville de Paris, je vous citerai entre autres ceux que j'ai vus personnellement : avenue de Choisy (XIIIe Arr.) et rue d'Aligre (faubourg Saint-Antoine).

« Il me semble qu'il serait facile de remplacer ces jeux par d'autres plus rationnels. La Ville peut d'autant plus facilement faire supprimer cette coutume désastreuse que presque toujours ces comités de fête nationale demandent une subvention aux mairies. A la municipalité de ne l'accorder qu'à condition de supprimer le jeu de la poêle. »

Nous joignons bien volontiers notre protestation à celle de notre infirmière anonyme. Si nous avons flétri les stupéfiantes « croix de langues » imposées au nom de la Charité, à de pauvres fillettes par des religieuses de Nancy au cerveau délirant, nous condamnerons également la malpropreté dangereuse de jeux avilissants où les comités de la fête nationale convient les enfants du Peuple en l'honneur de la chute de l'Ancien Régime. Nous espérons que notre protestation sera entendue et qu'on en tiendra compte.

Nous remercions encore une fois notre ancienne élève des Ecoles d'Infirmières pour sa judicieuse observation en regrettant vivement sa timidité qui nous oblige à signer ce Bulletin pour elle. J. NOIR.

(1) Ce sont là encore des preuves à l'appui de l'aphorisme de M. P. Juillerat : « La tuberculose est avant tout la maladie de l'obscurité ».

Le « Lutin » et les scaphandriers.

La catastrophe du *Lutin*, la lutte entreprise pour le remonter à flot, appellent malheureusement de nouveau l'attention sur le rôle capital des *scaphandriers*. Aussi croyons-nous devoir rappeler à nos lecteurs le remarquable travail de notre collaborateur le Dr Michel CATSARAS, intitulé : *Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres* (1).

(1) Librairie du *Progrès médical* in-8° de 328 pages. Prix : 7 fr. pour nos abonnés, 5 fr.

DÉCOUVERTE D'UN « MÉCATHÉRIUM ». — Les terrassiers qui travaillent aux chantiers du Métropolitain ont découvert le squelette d'un animal de l'époque quaternaire que Cuvier avait appelé « Mécathérium » sorte d'ours bien plus grand que notre ours ordinaire. Ces ossements ont été découverts dans le sous-sol du chantier de l'avenue Bosquet et de l'avenue de la Bourdonnais.

Le Muséum d'histoire naturelle fut prévenu et par ses soins on a réussi à reconstituer le squelette qui sera exposé dans l'une de ses salles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 octobre 1906.

Sur la nature du sucre virtuel du sang.

MM. Lépine et Boulud désignent, comme on le sait, sous le nom de *sucre virtuel* une ou plutôt diverses combinaisons dans lesquelles du glycose, complètement dissimulé, est cependant susceptible de se dégager d'une manière plus ou moins rapide (par exemple pendant les quelques que met le sang à traverser le poumon). Ce qui tend à faire admettre que ces combinaisons sont de diverses sortes, c'est que, suivant le mode de traitement auquel est soumis le sang au sortir du vaisseau, les quantités de sucre sont très différentes ; si on se contente de faire tomber le sang dans un ballon vide, immergé dans un bain-marie à 60° (pour empêcher la glycolyse), comme l'a fait autrefois l'un des auteurs avec M. Barral, on obtient, au bout d'une heure, moins de sucre que si l'on fait tomber le sang dans 10 parties d'eau. On en obtient davantage encore si, à cette eau refroidie, on ajoute de l'émulsine et surtout de l'invertine. Cela tient, probablement, à la nature glycosidique de ces conjugaisons. En effet, l'émulsine dédouble plus spécialement les glycosides, tandis que l'invertine, sans être inactive vis-à-vis d'eux, agit plutôt sur les polysaccharides.

Séance du 15 octobre 1906.

Pénétration du Treponema pallidum dans l'ovule.

MM. Levaditi et Sauvage. — La présence du tréponème pâle a été constatée déjà dans l'ovaire des nouveau-nés et des macérés hérédo-syphilitiques (Magalhaes, Simmonds), mais jusqu'ici on n'avait pu le déceler dans l'ovule même.

Or, chez un prématuré, nettement hérédo-syphilitique, qui succomba au trentième jour après la naissance, l'imprégnation à l'argent a permis aux auteurs de découvrir des parasites dans les cellules ovulaires : dans le protoplasme de deux ovocystes, le tréponème occupe une vacuole située près du noyau, dans une région correspondant au corps vitellin de Balbiani ; d'autres follicules de Graff, atteints d'atrésie folliculaire, montrent des ovocystes réduits de volume et en état de dégénérescence granuleuse ; ils renferment également des tréponèmes droits ou entortillés.

En dehors des ovocystes, on trouve des parasites, soit dans le tissu interfolliculaire, soit dans l'épithélium germinatif qui tapisse les cordons de Valentin-Pflüger ; enfin on en voit quelques-uns dans les cellules de la couche granuleuse des follicules de Graff.

Ces faits rendent bien probable la transmission de la syphilis de la mère au fœtus, par l'ovule, en dehors de toute infection par voie placentaire évoluant pendant la grossesse. Ils sont à rapprocher de la pénétration du parasite de la *tick-* dans l'œuf d'*ornithodorus moubata* (R. Koch), et du *spirillum gallinarum* dans l'ovule des poules infectées (Levaditi et Manouelian).

Sur un troisième canal mandibulaire chez l'enfant.

M. Robinson signale, à côté des deux canaux dentaires (transitoire et permanent) qui parcourent le maxillaire inférieur du fœtus humain, un troisième, passé inaperçu jusqu'ici, qui commence en arrière de la dernière molaire, se dirige de haut en bas et de dedans en dehors, et s'ouvre dans le canal dentaire permanent à la base de l'épine de Spix. Il paraît s'atrophier vers l'âge de huit ans, et ne laisse comme trace qu'une dépression plus ou moins marquée, correspondant à son orifice de sortie.

Ce canal vasculaire est vraisemblablement destiné à assurer le développement du diastème post-molaire. Mme Physalix.

Ven

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre.

La suette miliaire.

A propos de l'épidémie de 1906 dans la Charente, MM. Chantemesse, Marchoux et Haury discutent avec grand soin le mode de propagation de la suette. Ils aboutissent à une hypothèse très vraisemblable et fort intéressante : le rôle presque certain des rats des champs dans la propagation.

L'épidémie, en effet, fut exclusivement rurale. Elle n'atteint pas les villes. Elle ne semble pas directement contagieuse ; la rapidité même de sa transmission est peu en faveur de la contagion humaine. Elle a d'ailleurs frappé beaucoup de sujets qui n'avaient jamais vu ni malade atteint de suette, ni convalescent, ni personne en incubation de la suette.

Par contre, la suette se transmet souvent sans l'intermédiaire des malades. Le virus frappe d'autant plus souvent qu'on couche au rez-de-chaussée et plus près du sol. Les anciens médecins en l'appelant le « venin de la terre » avaient bien remarqué ce fait.

Tous ces faits rapprochent beaucoup la propagation de la suette de celle de la peste. L'intervention possible des rats permettrait de bien les comprendre. On peut résumer les preuves en faveur de cette intervention dans les quatre conclusions suivantes :

1° La région envahie par la suette est précisément celle qui a été ravagée, il y a deux ans, par les campagnols. Quoique le nombre de ces rongeurs ait beaucoup diminué depuis 1904, on a revu dans beaucoup de villages des rats de champs assez nombreux au cours de l'hiver et du printemps dernier, notamment à Vaux-Rouillac et à Matha. Ces rongeurs, très nombreux en hiver et au mois d'avril, ont tout à coup disparu si complètement que, malgré toutes nos recherches et tous les efforts du maire de Matha, il nous a été impossible, au mois de juin, d'en capturer un seul. Nous n'avons donc pas eu la preuve directe qu'une épidémie sévit sur eux.

2° En visitant les maisons de Genac, les premières atteintes par la suette, nous avons constaté sur le corps des habitants une fréquence extraordinaire de piqûres de puces. Ces hommes n'en prenaient aucun souci et un envahissement de leurs maisons par des puces infectées aurait pu passer inaperçu à leurs yeux ; cependant beaucoup d'entre eux avaient remarqué l'exagération du nombre de cette vermine et l'avait attribuée à l'invasion de leurs maisons par des rats d'eau que chassait l'inondation. Car les immeubles qui ont fourni les cas les plus graves sont bâtis le long d'un ruisseau qui traverse le village de Genac. Sous l'influence des pluies abondantes de l'hiver dernier, le niveau du ruisseau s'était élevé à la fin d'avril, en même temps que la nappe souterraine, qui affleurait en plusieurs endroits du village.

Il est permis de supposer ceci : les campagnols, chassés par l'eau de leurs terriers, ont pénétré dans le village et jusque dans les maisons. Si une épidémie bien spéciale a sévi cette année sur ces animaux, ils ont pu contaminer les puces des maisons ou laisser dans ces demeures quelque espèce de vermine capable de piquer l'homme. La maladie s'est répandue chez ces rongeurs, comme cela se passe ordinairement pour les rats. Fuyant la contagion, les animaux malades ont apporté le virus dans les terriers environnants.

Devant cette hypothèse, une réflexion se présente aussitôt à l'esprit : si cette supposition était exacte, les endroits les plus fréquentés par les campagnols auraient dû être aussi les plus atteints ; or, c'est précisément ce que nous avons constaté, par exemple à Vaux-Rouillac, à Matha, à Vouharte, etc.

3° Les villages situés dans les régions basses et humides des bords de la Charente n'ont été frappés qu'après les agglomérations sises sur des points élevés, c'est-à-dire à la fin de mai et au mois de juin, au moment où la sécheresse avait placé les zones déclives dans les conditions les plus favorables pour héberger les campagnols. En outre, comment ne pas remarquer que la rivière de la Charente et sa vallée, au sud et à l'est, ont influé sur la marche de l'épidémie, puisque l'extension de celle-ci a été plus forte et plus régulière du côté de l'ouest et du nord ?

4° Les villages épargnés par l'épidémie sont les mêmes qui,

en 1904, n'ont pas eu à souffrir des ravages exercés dans les communes environnantes par les campagnols. Les raisons qui les ont protégés contre ces rongeurs ne seraient-elles pas les mêmes que celles qui les ont garantis cette année contre la suette ?

Tels sont les arguments que nous avons voulu soumettre au sujet de l'étiologie de la suette. Pour la thèse que nous soutenons, ils ne valent pas une preuve expérimentale. Nous les avons fait connaître cependant pour attirer l'attention des chercheurs, car les épidémies de cette maladie populaire ont parfois une marche si rapide qu'il sera nécessaire de s'y prendre dès le début de leur éclosion pour vérifier notre hypothèse. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 octobre.

Occlusion intestinale chez l'enfant.

M. Lejars fait un rapport sur trois observations d'occlusion communiqués à la Société de Chirurgie par M. Sczcypiorski. Dans deux cas il s'agissait d'invagination iléo-cæcale chez des enfants, dont l'un a été opéré dix heures après le début des accidents, l'autre au bout de *douze jours* ; or même dans ce 2e cas la désinvagination fut extrêmement facile ; cette particularité est digne d'être notée, car on sait combien est rare la possibilité de désinvaginer l'intestin chez l'adulte quand l'occlusion date de quelques jours.

La troisième observation concerne un enfant de 3 ans présentant avec une petite tumeur à droite de l'ombilic, des signes d'occlusion. La laparotomie montra que la tumeur était constituée par une anse d'intestin grêle hypertrophiée, dure et très congestionnée. Cette anse fut incisée et la muqueuse se montra épaissie, rouge et farcie de *granulations tuberculeuses* L'anse fut suturée après attouchement de la muqueuse à l'eau oxygénée. Il s'agissait en somme d'une tuberculose intestinale avec contracture de l'anse et phénomènes d'occlusion. Dès le soir de l'intervention il y eut des gaz et des selles. Guérison.

MM. Kirmisson et Broca insistent sur la nécessité de la laparotomie précoce dans l'invagination intestinale des enfants ; si on tarde à intervenir, la septicémie à point de départ intestinal continue son évolution malgré la désinvagination et les enfants meurent.

M. Témoin, de Bourges, cite un cas qui met bien en relief les dangers de l'intervention tardive. Chez une femme qui eut plusieurs crises douloureuses de l'hypochondre gauche, dont une dernière avec phénomène de septicémie. M. Témoin intervint sans diagnostic précis et sans penser à l'occlusion, la malade ayant toujours eu des garde-robes. La laparotomie montra une invagination de tout le gros intestin dans le rectum. M. Témoin réséqua le gros intestin et fit une anastomose iléo-rectale latérale. Il y eut, dès le soir, quelques gaz, mais la septicémie étant trop virulente, la malade succomba.

M. Delbet cite le cas d'un jeune homme ayant fréquemment des crises douloureuses, qu'une laparotomie montra attribuables à une invagination du cæcum dans le côlon. Pour empêcher le retour des accidents, M. Delbet fit, à l'aide de fils transversaux passés dans la paroi cæcale, une *columnisation* du cæcum, rendant toute nouvelle invagination du cæcum, impossible. Résultat parfait, le malade n'eut, depuis l'opération, aucune crise douloureuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre

Indications des injections gazeuses dans le traitement des pleurésies.

M. Vaquez, revenant sur le sujet traité par M. Dufour dans la séance précédente, admet l'injection d'air dans la cavité pleurale pour traiter la pleurésie, mais ne croit pas au pouvoir curatif de ce procédé en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, à l'encontre des auteurs allemands. Or il ressort des observations de M. Achard et de celles faites par M. Vaquez lui-même, que l'injection gazeuse est le procédé de choix que la pleurésie soit ancienne ou récente. Dans plusieurs cas, M. Vaquez a pu arrêter la reproduction d'un épanchement récidivant, qui avait nécessité des ponctions presque incessantes.

L'action du gaz injecté étant purement mécanique, il faut avoir recours au gaz qui se résorbe le moins vite. C'est l'azote et l'acide carbonique qui remplissent ce desideratum, c'est donc de l'azote, gaz inerte et non nocif, qu'il faut injecter. La quantité à injecter doit être équivalente à la moitié du liquide retiré. La technique très simple a déjà été exposée par l'auteur.

Aphasie motrice sans lésions de la IIIe circonvolution frontale

M. Souques présente le cerveau d'une jeune femme morte trois ans après une apoplexie (rétrécissement mitral) suivie d'hémiplégie et d'aphasie totale, mais surtout motrice (agraphie et aphémie). A l'autopsie, on trouva un foyer unique de ramollissement de l'hémisphère gauche, ayant détruit la moitié postérieure des temporales I et II (centre de l'aphasie sensorielle de Wernike). La IIIe frontale (de Broca) est respectée. Cette observation, en désaccord avec la localisation jusqu'ici classique de l'aphasie motrice, s'accorde au contraire avec les idées nouvelles de P. Marie. Ce dernier auteur considère la pièce anatomique comme très remarquable et ajoute ne pas comprendre comment on a admis pendant cinquante ans le dogme de Broca, qui d'ailleurs n'a jamais fait de coupes des cerveaux, qu'on peut voir intacts au musée Dupuytren.

Paralysie par élongation du nerf tibial antérieur.

M. Souques montre ce cas : le pied tombant ne peut être redressé, conservation des péroniers latéraux et des fléchisseurs ; pas de troubles sensitifs ni trophiques. D. R.. dans les muscles extenseurs : Les nerfs musculo-cutané et sciatique poplité interne sont intacts. La cause de l'élongation fut le maintien prolongé dans la position du tireur à genoux (hyperextension du pied sur la jambe).

Méningite cérébrospinale à méningocoques, guérie par injection intrarachidienne de collargol

MM. Vidal et Ramond présentent la malade ainsi guérie. Le méningocoque qui végétait depuis longtemps dans la cavité arachnoïdienne a disparu quelques jours après l'injection de collargol et la malade est entrée immédiatement en convalescence. Comme l'a montré Sicard, la voie rachidienne est donc facilement abordable pour l'introduction de substances médicamenteuses. Friedel.

XIXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Suite).

Ectopie testiculaire et ses complications.

M. Villard (de Lyon). — Après un exposé des idées en cours sur la pathogénie encore obscure de l'ectopie, l'auteur discute les indications des orchidopexies et leur technique. On s'abstiendra d'intervenir dans les cas de simple [illegible] dans la migration du testicule ; de même, on n'interviendra pas dans l'ectopie abdominale profonde. Dans tous les autres cas on interviendra *avant la puberté* ; dans les ectopies sans hernie on opérera de préférence vers 8 à 10 ans, si l'ectopie est compliquée de hernie, il faut intervenir immédiatement à tout âge.

L'opération comporte deux temps essentiels : la libération du testicule et du cordon, l'abaissement avec ou sans fixation du testicule dans les bourses.

La *libération* est de beaucoup le temps le plus difficile ; de nombreux obstacles s'y opposent. Le plus important est fourni par le canal vagino-péritonéal, qu'il faut disséquer très haut jusqu'à son attache avec le péritoine, et lier très haut comme dans les hernies inguinales.

De très nombreux procédés de fixation du testicule dans le scrotum ont été inventés ; à la vérité, la fixation du testicule est inutile ; ce qu'il importe avant tout, c'est de bien libérer le cordon ; si celui-ci est long, bien libéré, si le testicule a été abaissé sans effort, si enfin la paroi abdominale a été bien reconstituée, le testicule ne remonte pas ; faute d'une libération soigneuse, on a beau fixer le testicule par des sutures, la réascension est inévitable.

M. Souligoux. — Les recherches récentes ont montré que dans l'immense majorité des cas le testicule ectopié est impropre à la sécrétion des spermatozoïdes ; mais la glande interstitielle se développe normalement et conserve ses fonctions ; comme le rôle de cette glande dans le développement des appétits sexuels, de la virilité, est capital, il s'ensuit qu'on doit religieusement conserver le testicule ectopique au cours des interventions. Si les adhérences sont trop fortes pour permettre l'abaissement du testicule, il vaut mieux se contenter de ce qu'on obtient, voire même réduire le testicule dans l'abdomen que d'en faire l'ablation. L'auteur indique comme le meilleur procédé de fixation, la suture du cordon aux piliers inguinaux ou au pubis ; cette fixation s'oppose à la traction vers le haut par la rétraction des éléments funiculaires.

M. Kirmisson ne fixe jamais le testicule au scrotum, il se contente de placer des sutures tout autour du cordon depuis l'anneau inguinal externe jusqu'au testicule, de façon à établir une solide barrière entre la glande et l'anneau.

Sur 80 malades opérés d'ectopie, M. Kirmisson en a revu 39 : chez 15 d'entre eux le testicule était resté dans les bourses ; chez dix autres, la glande était à la racine des bourses, chez 9 enfin, la glande était remontée au-devant de l'anneau inguinal Tous les malades avaient largement bénéficié de l'opération : l'aspect plus viril, l'accroissement de la taille, étaient très accusés, bien que dans la majorité des cas le testicule abaissé était manifestement plus petit que le testicule sain.

M. Kirmisson conseille de ne pas opérer trop tôt : outre que l'opération est plus difficile à cause de l'extrême minceur du canal péritonéo-vaginal, on risque de faire une opération inutile, car on assiste souvent à une descente spontanée tardive du testicule. Mais il ne faut pas attendre non plus la puberté : on opérera vers les dix ans.

Des nombreuses autres communications faites sur ce sujet, il ressort que la fixation du cordon — la funiculopexie — s'oppose puissamment à l'ascension du testicule (Delagénière, Auvray, Tailhefer) ; que la fixation du testicule dans la loge de la glande opposée, après effondrement de la cloison des bourses (Walther), donne d'excellents résultats ; qu'enfin la recherche, la dissection très haute du canal péritonéo-vaginal constitue le temps le plus important de l'opération, puisqu'elle est la condition *sine qua non* d'une bonne libération du cordon.

Catz.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE

et de l'alimentation rationnelle de l'homme

(Loi du 11 novembre 1905). Paris ; 22-27 octobre 1906

Lundi dernier, a eu lieu l'ouverture du Congrès, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. Mirmann, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, représentant M. Léon Bourgeois, ministre des Affaires étrangères, retenu par la crise ministérielle. Aux côtés de M. Mirman, avaient pris place : le Dr Henri Ricard, sénateur, président de la Société scientifique d'hygiène alimentaire : M. Antonin Dubost, président du Sénat ; M. de Selves, préfet de la Seine : M. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de police ; MM. les professeurs Arm. Gautier, Bouchard, Debove, Blanchard, Villejean, etc., ainsi que les Délégués des gouvernements étrangers. Naturellement on remarquait des chimistes et de nombreux médecins : MM. Viron, Moreigne, Berthod, Graux, Foveau de Courmelles, P. Cornet, Borne, Nicloux, Moutier, Jacquet, etc., etc., pour ne citer que quelques noms, au hasard des rencontres.

Même programme connu d'avance dans ses grandes lignes, puisqu'il est le même pour tous les congrès, qui pullulent et se superposent : discours d'ouverture (MM. Mirman, le Dr H. Ricard, le professeur Armand Gautier), séances de sections et séances plénières, visites des Halles, des laboratoires de la Préfecture de police, du Muséum, de l'hôpital Boucicaut, de la chocolaterie Menier, des laboratoires et de la manutention de la Compagnie générale des voitures, de l'Institut Pasteur ; mercredi, réception des délégues à l'Hôtel de Ville ; vendredi, réception chez M. le Président de la République ; enfin le samedi 27, banquet de clôture au palais d'Orsay.

Quant aux travaux en eux-mêmes, ils sont évidemment, pour beaucoup, des plus intéressants ; sinon pour les résultats immédiats, du moins en raison des espérances qu'ils font naître. Il faut louer sans réserve l'activité du sympathique et dévoué secrétaire général, M. C. Nourry, qui s'est dépensé beaucoup et intelligemment pour l'organisation de ce premier Congrès d'Hygiène alimentaire.

Il y a plus de 120 communications. C'est faire comprendre ici que les lecteurs du *Progrès médical* ne liront pas tous les rapports dans ces colonnes. Nous détacherons les principaux, ou la partie essentielle de la plupart d'entre eux.

M. G. Alquier, ingénieur-agronome, expert près les tribunaux de la Seine, a déposé un volumineux rapport sur « *Les aliments de l'homme* » (Masson à Paris), travail considérable, sur la composition chimique, la valeur nutritive comparée, et sur les substitutions dans les rations.

On y trouve de nombreux graphiques, ainsi que le résumé complet de la plupart des données scientifiques actuelles sur l'alimentation rationnelle. Ce travail est à rapprocher de ceux qui ont été faits en Allemagne et en Amérique dans le même sens. Il constitue, à notre sens, le « clou » de la partie scientifique du Congrès, sans vouloir nullement déprécier pour cela, la valeur des autres travaux.

Mlles Joteyko et Kipiani (de Bruxelles) : *Etude physiologique sur les végétariens.* Travail consciencieux, portant sur la diathèse arthritique, sur le végétarisme physiologique et thérapeutique ; enquête sur les végétariens de Bruxelles, avec recherches sur la force musculaire, à l'aide de l'ergographe et du dynamomètre, sans négliger la spirométrie, la sensibilité, la corpulence, le temps de la réaction nerveuse, ainsi que les conclusions sociales que nous n'avons pas le temps de discuter ici.

M. Bonn, directeur du laboratoire municipal de Lille : *Le contrôle de la pureté des beurres aux Pays-Bas.* Travail technique qui intéresse surtout les chimistes.

M. Baudran : *De la tuberculinine. Sa présence dans le lait des vaches tuberculeuses.* — Dans une communication récente (1), j'ai montré que le poison tuberculeux était un alcaloïde cristallisé que j'ai dénommé *Tuberculinine.* Sa découverte est une conséquence des idées émises par Babès (2), Schulze (3), Blanchard, etc., qui rapprochent le bacille de la tuberculose des cladothrix, de l'actinomyces et en font un champignon : il a même été nommé: Sclerothrix Kochii. La nature et les quantités des éléments qui entrent dans sa composition permettent un certain parallélisme avec le seigle ergoté (4). L'isolement a été obtenu par la méthode employée autrefois par Tanret (5) pour l'ergotinine. J'ajouterai qu'il est extrêmement important de suivre ponctuellement la marche indiquée.

La *Tuberculinine* se présente sous la forme de fines aiguilles microscopiques ou sous celle de choux-fleurs, selon le dissol-

(1) G. Baudran. — *Compte rendu de l'Acad. des Sciences*, 30 juillet 1906.
(2) Cornil et Babès. — *Les Bactéries*, 2e édition, 1886, p. 696.
(3) *Zeitschr. für Hygiène*, xxxi, 1899, p. 153.
(4) G. Baudran. — *Analyse des bacilles tuberculeux*, t. clii, 1906. p. 657.
(5) Tanret. — Ergotinine. *Annales de Chimie et de Physique*, 6. série, t. xvii, 1879.

vant. Elle est sans action sur le tournesol, se comportant comme une base faible. Soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, elle se dissout dans l'eau, grâce à l'addition des acides citrique, lactique, etc. Une parcelle dissoute dans l'éther ordinaire ou l'éther acétique donne avec l'acide sulfurique légèrement nitreux une coloration rouge devenant violette après élévation de température. Injectée à la dose de 0 gr. 0008 elle tue un cobaye sain en 8 à 15 jours, sans autres lésions qu'une hyperémie du sein et des capsules surrénales ; et en un temps variant de 18 à 36 heures, un cobaye tuberculeux, infecté sort avec des crachats, soit avec des cultures pures.

La même méthode d'extraction va nous permettre de retrouver la *Tuberculinine* dans le lait des vaches tuberculeuses.

On prend une certaine quantité de lait qu'on traite par une solution d'acide citrique de façon à le cailler : on filtre et on évapore. Le résidu est pulvérisé, puis traité dans un appareil à déplacement par environ trois fois son poids d'alcool à 95°. On élimine ce dernier véhicule, puis on ajoute l'éther et ensuite le carbonate de potasse. La solution éthérée contient la *Tuberculinine* qu'on peut isoler et caractériser. Injectée à des cobayes tuberculeux, elle les fait périr dans des temps identiques à ceux que l'on obtient avec la *Tuberculinine* extrait des bacilles.

Les expériences que j'ai faites avec le lait des vaches confirmées tuberculeuses ont été concluantes. J'ai pu aussi déceler la tuberculose chez des animaux que les réactions thermiques après tuberculisation faisaient considérer comme douteux. Ce procédé n'a nullement la prétention de vouloir se substituer aux moyens d'investigation préconisés par MM. Nocard et Vallée, il permet seulement de classer d'une façon définitive les sujets suspects.

J'ajouterai enfin que certaines poudres de lait, diverses préparations destinées aux enfants, m'ont donné d'une façon évidente les mêmes résultats.

Il était nécessaire de compléter cette étude en opérant sur des laits bouillis ou sterilisés. L'opération fut conduite dans le même sens, et la *Tuberculinine* que j'isolai, donna des réactions chimiques et physiologiques absolument identiques. Ainsi se trouvent justifiées, au point de vue chimique, les expériences de MM. Calmette et Breton, dont nous reprendrons et développerons les conclusions:

«L'ingestion de produits tuberculeux, même stérilisés par «la chaleur, peut être très dangereuse pour les sujets déjà in-« fectés de tuberculose, et peut ne pas être inoffensive pour «ceux qui en sont indemnes.»

Il serait à désirer que soit interdite la vente du lait, même stérilisé, ou des divers produits dérivés du lait provenant des vaches suspectes ou nettement tuberculeuses. En attendant, il faut éviter d'une manière absolue d'alimenter avec ces produits les enfants ou les sujets adultes tuberculeux.

Tout produit destiné à la consommation devrait provenir exclusivement de bêtes saines, et ne pas donner la réaction de la *Tuberculinine* chimique ou expérimentale.

Dr Paul Cornet. *Enseignement et vulgarisation de l'hygiène alimentaire à l'école et hors l'école. — Vue générale.* Toute la prophylaxie sociale, y compris l'hygiène alimentaire, devrait être répandue par des causeries simples, systématiquement organisées par les sociétés initiatrices (dans l'espèce par la Société d'Hygiène alimentaire), de façon à pouvoir atteindre les milieux sociaux les plus humbles: tels les « travailleurs », les indigents et les nécessiteux.

Il faudrait instituer des équipes de «causeurs», en les indemnisant de leur peine ; car c'est là un précieux et légitime moyen pour inciter celui qui «cause», à objectiver davantage. Un grand défaut de la propagande en général, du moins telle qu'elle est faite dans notre pays, et abstraction faite de la propagande politique, est d'être plus subjective qu'objective et d'être faite par des orateurs de marque et dans des locaux officiels ou grandioses où ne viennent pas les auditeurs les plus intéressés. L'idéal serait de pénétrer partout où possible jusque chez le marchand de vin et le limonadier. La tentative peut sembler hardie, et pourtant on peut entendre en certains pays, en Allemagne en particulier, des conférences contre l'alcoolisme faites dans des cafés. Il suffirait, d'ailleurs, de la bonne volonté, dédommagée s'il y a lieu, de quelques débitants de boissons hygiéniques (bière) à bon marché.

La propagande doit être faite chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte. Mais il ne faudrait pas croire que, par l'école et par les œuvres postscolaires (patronages, amicales), on atteignit toujours l'adulte futur. L'adolescent devenu homme s'autorise des exemples qu'il voit dans la masse sociale où il est entré, pour se croire en droit et en devoir de considérer certains enseignements de l'école comme bons seulement pour le passé. C'est donc le plus complètement possible qu'il faut envisager la vulgarisation de l'hygiène alimentaire à l'école et hors l'école.

Propagande à l'école. L'hygiène alimentaire trouverait logiquement sa place dans les leçons d'hygiène générale que les médecins-inspecteurs des Ecoles de Paris ne cessent de réclamer (1) comme cours complémentaire destiné aux premières classes des Ecoles primaires. Ces «causeries» seraient faites par le médecin-inspecteur, d'après un programme-type susceptible de révision et laissant assez de latitude à la personne chargée de le développer; cinq ou six leçons pourraient suffire parmi les 12 ou 14 englobant toute l'hygiène.

Enseignement ménager. — D'abord les leçons de cuisine ménagère devraient être multipliées dans les écoles. Ensuite ces leçons devraient être précédées de démonstrations théoriques en harmonie avec les leçons d'hygiène alimentaire données à l'école.

Hors l'école. — Dans les Universités populaires, les Amicales, les Patronages, ainsi que dans les casernes où déjà se font avec succès des conférences agricoles. De même, il faudrait essayer de pénétrer parmi les classes les plus humbles, par le moyen des boissons hygiéniques à bon marché (bière).

Programme de propagande. — Ce programme doit varier naturellement suivant qu'on s'adresse à des enfants ou à des adultes. Dans tous les cas il serait bon d'utiliser à l'occasion les projections lumineuses. Voici à titre de renseignement le schéma de la partie intéressante du cours d'hygiène que nous faisons depuis plus de 20 ans aux infirmières des hôpitaux de Paris.

1° — Nécessité de se nourrir. — Croissance. — Chaleur mécanique, chaleur animale. — Composition schématique du corps humain, et celle des aliments. — Matières azotées, grasses, hydrocarbonées.

2° — Rôle sommaire de l'appareil digestif. — Mastication, soins de la bouche. — Propreté des mains, et celle de certains aliments (fruits crus, gâteaux, morceaux de sucre, etc). Tenue à table, manière de manger, état ou influence du vêtement.

3° Aliments en particulier : viandes, légumes, poissons, lait, fromages, beurre, pâtisseries, sucre, miel. Avantages et inconvénients de la viande crue. - Viandes diverses.

4° — Altérations, conservations, cuisson des aliments? Maladies provenant des aliments. - Abus des viandes, abus des légumes. — Dangers de l'excès, dangers de l'insuffisance dans l'alimentation.

Régimes-types suivant certaines professions. Ration de repos, ration de travail. Valeur nutritive et valeur marchande des aliments. Valeur nutritive de certains aliments à l'état cru et sous certaines formes culinaires les plus simples. Procédés de cuisson, et modifications qui en dépendent.

5° — Boissons : vin, alcool (alcoolisme), bière, boissons diverses (limonade, citronade, eau et café). - Eau, altérations et dangers possibles. — Café, thé, chocolat. - Sucre, café, alcool, boissons dangereuses ; liqueurs « digestives », « apéritifs », rhum, cognac.

6° — Composition et répartition des repas. — Comptabilité alimentaire. — Le repos, l'exercice et le travail, dans leurs rapports avec les repas.

(*A suivre.*)

Dr Paul Cornet.

(1) Lire le rapport spécial du Dr de Pradel dans le rapport général du Dr P. Cornet rapport imprimé par le Conseil municipal de Paris, 1906

REVUE DE CHIRURGIE

L'Ectopie testiculaire et ses complications ; d'après le rapport de M. le Dr Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris, au XIXe *Congrès de chirurgie*, 1906.

D'abord considérée comme une curiosité anatomique, l'ectopie testiculaire entra en 1820 dans le domaine de la chirurgie par l'opération de Koch, de Munich, opération vite abandonnée pour être reprise avec l'apparition de l'antisepsie en 1879, par Annandale, puis en France par Lucas-Championnière.

Anatomie pathologique. — Situés d'abord à la voûte de la région abdominale, les testicules opèrent normalement leur migration pendant la vie intra utérine. Au 3e mois, ils sont dans le grand bassin, au 5e et au 6e mois contre l'anneau interne du canal inguinal où ils s'engagent peu à peu pour achever leur descente dans les bourses à la fin de la vie intra-utérine. L'ectopie testiculaire peut être le résultat soit d'un arrêt de cette migration de la glande, soit d'une déviation de cette migration, soit d'une ascension consécutive à la descente du testicule, ascension périodique ou définitive. M. Sébileau a fait remarquer le fait très intéressant que l'ectopie testiculaire de l'homme et ses différentes formes reproduisaient les différents types de position du testicule dans la série animale. Il classe les ectopies en trois classes selon qu'elles correspondent aux migrations retardées, aux migrations aberrantes ou aux migrations intermittentes. M. Souligoux adopte la classification qui s'adapte au plus grand nombre de cas, bien qu'elle ne soit pas parfaite.

Il admet deux classes d'ectopies :

1° Les *ectopies à migration incomplète* (rétention) qui sont *abdomino-lombaires* ou *iliaques* proprement dites ou iliaques rétro-pariétales ou bien *inguinales* (internes, interstitielles ou externes) ou encore *cruro-scrotales*.

2° Les *ectopies proprement dites à migration défectueuse*, qui peuvent être abdominales, crurales ou périnéales.

M. Souligoux fait remarquer que les ectopies cruro-scrotales et inguinales externes sont plus souvent dues à une migration défectueuse qu'à une rétention.

Migrations arrêtées, incomplètes, rétention. — L'*ectopie lombaire susrénale* est fort rare ; dans les deux cas observés (Olivier, d'Angers, et Cruveilhier) le testicule coiffait le rein à son extrémité inférieure comme les capsules surrénales le coiffent à son extrémité supérieure.

L'*ectopie iliaque*, plus fréquente, est souvent double. Le testicule dans la fosse iliaque repose ~~soit sur~~ le psoas, soit en dedans, du côté de la vessie. Dans la variété rétro-pariétale, il est en dedans à peu de distance de l'orifice interne du canal inguinal.

L'*ectopie inguinale* est de beaucoup la plus fréquente (67 p. 100). Suivant la situation du testicule dans le canal, elle peut être interne, interstitielle ou externe. Le testicule peut être diversement orienté et même en inversion. Très fréquemment, chez l'enfant, la glande n'est pas fixe et varie de situation dans le canal inguinal. Chez l'adulte, elle tend davantage à être fixe. Souvent dans l'ectopie inguinale interstitielle ou externe, l'orifice externe du canal inguinal est très rétréci et même absent.

D'après Berger, tantôt le conduit péritonéo-vaginal persiste dans toute son étendue, tantôt il est oblitéré en partie ou en entier. On doit signaler encore le raccourcissement des faisceaux du crémaster externe et souvent des lésions acquises (brides fibreuses) s'ajoutant à ces malformations.

Une variété fort intéressante et étudiée par Tillaux est l'*ectopie testiculaire interstitielle*, à laquelle est intimement liée la hernie inguino-interstitielle qui, pour se produire, exige comme condition essentielle l'absence de l'anneau externe.

Dans l'immense majorité des cas, le sac herniaire est en avant des éléments du cordon, sauf quand il y a inversion testiculaire. Le sac, presque toujours d'origine congénitale, est, suivant qu'il est oblitéré ou non, accompagné d'une vaginale indépendante ou non, la hernie est dite, selon les cas, testiculaire ou funiculaire. Néanmoins il peut exister des hernies acquises, on peut rencontrer deux sacs l'un en avant et l'autre en arrière du cordon. Il peut y avoir des hernies inguinales et propéritonéales. Ce qui caractérise le sac congénital, outre son rétrécissement marqué à l'anneau inguinal interne, c'est son extrême minceur et son adhérence intime aux éléments du cordon. Le sac peut être rudimentaire, limité à l'anneau interne ou venir en contact avec le testicule ou descendre, atteindre le fond des bourses accompagné ou non du cordon et de l'épididyme. L'intestin et l'épiploon peuvent occuper le sac, y être adhérents ou libres.

Parmi les *ectopies sous-cutanées*, le prototype est l'*ectopie au-dessous de l'anneau*, où l'on peut abaisser un peu le testicule et surtout le faire remonter dans le canal si l'orifice externe est dilaté. Sous des influences mécaniques l'ectopie peut affecter rarement la variété sous-cutanée inguinale interne ou la variété cruro-scrotale (Godard).

L'*ectopie périnéale* et l'*ectopie crurale* sont encore très rares. Enfin on peut constater, lorsqu'il existe des dispositions anatomiques spéciales, une *ectopie intermittente*.

Le plus souvent le testicule en ectopie est plus petit que normalement, parfois même il a subi un certain degré d'atrophie. Quelquefois la verge et le scrotum sont aussi moins développés que normalement. Souvent ces lésions sont dues à des causes mécaniques et à la compression d'un bandage.

La pathogénie des ectopies testiculaires n'est pas sans présenter une certaine obcurité. Un arrêt de développement de l'appareil testiculaire (anneaux, canal déférent, testicules), semble y jouer un rôle important. Le testicule peut être arrêté par des adhérences du conduit péritonéal aux éléments du cordon dont le déplissement est empêché.

Enfin l'anneau externe peut être oblitéré ou rétréci et arrêter la migration de la glande génitale. Enfin le rôle du crémaster est manifeste, soit en déterminant la réascension du testicule qui peut alors contracter des adhérences, soit en maintenant par sa brièveté ou le volume anormal de ses faisceaux la glande en ectopie sous-cutanée. Enfin il peut arriver qu'une lame fibreuse oblitère l'ouverture du scrotum (Jalaguier).

Etude clinique. — Pour diagnostiquer l'ectopie testiculaire, il faut tout d'abord *reconnaître que la glande n'est pas dans les bourses* ; la palpation suffit à cela, mais il faut songer à la possibilité de la présence du canal déférent et de l'épididyme dans les bourses, à l'existence d'une hydrocèle. Il faut ensuite *reconnaître la région où la glande est arrêtée*. Cette constatation est facile dans l'ectopie sous-cutanée ou intra-inguinale ; elle est plus difficile dans l'ectopie intra-abdominale ; seule la douleur caractéristique à la pression pourra guider le clinicien et encore ce signe n'a rien de pathognomonique.

La *recherche de la mobilité ou de la fixité* de la glande sera toujours utile à faire. Cette constatation, facile à faire, peut donner parfois des indications sur les causes de l'ectopie et permettre de pronostiquer les résultats probables de la cure, plus favorables si le testicule est mobile (Félizet), mais les indications pronostiques sont, de l'avis de Souligoux, très loin d'être absolues.

Il faudra ensuite *se renseigner sur la situation de l'intestin*. L'examen minutieux permettra de reconnaître les rapports de l'intestin et de l'épiploon avec le testicule. En général, cet organe suit la hernie dans ses mouvements.

On devra encore chercher à *apprécier les chances de migration ultérieure*, ce qui est fort difficile. Toutefois, si le testicule n'est pas mobile on peut affirmer qu'il n'a aucune chance de descendre.

Le clinicien appréciera encore *les modifications qui surviennent dans l'état général de l'individu*. Les *troubles des fonctions testiculaires* ont une action manifeste sur le développement de l'individu.

Mais Souligoux est loin d'admettre que la cryptorchidie double transforme fatalement le malade en eunuque.

Cependant de façon générale on admet que le testicule en ectopie est impropre à la reproduction. Chez l'adulte, le testicule ectopique diffère du testicule normal par deux grands caractères : 1° par l'absence de spermatogenèse ; 2° par l'abondance des cellules interstitielles. Il est certain que, suivant l'opinion de Félizet, le plus souvent le testicule en ecto-

pie est un testicule mal développé ou atrophié, mais cela ne suffit pas à expliquer les cas de stérilité des testicules bien constitués qui sont en ectopie. Souligoux attribue cette stérilité à des troubles circulatoires.

« Ainsi donc, écrit-il, le testicule ectopique manquant de sang ne peut amener ses produits à maturité et produire des spermatozoïdes, tel un vieil arbre manquant de sève, produit encore des fleurs mais ne peut arriver à en faire des fruits ».

En outre le testicule en ectopie vieillit vite et, si on ne l'opère à temps, subit de bonne heure la transformation sénile.

Le *pronostic* est bénin, le pis qui peut arriver est l'atrophie du testicule.

Complications. — Un certain nombre de *complications* peuvent survenir. D'abord les *phénomènes douloureux* au moment de la puberté, tantôt gêne plus que douleur, tantôt douleur tellement vive avec irradiation et pouvant aller jusqu'à provoquer la syncope et qui porte à réclamer une intervention chirurgicale.

L'*étranglement herniaire*, provoqué par la présence du testicule qui comprime l'intestin dans le canal inguinal, est infiniment rare.

Les *inflammations* du testicule en ectopie ne diffèrent pas de celle du testicule normal. Souligoux ne pense pas que l'ectopie prédispose cette glande à une transformation néoplasique. Il pense que les auteurs qui ont affirmé la fréquence de cette complication ont été victimes d'une illusion.

La *torsion du testicule et l'infarctus hémorrhagique* sont les complications les plus intéressantes, décrites pour la première fois par Delasiauve en 1840 sous le nom de « tortillement du cordon dans le trajet inguinal et bien étudiées par Sébileau dans le « Traité de chirurgie clinique et opératoire » (1901).

La torsion du testicule se manifeste quand le testicule en ectopie descend dans les bourses, et passe l'orifice externe.

Une variété de beaucoup la plus fréquente est la torsion intra-vaginale ou volvulus du testicule. En cas d'ectopie, lorsque la glande, surtout sous l'influence du massage, est descendue dans les bourses, elle n'est pas fixée et pend suspendue à un pédoncule, absolument comme le cœur dans le péricarde. Le ligament scrotal manque et une torsion, un véritable volvulus, peut se produire. Il en résulte un infarctus hémorragique qui peut se terminer par sphacèle ou par résorption lente.

L'apparition de la torsion est généralement brusque avec une douleur très vive, syncopale, un facies péritonéal, la demi-flexion de la cuisse correspondante dont les muscles sont contracturés. Des vomissements peuvent survenir.

Le scrotum se tuméfie, rougit, s'œdématie, on perçoit de la fluctuation dans la vaginale. Si la torsion est incomplète, tout peut rentrer dans l'ordre et des récidives peuvent se produire. La rareté de cet accident en rend seule le diagnostic difficile.

Le traitement consiste en la détorsion par taxis qui laisse exposé à la récidive. Il vaut mieux avoir recours à l'orchidopexie intra-séreuse après détorsion, ou à la castration si l'état du testicule l'exige.

Traitement. — Il est généralement admis que le testicule peut descendre jusqu'à la puberté, passé cette époque, l'ectopie tend à devenir définitive. L'âge de 12 à 14 ans est la dernière limite de l'abstention. L'époque d'intervention varie selon les chirurgiens. Richelot, Jalaguier, attendent 10 à 13 ans. Villemin conseille plus tôt. Broca ne tient pas toujours compte de l'âge. Walker croit qu'il faut opérer avant la puberté. Walton fixe la dernière limite à 10 ans. Tédenat et Rieffel sont partisans d'une intervention précoce; Hunter, Godard, Monod, Terrillon, Tuffier, Tédenat, pensent qu'on peut recourir au *massage*.

Chaque séance doit être de 10 à 12 minutes, il faut en arriver à des pressions douces puis à de véritables tractions. L'énergie de ces manœuvres est réglée par la sensibilité du testicule. Si au bout d'une dizaine de séances, il n'y a pas de résultat appréciable, c'est que le massage est insuffisant. Le *bandage* peut être conseillé pour maintenir la hernie et empêcher le testicule de remonter une fois que le massage lui a fait franchir l'anneau, mais de plus en plus l'usage du bandage est abandonné par les chirurgiens, car ses méfaits dans l'ectopie peuvent être fréquents.

Intervention sanglante. — Dans cette intervention, universellement admise aujourd'hui, on s'efforce de mobiliser le testicule, d'allonger son pédicule, puis on place le testicule dans le scrotum et on tâche de l'y faire rester.

Dans le premier temps de cette opération, on doit d'abord commencer par pratiquer une cure radicale complète de hernie inguinale pour interrompre absolument les connexions qui rattachent le testicule et la séreuse qui lui correspond à la grande séreuse péritonéale ; il faut, une fois que testicule et le cordon ont été libérés des adhérences qui les fixent, que la glande puisse être amenée sans traction au-dessous du scrotum. Si l'on ne peut obtenir cette libération, il faut avoir recours à la castration, ou, ce qui est préférable, réduire le testicule dans l'abdomen et mieux l'y fixer.

Une fois le testicule libéré, on doit chercher à le fixer. Villemin a pour cela suturé les deux testicules que la racine de la verge empêche ainsi de remonter. Dans le même but Mauclaire pratique la greffe intertesticulaire ; Walther et Witzel maintiennent le testicule en ectopie dans la loge du testicule opposé.

D'autres procédés consistent à chercher un point d'appui en dehors des bourses. On a employé des appareils de traction spéciaux (Watson-Cheyne), la traction élastique au moyen d'un fil en caoutchouc traversant la vaginale et fixé au genou (Tuffier) ou à la cuisse. On a fixé le testicule à la peau du périnée (Nicoladini), à la peau de la cuisse (Keetley).

Tuffier a, le premier, essayé de fixer le cordon aux piliers de l'orifice inguinal et d'empêcher ainsi le testicule de remonter. Richelot a perfectionné ce procédé en suturant le cordon au canal inguinal en terminant la cure radicale, tout en évitant de serrer l'artère spermatique et le canal déférent dans les sutures.

Avec M. Peyrot, Souligoux conseille un procédé dont ces deux chirurgiens sont les auteurs. Ce procédé consiste d'abord à empêcher l'élasticité du cordon d'attirer le testicule en haut, en fixant le cordon d'une part aux tendons et périoste qui recouvrent le pubis, de l'autre à l'aponévrose des adducteurs. Ensuite on lutte contre l'élasticité des bourses qui tendrait à chasser le testicule de la loge qui lui a été faite dans le scrotum, en suturant le cordon en partant du voisinage de l'épididyme par 4 points étagés à la peau du scrotum sans la perforer. Ce procédé, employé dans 35 cas par Peyrot et Souligoux, leur a donné (sauf dans un cas où il y a eu atrophie) d'excellents résultats.

Il convient de signaler un procédé original de Nélaton et Ombredanne, qui font passer le cordon à travers le corps du pubis perforé.

En somme d'après Souligoux, l'ectopie testiculaire doit être opérée entre 6 ou 8 ans, si un massage répété, mais léger, n'a pas donné de résultat ; on devrait même opérer plus tôt s'il existe une hernie compliquant l'ectopie. Si on ne peut libérer le testicule, il faut toujours religieusement le conserver.

L'opération doit remplir deux indications : 1° faire la cure radicale de la hernie, car il y a toujours une hernie concomitante représentée par un sac complet ou tout au moins par une amorce de sac ; 2° amener et fixer le testicule dans le scrotum. Le meilleur procédé de fixation consiste à suturer le cordon aux piliers ou au pubis.

J. Noir.

PHARMACOLOGIE

BIBLIOGRAPHIE

Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique; par Wicart, ancien interne du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière. (H. Paulin, édit., 21,rue Hautefeuille, Paris, 1906.)

Les complications suppurées des otites moyennes avec évolution vers la boîte cranienne sont fréquentes et leurs conséquences sont graves. Actuellement,le médecin dispose avec la radiographie, l'examen du sang, celui du liquide céphalo-rachidien, etc., de nouveaux moyens d'investigation qui permettent de préciser le diagnostic et de renouveler l'étude de ces affections.

C'est ce qu'a tenté un jeune spécialiste d'avenir, M. Wicart. Bien que son but ait été de faire l'étude complète de la question, il a dû dans sa thèse inaugurale se borner à traiter des seuls abcès du lobe sphéno-temporal, les plus fréquents des abcès du cerveau d'origine otique.

Ces abcès siègent habituellement à la partie antérieure des deuxième et troisième circonvolutions temporales. Le plus souvent, la propagation de l'inflammation a lieu directement par continuité, après adhérence et invasion des méninges. Quelquefois cependant les agents pathogènes se propagent par les gaines lymphatiques des vaisseaux longs de la pie-mère. Enfin il peut arriver que l'abcès soit la conséquence d'une thrombose d'une artère terminale donnant lieu à un infarctus suppuré.

L'abcès se développe aux dépens de la substance blanche refoulant la substance grise. Une néomembrane se forme autour de la poche, l'enkystant en quelque sorte et la guérison spontanée peut survenir, mais le plus souvent l'épanchement purulent augmente et finit par s'ouvrir vers la corticalité ou dans les ventricules. Trois zones entourent la masse purulente, une zone de nécrose, une zone d'enkystement et une zone d'irritation à la périphérie de la membrane d'enveloppe. Le pus, généralement fétide, peut être stérile, il contient ordinairement des streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, bacilles pyocyaniques, microbes anaérobies, etc.

Les symptômes de l'abcès temporo-sphénoïdal relèvent des signes généraux de la suppuration, de ceux de l'hypertension intra-cranienne et de la localisation des troubles nerveux.

On constate le plus souvent une fièvre modérée, de la céphalée intense, constante, parfois avec raideur de la nuque, du ralentissement du pouls qui, malgré cela reste régulier et fort. Il y a amaigrissement, asthénie intellectuelle, pouvant aller jusqu'au coma et à la folie. On observe encore parfois de la stase papillaire. Comme signe de localisation nerveuse due à la compression, c'est surtout la surdité verbale.

Le diagnostic est parfois très difficile à cause de la variabilité des symptômes. On a vu des malades internés comme aliénés qui étaient atteints de ces genres d'abcès.

L'examen systématique de l'oreille, l'examen cytologique du sang, celui du liquide céphalo-rachidien, permettent de préciser le diagnostic.

La crainte de ces abcès doit engager à leur prophylaxie, qui consiste à ne pas négliger les otites suppurées chroniques et à avoir recours à l'évidement pétro-mastoïdien si des pansements prolongés ne suffisent à tarir la suppuration.

La ponction lombaire sera le traitement palliatif d'urgence; lorsque l'hypertension cérébrale devient menaçante, on la pratiquera aussi avant la trépanation pour éviter les accidents de l'anesthésie dans ces cas particuliers.

La trépanation avec ouverture de l'abcès s'impose. Pour éviter l'hémorragie, on ponctionnera le cerveau avec un trocart mousse et l'on pratiquera le drainage.

Dans les cas désespérés ouverts dans les ventricules, on aura recours au double drainage par la voie mastoïdienne ou squameuse et par la voie lombaire.

Cet important travail s'appuie sur huit observations de l'auteur, toutes personnelles et la plupart inédites et sur une longue étude bibliographique dont la simple énumération des documents occupe les 18 dernières pages de l'ouvrage de M. Wicart.

L'auteur nous laisse espérer dans sa préface que sa thèse inaugurale ne sera qu'un chapitre d'une étude complète de la question des abcès endo-craniens, qui est entièrement à reprendre. Espérons que, dans l'intérêt de la chirurgie du crâne et pour le bénéfice de nombreux malades, il réalisera bientôt ce projet.

La lecture de son ouvrage sur les abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau d'origine otique ne nous laisse aucun doute sur l'importance et la valeur du travail que M. Wicart nous promet. J. Noir.

Grossesses et avortements chez des femmes employées à la manufacture des tabacs.

Après une revue d'ensemble très intéressante des travaux parus sur la question, M le Dr J. Livon fils, rapporte, dans le *Marseille médical* du 1er mars 1906, trois belles observations (dans l'une, il y a dix avortements sur dix grossesses); l'auteur termine ainsi : « La polymortalité des enfants, qui est établie par les statistiques, provient-elle de l'hygiène mauvaise des usines ou d'un empoisonnement du lait par la nicotine ? »

Voici maintenant trois cas que nous avons relevés :

1° Mme Web..., employée aux tabacs, 7 grossesses, 6 enfants mort-nés, notre malade, idiot, mort de tuberculose pulmonaire. (*Compte rendu* de 1900, p 132).

2° Mme Languill... travaille dans une manufacture des tabacs. *Six grossesses* : 1° un garçon mort de méningite (?) à trois jours ; 2° un garçon également mort de méningite à quelques jours ; 3° fille mort-né ; 4° un garçon mort de tuberculose pulmonaire ; 5° un garçon bien portant ; 6° notre malade imbécile athétosique. (*Compte-rendu* de 1902, p. 184).

3° Mme Lherm... travaillant dans les tabacs ainsi que son mari. Elle a eu 10 grossesses : 1° et 2° fausses couches ; 3° un garçon mort-né ; 4°-7° quatre garçons morts de méningite ; 8° un garçon mort à deux ans et demi de convulsions; 9° une fille bien portante ; 10° notre malade (1).

La mère d'un autre de nos malades, employée dans une manufacture de tabacs — dont nous n'avons pu retrouver les notes — est dans le même cas, nombreuses grossesses, mortalité considérable : « Nous sommes toutes comme cela, nous avons beaucoup d'enfants et nous les perdons presque tous. » Bourneville.

VARIA

Migration des aiguilles dans les téguments.

La migration des aiguilles introduites dans des téguments est un fait bien connu dont on peut voir du reste un bel exemple au musée Dupuytren.

MM. Louis Rénon et Léon Tixier en ont produit un cas intéressant à la *Société médicale des hôpitaux*.

Le cœur d'une morphinomane présentait dans sa cloison auriculo-ventriculaire une *aiguille* qui avait été cause d'accidents variés. Le cœur était le siège de lésions d'âges différents qui ont été interprétées de la façon suivante : péricardite hémorragique contemporaine de la migration de l'aiguille, puis septicémie ayant pour point de départ, une plaie extrêmement septique d'une petite articulation métatarso-phalangienne, enfin endocardite maligne limitée au cœur droit et au lieu d'implantation du corps étranger. La cause déterminante de cette complication a été la présence dans le sang de micro-organismes ; le corps étranger a constitué ici une cause occasionnelle en raison des traumatismes incessants de l'endocarde.

A propos de ce fait, nous rappellerons celui que nous avons communiqué à la *Société anatomique*, en

(1) *Compte-rendu* de Bicêtre de 1904, p. 41.

1868 (*Bulletin*, p. 257). Il s'agissait d'une femme, Legr... (Marie), morte de *myélite chronique*, dans le service de M. Charcot. Nous ne relèverons que ce qui a trait au cœur : Adhérences au péricarde, résistantes, sur les deux faces du cœur, plus marquées en avant : 1° à la pointe ; 2° sur le bord droit ; 3° à la base. *On trouve implantée verticalement dans l'épaisseur du bord libre du ventricule droit une* LONGUE AIGUILLE (*cinq centimètres*), *dont la pointe et la tête sont à peine recouvertes par le feuillet viscéral du péricarde et la couche graisseuse, et ne faisant pas saillie à la face interne de ce ventricule.* Les orifices et les valvules sont normaux... »

BOURNEVILLE.

Un moyen d'enlever les échardes.

Pour enlever une écharde enfoncée sous l'ongle, M. Derome utilise un procédé très simple et très pratique. Il ramollit le tissu corné unguéal en promenant sur lui, dans une largeur de quelques millimètres autour de l'écharde que l'on aperçoit par transparence, un bout d'allumette trempée dans une solution de potasse caustique à 1/10 et même à 1/5. Cela fait, il enlève la bouillie carnée par raclage avec le dos d'un scapel ou avec un fragment de verre mousse applique une nouvelle couche de potasse, racle à nouveau et finit par tomber sur l'écharde qui s'énuclée avec la plus grande facilité. (*Bull. méd.*, 12 sept.).

Les sciences médicales en dehors des Universités, en Allemagne et en France; par M. SABRAZÈS. (*Gaz. hebd. des sc. méd.* Bordeaux, 14 oct.)

« En Allemagne, les sciences médicales comptent de nombreux et illustres représentants même en dehors des villes et des milieux universitaires. Les médecins d'hôpitaux, par exemple, occupent une haute situation ; les municipalités s'enorgueillissent du renom qu'ils ont acquis et n'épargnent rien pour faciliter leurs recherches. Leur service est organisé comme une clinique modèle avec toutes ses dépendances. Ils ont le pouvoir — et estiment que c'est pour eux un impérieux devoir — non seulement de soigner correctement les malades confiés à leurs soins, en les laissant bénéficier de toutes les ressources de la thérapeutique moderne, mais aussi de pousser plus avant leurs études biologiques et anatomo-pathologiques et de s'engager librement dans les voies encore mal explorées, hors des sentiers battus. Ils peuvent pour la plupart, suivant le mot de Michelet, travailler dans la joie sans se heurter à tout instant aux obstacles de la route qui finissent par lasser la volonté et par user l'effort. Le corps médical, conscient de sa valeur et de son rôle, se meut à l'aise dans son champ d'action ; il préside aux admirables progrès réalisés dans l'édification des hôpitaux et dans leur aménagement intérieur, il n'est pas bridé dans ses initiatives par des formalités insurmontables et par les entraves inextricables que créent la routine, l'ignorance, la peur des responsabilités, l'horreur du changement, la pénurie des ressources.

Ectopie testiculaire et virilité.

Dans son mémoire sur l'*ectopie testiculaire* au 19e Congrès de Chirurgie, le distingué chirurgien des hôpitaux de Paris, le Dr Ch. Souligoux, constate que, dans l'immense majorité des cas, le testicule ectopique est impropre à la fécondation, bien que les individus soient le plus souvent aptes au coït. Et il cite le curieux exemple suivant : « Il ne manquait pas de virilité le soldat de Monseigneur de Montmorency qui fut surpris, violant une fille, et, de chaud en chaud, fut pendu à la fenêtre de la maison où le délit fut perpétré. Cabrol en fit l'autopsie. « Entre choses, le plus rare, dit-il, c'est qu'il ne fut trouvé aucun testicule ni extérieurement ni intérieurement; bien lui trouvasmes-nous ses gardouches ou greniers autant remplis de semence qu'aucun homme que j'ai anathomisé depuis, cela estonna merveilleusement toute l'assistance. » Cabrol en concluait que les testicules ne sécrétaient pas la semence, mais servaient « de contrepoids pour tenir les pampinations ou épididymes tendues, afin que les fibres soient bien tendues pour donner passage à la nauette plus aisé, sans icelle tension la semence par sa viscosité et crassitude ne pourrait aisément passer ». Il est évident que l'autopsie de Cabrol fut incomplète et, ce qui nous étonne le plus aujourd'hui, c'est avec quel empressement ce fait a été accepté et rappelé par certains auteurs, Meckel entre autres. »

Un signe certain de la mort.

Beaucoup de personnes sont hantées de la crainte d'une inhumation précipitée. La *Revue* leur indique un moyen d'éviter les périls de la mort apparente Il a été découvert par le docteur Icard, qui le dit infaillible. Partant de ce principe que la putréfaction est le signe certain du décès et qu'elle commence toujours par le poumon. M. Icard recommande d'introduire dans la narine de l'intéressé un morceau de papier sur lequel on a tracé des caractères avec une solution d'acétate neutre de plomb. Cette solution étant incolore, l'écriture est invisible : pour qu'elle apparaisse, il faut que des vapeurs sulfhydriques se dégagent du poumon. Si au bout de vingt-quatre heures le papier reste intact, le défunt n'est pas mort ; au cas contraire, il a signé lui même son acte de décès. (*Les Débats*).

Dessins préhistoriques.

M. Emile Cartailhac, correspondant de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, y a signalé, par l'entremise de M Salomon Seinach, une nouvelle caverne ornée de figures dans les Pyrénées de l'Ariège. Cette fois, les dessins principaux se trouvent au cœur d'une montagne, à 800 mètres de l'entrée et du jour. Ils furent aperçus d'abord par le commandant Malard et ses fils qui, par distraction, levaient le plan de la grotte et qui firent avertir M. Cartailhac. Eux et lui ont constaté la présence dans une rotonde grandiose d'une trentaine de bisons, de chevaux, de cervidés et de bouquetins, tous dessinés en noir avec un réel talent, et du style, maintenant bien déterminé, de l'époque paléolithique. Ce « salon » noir se distingue ainsi par l'unité de sa couleur de ceux qu'on connait ailleurs. Il est sans doute un des plus anciens. De nombreux signes rouges, déjà vus ou nouveaux, se rencontrent dans les galeries.

On remarque surtout les flèches noires ou rouges dessinées sur les flancs de sept bisons. Il est permis de les expliquer par la pratique de l'*envoûtement*. Ce serait la confirmation du rôle magique joué par ces images dans les cavernes profondes. (*Le Temps.*)

LES CONGRÈS.

Congrès des sociétés savantes. — Le prochain congrès des sociétes savantes se tiendra à Montpellier du 15 au 21 avril 1907. Voici le programme de la section des sciences : La tuberculose et les moyens d'en diminuer la contagion ; les sanatoria d'altitude et les sanatoria marins ; étiologie de la paralysie générale et du tabes. Les méthodes de désinfection contre les maladies contagieuses et les résultats obtenus dans les villes, les campagnes et les établissements où la désinfection des locaux habités est pratiquée ; adduction des eaux dans les villes, études sur la pollution des nappes souterraines ; la peste, ses diverses formes et sa propagation, possibilité de sa propagation en France ; la lèpre et la pellagre en France ; du rôle des insectes et spécialement de la mouche vulgaire dans la propagation des maladies contagieuses. Hygiène de l'enfant à l'école.

FORMULES

LXXXV. — Dans la fièvre typhoïde.

Acide benzoïque de benjoin..........	1 à 3 gr.
Eau distillée de cannelle............	50 gr.
Sirop de tolu.......................	100 gr.
Rhum vieux.........................	100 gr.
Eau distillée.......................	750 gr.

Boisson à recommander aux typhiques. (A. ROBIN.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le mercredi 5 décembre 1906, à midi, à la salle des concours de l'Administration rue des Saints Pères, n° 49. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Service du personnel), de midi à trois heures, du vendredi 2 novembre 1906 au samedi 24 du même mois inclusivement. Le nombre des places vacantes s'élève à 20.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tuberculoses et affections des voies respiratoires.

Le professeur Peter a dit que la plus importante médication des tuberculeux était l'hygiène, « qui empêchait le tuberculisable de devenir tuberculeux et le tuberculeux de devenir plus tuberculisable ».

L'hygiène, dont on se préoccupe tant aujourd'hui, et que l'on doit, avec juste raison, placer au premier rang, est malheureusement insuffisante et ne saurait à elle seule, ainsi que le prouvent le grand nombre des cas incurables que l'on rencontre dans les sanatoriums, guérir une phtisie nettement confirmée.

Mais l'expérience avait démontré à la thérapeutique que les éléments les plus aptes à combattre la tuberculose et les états prétuberculeux, en relevant la nutrition défaillante, étaient le phosphore et la créosote de hêtre, afin d'avoir un médicament qui empêche le tuberculisable de devenir tuberculeux et qui permette au tuberculeux de se débarrasser de ses bacilles.

Telle est l'Emulsion Marchais à la créosote de hêtre, glycéro-phosphate de chaux et baume de tolu. L'émulsion Marchais présentée à l'Académie et à plusieurs Sociétés savantes a été employée avec succès dans les hôpitaux.

Dans son « Traité de médecine ». le docteur Ferrand dit : « L'Emulsion Marchais glyco-créosotée est,d'après l'avis des médecins, la meilleure préparation créosotée, la plus efficace et la plus inoffensive ; elle diminue rapidement la toux,l'expectoration, la fièvre et active la digestion. »

L'Emulsion se prend à la dose de 3 à 6. cuillerées à café, délayée dans lait, tisane, bouillon, etc.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 31 octobre.* — *M. Thibonneau* : Contribution à l'étude des paralysies radiculaires supérieures, et en particulier de leur diagnostic (MM. Brissaud, Gaucher, Segond, Mauclaire). — *M. Rousselot* : Déterminations de la blennorrhagie sur la prostate et les vésicules séminales (MM. Gaucher, Brissaud, Segond, Mauclaire). — *M. Pastour* : De la conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'œsophage (MM. Segond, Brissaud, Gaucher, Mauclaire).

Samedi 3 novembre. — *M. Guérin* : Sur quelques complications éloignées des amygdalites aiguës. De la présence du streptocoque dans ces amygdalites (MM. Dieulafoy, Raymond, Renon, Jeanselme). — *M. Douste-Blazy* : De la forme rénale de l'ictère grave (MM. Raymond, Dieulafoy, Renon, Jeanselme). — *M. Lavallée* : Ponction lombaire dans les fractures du crâne (MM. Berger, Gilbert, Faure, Carnot). — *M. Lacheny* : Le citrate de soude : son rôle sur les fonctions de l'estomac ; son emploi dans la thérapeutique gastrique (MM. Gilbert, Berger, Faure, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi 29 octobre.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Delens, Proust. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Déjerine, Legry, Claude.

Mardi 30 octobre. — 5e (Chirurgie, Charité) : MM. Berger, De Lapersonne, Auvray. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Robin, Dupré, Carnot.

Mercredi 31 octobre. — 1er (Oral, Salle Pasteur) : MM. Reclus, Sébileau, Cunéo. — 2e (Salle Béclard) : MM. Gautier, Ch. Richet, Branca. — 3e (1re partie, Oral, Salle Broussais) : MM. Terrier, Retterer, Wallich.

Samedi 3 novembre. — 3e (Oral, 2e partie, 1re série, Salle Pasteur) : MM. Hutinel, Thiroloix, Guiart. — 3e (Oral, 2e partie, 2e série, Salle Corvisart). — MM. Robin, Gouget, Besançon. — 4e (Salle Charcot) : MM. Chantemesse, G. Ballet, Vaquez. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 7 au samedi 13 octobre 1906, les naissances ont été au nombre de 922, se décomposant ainsi : légitimes 666, illégitimes 256.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 848, savoir : 406 hommes et 442 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2 — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 175. — Tuberculose des méninges : 17. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 54. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 52. — Maladies organiques du cœur : 67. — Bronchite aiguë : 5. — Bronchite chronique : 16 — Pneumonie : 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 79. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 8 ; autre alimentation : 36. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 18. - Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 0. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 6. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 19. — Débilité sénile : 26 — Morts violentes : 37. — Suicides : 16. — Autres maladies : 107. — Maladies inconnues ou mal définies : 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 50, qui se décomposent ainsi : légitimes 32, illégitimes 18

Médecins militaires. — Par décision ministérielle, M. le médecin-major Tanton est nommé agrégé de la chaire de chirurgie d'armée (blessures de guerre) à l'école du Val-de-Grâce.

Commission supérieure d'hygiène d'épidémiologie militaires. — MM. les Drs Vallin, Landouzy, Albert Robin et Fernand Widal, membres de l'Académie de médecine,sont nommés membres de la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires au ministère de la guerre.

Société de biologie. — La Société décernera cette année le prix Godard (500 francs). Les auteurs peuvent envoyer, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, leurs travaux, manuscrits ou imprimés, jusqu'à fin octobre.

Commission des sociétés de secours aux blessés. — Le médecin inspecteur Strauss, directeur du service de santé au ministère de la guerre, est nommé président de la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer.

Hopitaux d'Amiens. — Une place de chirurgien-accoucheur suppléant et une place de médecin-suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens sont mises au concours ; les épreuves commenceront le 27 décembre 1906, à midi. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat des hospices.

Hopitaux de Lille. — M. le Dr Léonce Huyghe a été nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Lille.

Ecole de médecine de Limoges. — Le concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales de l'Ecole vient de se terminer. Le jury propose à la nomination du ministre M. le Dr Bourguignon.

Asile départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes. — *Concours pour deux places d'interne en médecine.* — Un concours pour deux places d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) s'ouvrira le mardi 27 novembre 1906 à la préfecture. Pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat de l'Asile.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — *Concours pour une place d'aide d'anatomie.* — Un concours pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert le lundi 5 novembre 1906, à l'Ecole. La durée des fonctions est fixée à 2 ans. L'aide d'anatomie recevra un traitement annuel de 600 francs.

La lutte antituberculeuse en Allemagne. — Un musée antituberculeux vient d'être créé à Darmstadt. Ce musée expose tous les moyens prophylactiques contre la maladie ; les éléments de diagnostic et les agents thérapeutiques. Tous ces moyens de lutte antituberculeuse sont exposés au public. En outre, des médecins qui parcourent l'empire et font des conférences avec projections, afin d'enseigner aux masses l'art de lutter contre la terrible maladie, sont attachés à cette fondation nouvelle.

L'inspection des pharmacies, drogueries, épiceries.. — Par application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles, le service d'inspection des pharmacies, drogueries, épiceries, fabriques et dépôts d'eaux minérales naturelles ou artificielles, institué en vertu de la loi du 21 germinal an XI, est assuré sous l'autorité du ministre de l'agriculture.

La fièvre typhoide a Perpignan. — Le médecin principal chef du service de santé du 16e corps d'armée, après une inspection minutieuse des casernements de la garnison, a adressé au ministre de la guerre un rapport concluant à la nécessité impérieuse de désinfecter les locaux. Une épidémie de fièvre typhoïde se serait en effet déclarée. Pendant les opérations de désinfection, le 12e de ligne et le 24e colonial camperont sur les plages de Canet et d'Argelès-sur-Mer.

Gardes-malades. — Pour montrer l'intérêt que l'on porte à leur enseignement, en certains pays, nous citerons l'*Union méd. du Canada*, qui publie dans son numéro de septembre la *Liste officielle des gardes-malades diplômées des hôpitaux de Montréal*.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les Drs Charcot (de Beaurepaire-d'Isère) et Gyoux (de Bordeaux).

Chronique des hôpitaux.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat* : Séance du 20 octobre. Question : Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Séance du 22 octobre. Question : Perforations intestinales.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation des malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1|2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Enseignement libre.

Urologie clinique. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr Banzet, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie HENRY PAULIN
21, rue Hautefeuille.

Wicart. — Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique. 1 vol. gr. in-8° de 188 pages.

Librairie MALOINE
25, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Védy (L.). — La fièvre bilieuse hémoglobinurique dans le bassin du Congo. 1 vol. gr. in-8° de 152 pages.

Librairie ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

Lucien-Graux. — Hygiène des Métropolitains souterrains. Broch. in-8° de 19 pages.

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain.

Vincey (P.). — Valeur comparative de l'épuration biologique et de l'épandage agricole des eaux d'égout. Broch. de 42 pages.

Librairie A. MALOINE
25, rue de l'École-de-Médecine.

Rabow et de la Harpe.— Guide formulaire moderne, médicaments nouveaux. Petit in-8° de 160 pages.

Coste de Lagrave. — Hygiène alimentaire des tuberculeux. Un vol. in-8° de 480 pages. Prix .... 7 fr. 50

Coste de Lagrave. — Comment prendre l'huile de foie de morue et le tannin. Broch. de 70 pages, in-8°.

Ménier (A.). — Traité des maladies du nez. Un vol. in-8° de 660 pages. Prix .... 12 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII N° 44. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 3 NOVEMBRE 1906

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 7 Novembre**, *ce numéro devant paraître le* **10** *novembre. Nous avons dû modifier la date d'apparition du n° parce que tous les renseignements ne nous sont pas encore parvenus.*

THÉRAPEUTIQUE

L'Art de formuler (1) ;

Par le Pr **POUCHET**,

Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris.

L'art de formuler concerne les règles relatives à l'administration des médicaments et les moyens d'assurer, de graduer, de combiner leurs effets. Ses moyens consistent principalement à varier les formes pharmaceutiques, le mode d'application, les doses, les intervalles des prises, les associations des substances médicamenteuses. La thérapeutique étant le but et le couronnement de l'œuvre médicale, l'art de formuler constitue, en quelque sorte, le critérium de la médecine et permet de juger de l'habileté et du savoir du praticien qui doit parfaitement connaître ses armes et savoir s'en servir. L'analyse clinique établit les indications, l'indication suggère la méthode thérapeutique, la méthode thérapeutique suggère l'agent, et l'ensemble de ces opérations aboutit à adapter le médicament, sa dose, ses associations, sa forme, aux circonstances de chaque cas particulier. La médication choisie doit justifier le motif ainsi que le sens de cette intervention et la nature de l'instrument d'action.

Enfin, tout cela se résout dans la désignation par écrit, d'après des règles conventionnelles, de l'espèce, du nombre, de la dose des médicaments, de leur forme pharmaceutique et de leur mode d'administration. La prescription doit répondre, non seulement à des préoccupations et à des indications spéciales, mais encore à des moyens particuliers d'action, variables avec les circonstances, parfois même opposés. Cela constitue l'*ordonnance* que le médecin laisse à son malade, dispositions qui doivent servir de guide à ce dernier pour la conduite à tenir et pour l'emploi des médicaments délivrés par le pharmacien dans les conditions spécifiées par cette ordonnance.

Leur mode d'emploi permet de diviser tout naturellement les médicaments en *internes* et *externes*. Relativement aux médicaments internes on doit se préoccuper de la pénétration du médicament dans l'organisme, de son passage dans le sang, de son action élective, de son élimination.

La *pénétration du médicament dans l'économie* peut s'effectuer par trois voies différentes : la peau, les muqueuses, les veines. Relativement à la peau, il faut distinguer les méthodes sus-dermique, dermique et hypodermique. La méthode sus-dermique ne peut être utilisée que comme procédé de modification locale, sauf en ce qui concerne les corps à l'état gazeux. Il est, en effet, bien établi aujourd'hui que la peau n'absorbe pas les substances autres que les gaz et les vapeurs, tant que la couche épidermique, formée de cellules épithéliales, reste intacte. En revanche, la couche profonde de la peau, formée de tissu conjonctif parcouru par de riches réseaux sanguins et lymphatiques, absorbe avec une grande activité, et c'est sur cette propriété que repose l'emploi de la méthode dermique qui consiste à mettre la substance médicamenteuse en contact avec la peau préalablement dépouillée de son épiderme. La méthode hypodermique, qui dépose la substance médicamenteuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, permet une absorption plus rapide encore et n'expose pas, comme la précédente, à l'infection accidentelle. En ce qui concerne les muqueuses, on peut utiliser les muqueuses bucale, gastro-intestinale, pulmonaire, cette dernière jouissant d'une puissance d'absorption particulièrement remarquable, tant par sa rapidité que par son intensité. Enfin les injections veineuses portant immédiatement la substance médicamenteuse dans le torrent circulatoire réalisent la méthode la plus rapide en même temps que la plus précise quant à la dose de substance ayant pénétré dans l'organisme.

(1) Cet article est un extrait de l'ouvrage du Pr Pouchet, qui paraîtra incessamment chez M. O. Doin, éditeur à Paris, intitulé : *Précis de Pharmacologie et de matière médicale.*

En ce qui concerne le *passage dans le sang*, il faut accorder une attention particulière aux matières albuminoïdes, et plus particulièrement aux albumines proprement dites dont l'intervention joue ici un rôle de premier ordre. Les systèmes colloïdes particuliers que réalise le mélange de ces composés avec les solutions de cristalloïdes d'origine minérale ou organique, ou même avec des colloïdes provenant des règnes végétal ou animal, influent d'une façon prépondérante sur la façon dont les principes médicamenteux vont pouvoir par la suite exercer leur action; et, en définitive, c'est presque toujours, pour ne pas dire toujours, à l'état de combinaison albuminoïdique (chloro-albuminate, albumino-carbonate, etc.) que ces principes actifs peuvent arriver à circuler dans l'organisme avant d'y subir les métamorphoses qui sont contemporaines de leur action médicamenteuse et qui en constituent sans doute l'essence. Un autre point, également fort important, est relatif aux double-décompositions qui peuvent s'effectuer, dans le sein de l'organisme, entre les solutions qui y pénètrent et les sels, minéraux ou organiques, qui baignent les éléments anatomiques. J'ai toujours pensé qu'il y avait intérêt à mettre en évidence ce fait d'observation que les sels à base de sodium sont moins actifs que les autres en raison de ce qu'ils ont moins de tendance à effectuer de double-décompositions avec le chlorure de sodium et les autres sels de l'organisme, ce que j'estime aboutir à une perte de force vive par suite d'un manque de mise en train, si je puis ainsi dire, dans la succession des mouvements moléculaires d'où résulte l'activité plus ou moins accentuée du médicament sur l'économie. Mais, si, d'un côté, l'action médicamenteuse des médicaments à base de soude est plus ou moins affaiblie, d'un autre côté ils sont beaucoup mieux tolérés, ce qui permet l'emploi de substances auxquelles on serait obligé de renoncer sans cela.

Relativement à l'*action élective* des médicaments, il faut envisager : 1° une propriété physico-mécanique, l'action en masse et l'action locale, évidente surtout avec certaines substances telles que les purgatifs salins; 2° une propriété dynamique tout à fait particulière (dont le mécanisme est encore à peu près complètement inconnu, mais dont les découvertes récentes concernant l'histologie de la cellule nerveuse permettent d'entrevoir l'explication) réalisant le type de l'action élective, et caractérisée par ce fait que certains médicaments exercent une influence constante sur un groupe déterminé, plus ou moins nettement différencié, de cellules nerveuses et, par leur intermédiaire, déterminent des modifications de l'état inflammatoire ou sécrétoire. Par suite de l'impression intense qu'ils provoquent sur certains éléments anatomiques déterminés, lorsqu'ils sont introduits à très faible dose dans l'organisme, les alcaloïdes et glucosides sont les plus remarquables représentants de ce second groupe.

La rapidité d'action est fonction du temps que met le médicament à parcourir l'espace compris entre son point d'introduction dans l'organisme et l'élément anatomique sur lequel il exerce son action élective. On doit, par conséquent, s'attendre à une promptitude de manifestations très différentes suivant la voie de pénétration. Par la voie stomacale ou intestinale, l'influence médicamenteuse est très lente à se produire parce qu'avant d'arriver aux centres nerveux, où son action élective doit s'exercer, le médicament est obligé de parcourir un long trajet et de surmonter des obstacles capables d'amoindrir, sinon même d'annulercette action. On sait que le foie possède, à cet égard, des propriétés tout à fait remarquables qui en font même un des principaux moyens de défense de l'organisme contre les intoxications. Par exemple, après avoir été absorbé par la muqueuse digestive, le médicament rencontre le foie qui le détruit ou le modifie partiellement, puis ce qui aura traversé la glande hépatique (médicament intact ou modifié) arrivera dans le ventricule droit, traversera le poumon avant de pénétrer dans le ventricule gauche pour atteindre enfin les centres nerveux. Il est aisé de comprendre que, dans ce long trajet, les propriétés actives de substances plus ou moins facilement altérables puissent se trouver profondément modifiées par le passage à travers la grande et la petite circulation, ainsi que par les actions modificatrices du suc gastrique et destructives du foie.

Avec la voie hypodermique, les plus énergiques de ces actions ne sont plus à craindre. Qu'il soit absorbé par les lympathiques ou les capillaires, le médicament arrivera dans la petite circulation pulmonaire d'où il sera lancé par le ventricule gauche dans la grande circulation. Le passage dans la circulation pulmonaire pourra seulement diminuer l'action médicamenteuse s'il s'agit de substances très facilement volatiles dont l'élimination pourra se faire, partiellement et dans une proportion en rapport avec leur volatilité, par la surface pulmonaire. Pour ce qui concerne les injections veineuses, la pénétration directe dans le sang augmente encore la rapidité de l'absorption; et c'est précisément ce qui explique les accidents que l'on a pu voir se produire lorsque, dans la pratique des injections hypodermiques, on vient à piquer une veine dans laquelle pénètre le médicament.

L'absorption par la muqueuse pulmonaire est encore celle qui tient la première place relativement à la rapidité d'action; et Claude Bernard avait autrefois proposé de pratiquer des injections trachéales en cas d'urgence. Jousset de Bellesme a préconisé cette méthode pour le traitement des accès pernicieux de fièvre palustre. C'est une méthode incontestablement susceptible de rendre des services, mais qui doit rester une méthode d'exception. J'en dirai autant de méthodes plus récemment proposées (rachicocaïnisation, méthode épidurale) et dans lesquelles on se propose de porter directement et brutalement le médicament au contact des éléments anatomiques sur lesquels on veut lui faire exercer son action. Je dirais volontiers qu'une sorte de préparation, d'acclimatement de l'économie à l'action médicamenteuse est nécessaire pour que cette action se borne à des effets utiles; et cette sorte d'assuétude paraît ne pouvoir s'acquérir qu'au prix d'une circulation préalable du médicament dans l'organisme.

Par *élimination*, il faut entendre non seulement l'issue de l'organisme du médicament en nature, mais encore de ses produits de transformation. Dujardin-Beaumetz a insisté sur la nécessité de l'élimination pour la production d'un effet médicamenteux, sans quoi l'action toxique apparaît aussitôt. On comprend, dès lors, l'importance qu'il y a de s'assurer de l'état des émonctoires, notamment le rein, avant l'administration de médicaments actifs, qui pourraient alors, à doses [illegible] modérées, provoquer des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves. Les éruptions médicamenteuses rentrent dans la catégorie des procédés d'élimination. Ces éruptions peuvent, en effet, avoir pour causes, soit un trouble trophique sans intervention directe de la substance médicamenteuse, soit l'irritation provoquée par le passage même de cette substance ou de ses produits

de métamorphose, et ce dernier cas paraît le plus fréquent.

Il y a encore lieu de remarquer, à propos de l'élimination, que certains médicaments se dissocient dans l'organisme et que leurs éléments s'éliminent par des voies différentes : produits volatils par la surface pulmonaire, produits fixes par les reins ou d'autres voies. Par exemple : le copahu dont l'essence est éliminée par le poumon et la résine par le rein, l'iodure de fer dont l'iode est éliminé par le rein et le fer par les fèces. Certaines humeurs ou excrétions prennent, au cours de cette élimination, une coloration particulière. Toutes les sécrétions glandulaires constituent des voies plus ou moins marquées d'élimination. Certaines substances médicamenteuses (digitale, colchique) sont absorbées puis éliminées si lentement qu'on peut voir survenir des effets toxiques par suite d'une accumulation des doses qui finissent par déterminer une intoxication brusque.

Choix des médicaments. — Dans un assez grand nombre de circonstances, plusieurs médicaments d'origine différente, chimiques ou galéniques, peuvent être utilisés pour arriver au résultat thérapeutique cherché. Il faut alors déterminer celui qui convient le mieux au cas donné, et c'est là un des problèmes les plus importants et les plus délicats de la thérapeutique. Une même indication peut être réalisée par des mécanismes dissemblables (par exemple : le rythme cardiaque peut être modifié de la même façon par l'excitation des appareils accélérateurs ou la paralysie des appareils modérateurs), et il n'est pas indifférent de choisir tel ou tel mécanisme pour conditionner un même effet. L'intervention inopportune d'une influence modératrice ou excitatrice peut avoir pour conséquences des résultats diamétralement opposés à ceux que l'on cherchait à obtenir. Cela montre bien l'importance capitale de la connaissance aussi approfondie que possible des actions pharmacodynamiques exercées par les agents médicamenteux sur l'organisme sain ou malade.

Dans d'autres cas, on se trouve en présence de ce qu'on pourrait appeler une équation médicamenteuse c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'hésitation sur la nature de la substance à utiliser. Il en est ainsi pour le mercure relativement à la syphilis, le fer pour la chlorose, la quinine pour le paludisme, certains sérums pour des maladies infectieuses déterminées.

Choix du véhicule. — De ce choix peut dépendre le fait que le médicament sera mieux absorbé ou toléré par les tissus. On peut même trouver un véhicule possédant une espèce d'affinité pour l'agent médicamenteux et exaltant en quelque sorte ses propriétés médicamenteuses. D'une façon générale, l'eau, froide ou chaude, dissout les gommes et les mucilages qui sont insolubles dans l'alcool ou l'éther; l'eau froide dissout les albumines végétales et animales qui sont coagulées par la chaleur et insoluble dans les autres dissolvants; l'eau bouillante dissout l'amidon ou détermine, après une ébullition prolongée, la gélatinisation de certains principes. On provoque ainsi la constitution de *Systèmes colloïdes* dont le conflit avec les colloïdes ou les cristalloïdes de l'organisme jouera un rôle plus ou moins considérable dans la production de l'action thérapeutique. L'eau, l'alcool et le glycérine dilués dissolvent aussi les acides végétaux, les sels à base organique, le sucre, la mannite, le tannin, l'éther, les huiles fixes et volatiles ; les graisses dissolvent les résines, les cires, les huiles essentielles, etc.

Il est très important de remarquer, au point de vue de la valeur des préparations galéniques, que les mélanges de différentes substances peuvent entraîner la dissolution, dans un véhicule donné, de produits qui n'y seraient pas solubles à l'état isolé. A cet égard, les albumines, les tannins, les acides végétaux sont particulièrement intéressants, de même que les solutions faibles de chlorure de sodium. La cantharidine, la rhubarbarine, la digitaline, insolubles dans l'eau, s'y dissolvent, grâce à la présence, dans les produits naturels contenant ces principes actifs, de produits secondaires qui favorisent leur dissolution dans l'eau.

Dans d'autres cas, au contraire, l'action du dissolvant, efficace sur la substance isolée, ne s'exercera plus sur des combinaisons de cette même substance. Ou bien des modifications vont se produire dans la constitution des éléments du mélange et on réalisera la formation de dérivés actifs ne préexistant pas dans le produit initial (formation, en présence de l'eau, des huiles volatiles irritantes, de l'acide cyanhydrique, etc.)

Dose des médicaments. — La *dose* est la quantité du médicament, en poids ou en volume, qu'on se propose d'administrer, soit en une seule fois, soit dans une période de vingt-quatre heures, pour déterminer l'effet thérapeutique cherché. C'est une quantité essentiellement variable et dépendant d'un très grand nombre de conditions diverses, et c'est pourtant l'un des éléments les plus importants de la formule médicale. Bien que la détermination de la dose soit, dans une certaine mesure, une question de susceptibilité individuelle, ce que l'on a appelé l'*idiosyncrasie*, il est, néanmoins, un certain nombre de points que l'on doit toujours avoir présents à l'esprit. C'est, tout d'abord, la variabilité d'action médicamenteuse de certaines substances en fonction de la dose : ainsi l'émétique, contro-stimulant à la dose de 30 à 80 centigrammes, est vomitif à la dose de 5 centigrammes; le calomel est altérant à la dose de 1 centigramme, purgatif à la dose de 40 à 60 centigrammes, toxique sans produire d'effets purgatifs à la dose de 2 à 4 grammes; la rhubarbe, tonique à faible dose (30 à 60 centigrammes) est purgative à dose élevée (au-dessus de 4 grammes) et même drastique. En second lieu, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer à propos de la définition de la pharmacodynamie, l'effet dynamique n'est pas en rapport avec la dose, et il est très fréquent d'obtenir des effets plus énergiques à l'aide de doses faibles et répétées. Parfois même, l'action est diminuée avec les fortes doses : il en est ainsi pour l'aloès, l'ipéca, la scammonée, l'huile de ricin.

Un certain nombre de causes, inhérentes au sujet, peuvent encore influencer l'action des médicaments et, par conséquent, les doses, ce sont : l'âge, le sexe, les antécédents, l'état moral, la tolérance, l'idiosyncrasie. Relativement à l'âge, l'observation a montré que la susceptibilité à l'action médicamenteuse était plus grande chez les sujets jeunes et vieux que chez les adultes. Gaubius a dressé le tableau suivant d'après ses observations, en prenant comme unité la dose efficace chez l'adulte, et toutes réserves faites sur les questions de susceptibilité individuelle.

Dose pour un adulte. .	1
Au dessous d'un an. .	du seizième au vingtième
Au dessus d'un an. .	du quinzième au douzième
De 1 à 2 ans. . . .	le huitième
De 2 à 3 ans. . . .	le sixième
De 3 à 4 ans. . . .	le quart

De 4 à 7 ans. . . .	le tiers
De 7 à 14 ans. . . .	la moitié
De 14 à 20 ans. . . .	les deux tiers
De 20 à 60 ans (adultes)	1
Au dessus de 60 ans. .	ordre inverse

En dehors des questions de susceptibilité individuelle, sur lesquelles je vais revenir, il est un certain nombre d'exceptions; ainsi le calomel et la belladone sont beaucoup mieux supportés par les enfants que par les adultes. Les femmes sont, en général, beaucoup plus sensibles à l'action médicamenteuse que les sujets du sexe masculin. L'accoutumance (qu'il ne faut pas confondre avec la tolérance), le genre de vie, le milieu, les climats, l'état de santé ou de maladie, la diète, l'état moral, les idées préconçues ainsi que la suggestion, l'habitude, le tempérament, sont encore autant de causes capables d'exercer une influence très appréciable sur les doses auxquelles les médicaments doivent être administrés. Ce sont, d'ailleurs, autant d'éléments, possibles à dégager, de cette condition essentiellement variable qui constitue la susceptibilité individuelle ou idiosyncrasie.

On pourrait dire, en effet, que l'essence de l'idiosyncrasie réside dans des circonstances au-dessus de nos moyens d'appréciation. En dehors des causes, déjà fort nombreuses, que je viens d'énumérer, il en est encore d'autres, inaccessibles jusqu'ici à nos moyens d'investigation, qui régissent ces phénomènes, parfois si bizarres et même paradoxaux, de susceptibilité inidividuelle. Il faut même distinguer une idiosyncrasie pour les doses et une idiosyncrasie pour les effets, c'est-à-dire qu'un médicament peut déterminer, chez certains sujets, des effets très différents de ses effets habituels, parfois même opposés. Ainsi certains sujets sont abondamment purgés avec de faibles doses d'huile de ricin (5 à 10 grammes) ou de sulfate de magnésie (10 à 15 grammes), tandis que, pour d'autres, il faudra élever ces doses jusqu'à 50 ou 60 grammes pour produire le même résultat; avec la plupart des alcaloïdes, on observe des faits de même nature, chez l'un, la dose d'opium suffisante pour déterminer un sommeil paisible sera de 1 à 3 centigrammes d'extrait thébaïque, tandis qu'il en faudra de 15 à 20 chez un autre, en apparence dans les mêmes conditions. Les révulsifs et même les vésicants peuvent être sans action sur certains épidermes alors qu'ils produisent sur d'autres un effet exagéré. Tel individu sera facilement purgé par les purgatifs résineux et se montrera réfractaire aux purgatifs salins. Chez l'un, l'administration prolongée du calomel ne provoquera pas de salivation, tandis qu'un autre en sera atteint dès la première dose. Avec certains sujets, l'emploi des iodiques, à si faible dose que ce soit, provoque un coryza et des phénomènes intenses d'iodisme. On en voit d'autres chez lesquels l'emploi des vésicatoires est impossible par suite de l'apparition d'une violente cystite. Enfin on a vu des individus purgés par l'opium, d'autres constipés par les purgatifs. Bien que ces faits soient rares, ils n'en sont pas moins incontestables.

(*A suivre.*)

L'ÉCOLE D'ANTROPOLOGIE DE PARIS (31e année) ouvrira ses cours, publics et gratuits, le lundi 5 novembre 1906 à 4 heures 15, rue de l'École de Médecine (6e arr.).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La Réforme des Etudes médicales. Le Certificat d'Etudes médicales supérieures et les Médecins praticiens.

Le nouveau Certificat d'études médicales supérieures a déterminé des protestations unanimes parmi les médecins praticiens. Pour bien comprendre la raison de cet émoi, pour bien montrer pourquoi s'agitent les médecins praticiens, gens placides, même plus que de raison, surtout lorsqu'il s'agit de leurs propres intérêts, il convient de remonter à l'origine du conflit. Ce mouvement mérite d'attirer l'attention, car il s'annonce comme devant prendre une importance exceptionnelle, et dont nous ne saurions, aujourd'hui, prévoir les conséquences.

On se souvient des manifestations tumultueuses auxquelles se livrèrent les étudiants en médecine, en mars 1905, à propos du cours de M. le Prof. Gariel. Ces manifestations nécessitèrent la fermeture de la Faculté de médecine, le 6 avril suivant. L'Association corporative des étudiants en médecine entra à ce moment en scène, en montrant que les étudiants avaient d'autres motifs de mécontentement que la sévérité d'un professeur. Elle saisit le groupe médical parlementaire des griefs des élèves en médecine. Le Prof. Augagneur, député de Lyon, le Dr Lachaud, député de la Corrèze, les sénateurs Treille et Pédebidou intervinrent.

En février, le Dr Marot fit à la Chambre des Députés des observations judicieuses lors de la discussion du budget des Facultés de médecine. Le 8 avril, au Sénat, le Dr Treille suivit le même exemple en posant une question au Ministre de l'Instruction Publique. La Presse s'en mêla et ce ne fut pas sans stupéfaction que le public apprit par les journaux que les futurs médecins, bourrés de physique et d'autres sciences, aussi accessoires qu'inutiles au cours de la pratique médicale, ne pouvaient apprendre pendant leurs études à opérer une hernie, à faire une trachéotomie ou toute autre opération d'extrême urgence, que c'était sur leur clientèle qu'ils faisaient presque toujours leurs premiers exercices pratiques de médecine opératoire et que là surtout était la cause des violentes protestations des étudiants.

Peu après le Ministre de l'Instruction publique avouait dans une circulaire « *que la formation professionnelle des futurs médecins n'était pas encore aussi complète et aussi pratique qu'on serait en droit de l'exiger* », il promettait des réformes, en saisissait une commission, celle de l'agrégation, croyons-nous. C'eût été là sans doute un enterrement de première classe si l'Union des Syndicats médicaux de France n'était à son tour intervenue.

Déjà au Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux (21 juin 1905), nous avions nous-même protesté contre les tendances des Facultés à avilir le diplôme de docteur en instituant toute une série de certificats complémentaires, notamment le certificat d'hygiéniste, quand, à la demande d'un groupe de chirurgiens de province qui désirait garder l'anonymat, la question fut inscrite le 20 septembre 1905 à l'ordre du jour de la Fédération des Syndicats médicaux. Au nom d'une commission composée de MM. L. Gourichon, Berthod, Jeanne, Millon et Noir. M. le Dr Millon étudia la question dans un rapport qui fut soumis à l'Assemblée générale des Syndicats, le 18

novembre 1905 et dont les conclusions furent adoptées.

Le 11 avril 1906, une nombreuse délégation de médecins praticiens, comprenant les représentants de sept importantes Sociétés, fut présentée au Ministre de l'Instruction publique, par M. le Dr Dubuisson, député du Finistère. Le Président de l'Union des Syndicats médicaux, M. le Dr Gairal, exposa au Ministre, M. Briand, les raisons qui déterminaient l'intervention des médecins praticiens et lui remit une lettre ouverte demandant que l'étude de la réorganisation de l'enseignement médical fût soumise à l'examen d'une commission composée, d'une part, de membres du corps enseignant, de l'autre d'un nombre au moins égal de représentants des médecins praticiens. Le ministre accueillit très courtoisement la délégation, déclara que ses revendications lui paraissaient *a priori* légitimes et qu'il ferait examiner sérieusement la question. Trois mois plus tard, le 25 juillet, était signé le décret organisant le Certificat d'études médicales supérieures.

Ce décret, répondant à la démarche des médecins praticiens, eût paru un défi à la logique ou au simple bon sens, si l'on n'avait été au courant de ses origines. Le Pr Bouchard, inspecteur-général des Facultés et Ecoles de médecine, grand-maître de l'Enseignement médical en France, caressait depuis longtemps ce projet, il l'avait fait adopter par le Conseil supérieur de l'Instruction publique peu compétent en la matière, et le Ministre, assailli alors par bien d'autres préoccupations, avait signé. M. Briand ne se doutait guère qu'il allait, lui ministre socialiste, créer dans une profession libérale comme la profession médicale, une sorte d'aristocratie nouvelle, et qu'ainsi, petit à petit, les docteurs en médecine seraient ravalés au rang de parias si pénible des anciens officiers de santé.

La révolte du corps médical fut unanime; le mouvement fut si beau dans sa spontanéité que nous serions tenté d'être reconnaissant au Pr Bouchard de lui avoir fourni l'occasion de se produire.

Le 19 septembre, l'Union des Syndicats médicaux décidait de prendre l'initiative d'une campagne énergique en faveur de la suppression du Certificat et de la réforme des études médicales ; le 22 septembre, le Syndicat médical de Lille proposait l'organisation d'un grand congrès des médecins praticiens. Le Concours médical, le Sou médical, les Syndicats médicaux de la Seine (ordre du jour du Dr Hamon), du Rhône, de la Creuse, de la Haute Saône, de Bourg, de Bernay, de Nice et de Puget-Théniers, etc., etc., le Conseil général des Sociétés d'arrondissements de Paris et du département de la Seine (15 oct. 1906), la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris (25 octobre 1906) et une foule d'autres groupements médicaux protestèrent avec énergie, demandèrent instamment l'annulation du décret organisant le Certificat d'études médicales supérieures, dont tout le monde entrevoyait les dangers sans en saisir les avantages au point de vue de l'enseignement. Tous ces groupements de praticiens affirmèrent la résolution de s'associer à une campagne énergique pour obtenir satisfaction.

De nombreux organes de la presse médicale indépendante attaquèrent vivement l'œuvre du Pr Bouchard; signalons plus particulièrement les articles vigoureux de notre ami Berthod dans la *Médecine sociale*, ceux de Wicart dans le *Médecin Praticien*, de Huchard dans le *Journal des Praticiens*, de Granjux dans le *Bulletin Médical*, et surtout la polémique active du Dr Coppens dans le *Petit Praticien du Nord*.

Pendant ce temps, le Professeur Bouchard protestait de la pureté de ses intentions, il était prêt à modifier le nom de son certificat, dont, affirmait-il, il n'avait jamais voulu faire un titre pouvant servir à l'exercice professionnel. Et cependant, comment interpréter la phrase suivante de son rapport ?

> Mais ce certificat n'a pas pour unique sanction le droit de s'inscrire en vue du concours de l'agrégation. Il sera recherché, pensons-nous, par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir fournir la preuve.

Voilà bien tout le vice de nos institutions universitaires ; on ne demande pas, chez nous, aux laborieux de faire la preuve de leurs efforts par la publication de travaux ou de découvertes, par un enseignement libre apprécié de nombreux étudiants. Non, on leur réclame, comme preuve de valeur et de science, un diplôme, un certificat, un titre pompeux et vain qui suffit à éblouir le public. Pour qu'un Curie ait pu professer en Sorbonne, il lui a fallu la consécration de l'étranger avec l'attribution du prix Nobel. Sans cela, il fût mort chimiste ignoré de quelque laboratoire obscur d'enseignement professionnel.

Nous ignorons quelle réponse les hauts fonctionnaires de l'Instruction publique et, en dernier lieu, le ministre, feront aux démarches très prochaines de l'Union des Syndicats médicaux de France, mais si satisfaction n'est pas obtenue, l'agitation se continuera dans le monde des médecins praticiens et des étudiants. De nombreux moyens d'action seront mis en œuvre. Un Congrès des praticiens de France est déjà en voie d'organisation ; un comité (1) est institué, de nombreuses et puissantes sociétés ont promis leur concours, et la suppression du Certificat d'études médicales supérieures et la réforme de l'enseignement seront inscrites à la tête de son programme réduit à quelques importantes questions professionnelles d'ordre général.

J. Noir.

Une délégation de l'Union des Syndicats médicaux, composée de MM. Lereboullet, Louis Gourichon, Henri Gourichon et J. Noir, a été reçue, mardi 30 octobre, par M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur. Les arguments fournis par la délégation ont paru impressionner M. le Directeur qui a tenté de démontrer à ses visiteurs que le nouveau certificat ne saurait avoir aucune influence sur l'exercice de la médecine et serait fort utile à l'enseignement médical. M. le Directeur affirmant qu'il ne pouvait lui-même prendre aucun engagement, la question relevant du Conseil supérieur de l'Instruction publique et du Ministre, aucune solution nouvelle n'est donc survenue et ne paraît prochaine.

J. N.

(1) Ce Comité provisoire comprend déjà MM. Dubuisson, député du Finistère, et Noir, pour l'*Union des Syndicats médicaux de France* ; MM. Lereboullet et Lepage pour l'*Association générale des Médecins de France* ; MM. Dignat et Ducor pour le *Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris* ; MM. Auber et Valentin, représentant les *Praticiens de Lille* ; MM. Bolliet et Vigne, de Lyon, pour le *Syndicat des médecins du Rhône* ; MM. Coppens, de Lille, instigateur du Congrès, et Diverneresse, de Saint-Mandé, pour le *Concours médical* ; MM. M. Vimont, de Paris, et de Grissac, d'Argenteuil, pour le « Sou médical ». M. le Dr J. Noir, 46, rue de la Clef, à Paris, remplit les fonction de Secrétaire provisoire.

AVIS. — *Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de leur valeur, soit 0 fr. 20 pour les numéros ordinaires, 0 fr. 60 pour le* **Numéro des étudiants**.

Création d'un Institut pour l'étude et la guérison du cancer.

M. le Pr Poirier a fait mardi 30 octobre, à l'Académie de médecine de Paris, une sensationnelle communication sur la *curabilité du cancer en général et en particulier du cancer de la langue.*



Au cours de sa communication, le Pr Poirier a montré tous les résultats que pourrait donner un Institut d'études centralisant les recherches ayant trait à la connaissance de la nature et du traitement du cancer.

Ce que je demande, a dit M. Poirier, c'est une organisation contre le cancer, péril social, une organisation qui éveille et suscite les initiatives, les travaux, en même temps qu'elle contrôle les résultats et récompense les efforts. Certaines questions relatives à la nature du mal, à ses variétés, à ses causes, à ses voies de transmission et de propagation, etc., pourraient être résolues par des enquêtes logiquement conduites.

Je voudrais, il faudrait, pour l'honneur de notre pays, pour le bien de l'humanité, que la France, où l'on travaille beaucoup, possédât une ligue ou un comité contre le cancer, afin de grouper les efforts de ses savants, de leur fournir des matériaux, de leur permettre de travailler pour aboutir à la connaissance du cancer.

Quand on connaîtra la nature du mal, on sera bien près de trouver le remède ; la grande découverte viendra, il n'en faut pas douter, et cela dans un avenir prochain.

Dans le monde entier, des savants s'acharnent à cette besogne, partout ils sont réunis en organisations puissantes que l'Etat encourage et subventionne. Partout... excepté en France.

M. Poirier a rappelé la tentative infructueuse faite en France par le Pr Verneuil, qui fonda en 1892 la *Ligue contre le cancer*, ligue qui ne survécut guère à son inventeur.

En Angleterre existent le *Cancer investigation Comitée* et l'*Imperial cancer Research Fund*, institutions richement dotées et parfaitement outillées. En Allemagne, le *Deutsche Komitee für Krebsforschung* a été fondé en 1900 et fonctionne sous la direction du Pr von Leyden avec les subsides du gouvernement prussien. Les Etats-Unis ont un certain nombre d'instituts semblables. Pourquoi, en France, n'en pourrait-on faire autant ?

Il me semble, continue le Pr Poirier, que l'Académie de médecine, par sa composition même, car elle réunit des savants dans toutes les sciences biologiques, serait bien qualifiée pour grouper les éléments d'une semblable institution : ligue ou comité.

Pour le reste, je suis tranquille. Dans la France généreuse, l'argent ne manque jamais pour une œuvre d'humanité et qui est aussi d'intérêt personnel.

A l'issue de la séance, dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie, M. le Pr Poirier recevait de M. le Dr Henri de Rothschild les plus vives félicitations accompagnées de la lettre suivante :

Mon cher maître et ami,

J'ai écouté avec intérêt votre communication. Comme vous, je crois à la curabilité du cancer à son début par une exérèse large et logique. Je pense aussi qu'il est indispensable de réunir, de grouper, pour les mieux utiliser, les efforts particuliers. J'espère que votre appel sera entendu et que la France, si riche en travailleurs, va organiser la *lutte contre le cancer*.

Je désire coopérer à cette œuvre d'humanité et vous serai reconnaissant de faire parvenir au comité qui va prendre l'initiative de cette grande œuvre le chèque inclus.

Veuillez croire, mon cher maître, aux meilleurs sentiments de votre dévoué,

Dr Henri de Rothschild.

Inclus un chèque de cent mille francs.



La nouvelle de cette généreuse initiative fut rapidement connue et valut au Dr Henri de Rothschild les chaleureux remerciements de nombreux Académiciens, notamment de MM. Huchard, Chantemesse, Fernand Widal.

Un Comité d'organisation du nouvel Institut contre le cancer va aussitôt se constituer. On cite déjà comme devant en faire partie : les Professeurs V. Cornil et Bouchard et le Dr Roux, de l'Institut Pasteur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 octobre 1906.

Guérison apparente de tuberculose expérimentale.

MM. Martin et Vaudremer. — Sur une série d'expériences faites avec un vaccin contre du bacille tuberculeux vivant mais peu virulent, les auteurs ont eu des résultats positifs, mais déclarent qu'il serait imprudent de conclure et qu'il est important dans les expériences de noter la virulence des bacilles employés.

Dépenses de l'organisme pendant la grossesse.

M. Maurel a suivi chez le lapin et le cobaye la grossesse à toutes ses phases en étudiant la dépense de l'organisme. Or la dépense de l'organisme et l'utilisation des éléments vont en diminuant à la fin de la grossesse d'une manière régulière et marquée.

Corps osmophiles.

M. P. Mulon a reconnu la présence de ces corps dans les cellules à lutéine, et leur existence comme leur activité est liée à l'activité fonctionnelle de la glande.

Séance du 20 octobre 1906.

Neuro-fibrilles sympathiques de l'homme.

M. Laignel-Lavastine, par la méthode de Cajal distingue dans les ganglions sympathiques chez l'homme trois cellules nerveuses différentes :

Les *grandes cellules réticulées*, plus nombreuses, ont leurs mailles polygonales constituées par des fibres primaires très imprégnées en noir par l'argent. Ce réticulum a deux zones concentriques : l'extérieure, corticale et l interne, périnucléaire. Les mailles s'allongent à l'origine des dendrites où les fibrilles sont à peu près parallèles.

Les *petites cellules réticulées* ont leurs fibrilles disposées de même, les fibrilles sont plus fines : les mailles allongées ont l'aspect fasciculé et imitent avec les fascicules voisins, des mailles. Les résultats de Nissl sont superposables : les grandes gryochromes sont les grandes cellules réticulées ; les petites gryochromes. les petites réticulées ; les cellules arkystichochromes sont les cellules d'aspect fasciculé.

On peut en conclure que, en appliquant au sympathique la terminologie cellulaire générale, l'aspect du protoplasma tient aux variétés du spongioplasma qui enserre dans ses mailles plus ou moins allongées l'hyaloplasma.

Nouvel eudiomètre.

M. Gréhant présente un eudiomètre à eau formé d'une cloche de 50 centimètres cubes maintenue par un système spécial. Les gaz combustibles mélangés à l'O. et à l'air sont enflammés par une anse de platine rougie par une batterie. Le gaz d'éclairage ne demande qu'un passage de courant ; mais si la proportion est faible, le courant devra passer 200 fois. L'eudiomètre devient ainsi un grisoumètre qui peut rendre de grands services dans l'analyse et le dosage des gaz combustibles (hydrogène, oxyde de carbone, formène, éthyline etc.).

Situation des parathyroïdes chez le chien.

M. Alquier a recherché sur 15 chiens la situation et le nombre des parathyroïdes : sur 15 corps thyroïdes, les deux parathyroïdes internes ont toujours paru accolées à la thyroïdienne supérieure. Une fois, la parathyroïde externe était intrathyroïdienne sous la capsule. Deux fois, la parathyroïdienne interne était voisine du pôle inférieur, et intrathyroïdienne une fois. Dans 3 cas, il y en avait de supplémentaires ; une fois 2 externes près l'une de l'autre ; une fois 2 internes, au même niveau, séparées par l'artère sur un dernier cas, 4 petites glandules disséminées et rien à l'intérieur.

2° L'auteur n'a pas trouvé de parathyroïdes aberrantes ; il les a recherchées chez dix chiens qui avaient subi des ablations des corps thyroïdes, espérant les voir hypertrophiées. Ni anatomiquement, ni histologiquement, il n'a rien trouvé, et, chez les animaux où les ablations totales ont été soigneusement faites, la mort a été rapide avec accidents d'insuffisance thyroïdienne. E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre.

Six cas intérieurs de fièvre typhoïde.

M. Gandy a observé ces six cas dans une salle de femmes à Lariboisière. Trois cas ont débuté onze jours après l'entrée de la première typhique à la salle, les autres quelques jours après. Pas d'autres cas semblables dans l'hôpital ; par conséquent pas de contamination par l'eau, mais probablement par les mains des infirmières. Ces cas de contamination intérieure sont fréquents, mais leur nombre n'a jamais été aussi élevé et la question de l'isolement des typhiques se pose à nouveau.

Maladie de Basedow fruste chez une tuberculeuse. Epreuve thérapeutique de l'hématothyroïdine.

MM. Mantou et Gontier de la Roche.— Femme de 42 ans, tuberculeuse depuis 22 ans, avec lésions des sommets étendues et graves malgré son état général bon, est prise, à la suite de fatigue morale et physique, d'une forme fruste de maladie de Basedow : tremblements, exopthalmie, bouffées de chaleur, insomnies. troubles nerveux très marqués, changement de caractère, désespoir. Il n'existe pas de tachycardie, pas de goitre bien évident. Après échec des divers traitements on donne l'hématothyroïdine, qui fait disparaître tous les troubles en quelques jours. Ils reparaissent cependant à quatre reprises après chaque cessation du médicament. Donc effet très net de l'hématothyroïdine. Quant au rapport de la tuberculose et du basedowisme, on ne peut rien conclure.

Néoplasie à forme lente. Traitement par les rayons X.

MM. Ménétrier et Béclère présentent une malade, opérée par Segond en 1892 (amputation des deux seins et curage de l'aisselle). Récidive en 1900 d'un côté, et noyaux cancéreux de la voûte cranienne en 1903. Ces noyaux ont été traités avec succès par la radiothéraphie. D'autres noyaux apparaissent dans le tissu sous-cutané d'autres régions. L'examen histologique démontra de l'épithéliome se rapprochant de l'adénome. En résumé, marche très lente du néoplasme, due soit au bistouri, soit aux rayons de Rœntgen.

Erysipèle vaccinal.

MM. Griffon et Brissaud ont observé une malade qui fit un érysipèle sur des pustules vaccinales, érysipèle à forme gangreneuse comme le démontre la plaque de gangrène. On peut se demander si la vaccine, comme la rougeole, par exemple, n'a pas favorisé la gangrène de la plaque érysipélamateuse.

Scorbut infantile dû au lait stérilisé.

M. Comby a observé en 8 ans six cas de scorbut infantile, dû aux laits modifiés (maternisé, oxygéné, de Gaertner). Il vient d'en observer un cas dû au lait stérilisé industriel. La maladie fut caractérisée par des ecchymoses gingivales et par une pseudo-paraplégie douloureuse ; absence du gonflement osseux et de l'hématome fémoral ou tibial. La substitution du lait bouilli au lait stérilisé, le jus d'orange, de citron et de raisin (3 cuillerées à café par jour) amenèrent la guérison rapide. Les six cas typiques comprenaient sept garçons et trois filles âgés de 7 à 18 mois. Le rôle pathogénique des laits modifiés stérilisés est donc manifeste. Les fongosités gingivales étaient présentes chez tous les enfants qui avaient des dents. Mais au premier rang il faut placer la paraplégie douloureuse qu'il faut différencier du rhumatisme, de la syphilis, de l'os-

téomyélite, de la fracture. Le traitement par les sucs de fruits, donne d'excellents résultats, mais ne doit pas être prolongé trop longtemps (1 à 3 semaines suivant la gravité du cas).

M. Variot présente un enfant atteint de cécité verbale et un homme qui a été détatoué. Dr Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1906. — Présidence de MM. Christian et Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la précédente réunion est lu et adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Dignat, président du Conseil général des Sociétés Médicales d'arrondissement de la Seine, accompagnant l'envoi de documents relatifs à la création d'un *Certificat d'études médicales supérieures.* M. Dignat nous donne avis que la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques s'est déjà ralliée à l'ordre du jour du Conseil général des Sociétés de médecine, précedemment voté par le Syndicat de Lille.

M. Audistère, à propos de la lettre du Conseil général des Syndicats de la Seine, fait l'historique du Certificat d'études médicales supérieures. Ce certificat, créé surtout en vue du recrutement du personnel enseignant, agrégés, chefs de clinique, professeurs des facultés mixtes, sera obtenu à la suite d'un examen et non d'un concours. Tout docteur en médecine pourra l'obtenir. Ce sera donc un titre nouveau qui pourra être recherché en vue de la pratique médicale et pourra en imposer, bien que les épreuves soient exclusivement théoriques : il n'y a aucune épreuve clinique. Les protestations viennent surtout du nom donné à ce Certificat et de la non-limitation des titulaires, puisqu'il s'agit d'un examen. L'orateur expose les protestations formulées par les Sociétés médicales et les moyens proposés pour obtenir la modification ou le retrait du décret du 25 juillet : adresse au Conseil supérieur de l'Instruction publique, requête au Ministre, pétitions, etc.

M. le Secrétaire général donne lecture de la lettre officielle du Conseil général des Sociétés Médicales d'Arrondissement, dans laquelle on demande à la Société de vouloir bien voter le principe d'une subvention pour concourir aux frais de pétitionnement et de nommer deux délégués pour former un Comité d'action et de protestation.

M. Coudray. — Nous sommes tous d'accord ou à peu près sur ce sujet ; nous n'avons qu'à déléguer deux membres de notre Société, comme on nous le demande. Je crois que le plus sage est de s'adresser au doyen des médecins députés à la Chambre.

M. Millée. — Je ne m'associe pas complètement aux conclusions de mon ami Coudray, car je crois qu'il faut qu'on connaisse l'opposition formelle de tout le corps médical à la création de ce diplôme d'études médicales supérieures.

Au point de vue légal, on n'a pas le droit de diminuer ou de resteindre des droits acquis : créer ce diplôme serait diminuer le titre de docteur en médecins.

M. Audistère. — Je m'associe à ce qui vient d'être dit. De plus, je pense qu'il faut agir très vite, car le registre d'inscriptions une fois ouvert, l'examen ne pourra pas ne pas avoir lieu : il faut que, sous l'influence d'une pression très large, d'ici peu de temps, le décret soit modifié ou rapporté.

M. Dubar. — Il faut aller vite, comme nous le pensons tous ; j'ai donc l'honneur de déposer sur le bureau de la Société l'ordre du jour suivant :

« La Société de Médecine de Paris, considérant que la création du diplôme d'études médicales supérieures a été faite hâtivement sans avoir consulté au préalable les médecins praticiens, les Sociétés Médicales de Paris et de province, et les Syndicats médicaux, dont le concours est aussi impérieux qu'indispensable, prie les Pouvoirs Publics de rapporter le décret du 26 juillet 1906. »

M. Coudray — Je crois que le groupe médical à la Chambre a une importance très grande, et, à mon avis, le seul moyen d'agir est d'agir par les médecins députés.

M. Tissier. — Pour aller vite, je crois qu'il faut demander au Ministre de proroger les examens jusqu'à nouvel ordre.

M. Lucien-Graux. — Je crois plus avantageux d'accepter un ordre du jour unique, tel celui voté par le Syndicat de Lille.

M. Audistère. — Je me rallie à l'ordre du jour de M. Dubar, estimant que l'on peut modifier l'ordre du jour proposé par le Syndicat de Lille.

M. Antonelli. — Le décret étant universitaire, le Ministre n'avait pas besoin, — ce que l'ordre du jour de M. Dubar lui reproche de n'avoir pas fait, — de consulter le corps médical enseignant ou pratiquant.

M. Christian. — Nous sommes tous d'accord pour protester contre le décret ; je crois qu'il faut aller vite et créer un mouvement d'opinion, et pour ce faire, s'adresser à la presse politique.

M. Millée. — Nous n'avons pas trop à nous occuper de l'application ; nous avons une action avec d'autres sociétés, et ne devons pas dire si oui ou non nous nous associons au mouvement de protestation.

M. Audistère. — Je crois qu'il faut protester contre la dénomination et la création de ce diplôme.

M. Dubar. — La question est de savoir si vous voulez accepter un ordre du jour qui soit une émanation personnelle de notre Société, ou celui qui est publié par la presse médicale. Ce que je tiens à montrer, c'est que, actuellement, quand on veut tenter une réforme, il faut au préalable consulter les intéressés.

M. Buret. — Il faut absolument qu'un ordre du jour de notre Société soit voté. Là-dessus, je suis absolument de l'avis de M. Dubar. On peut en modifier les termes, ajouter ou retrancher, mais le principe est excellent, et je m'y rallie entièrement.

M. Mouzon. — Je me rallie également à l'ordre du jour de M. Dubar, mais ne crois pas à la puissance du corps médical à la Chambre.

M. Coudray. — Je continue à dire que nous devons faire appel au corps médical de la Chambre ; les médecins députés ou sénateurs font partie des syndicats et feront quelque chose si nous le leur demandons.

M. Buret. — J'insiste sur la nécessité de voter avant tout un ordre du jour : celui de M. Dubar me semble très bon.

M. Desnos. — Je crois que tous les moyens proposés sont bons ; je crois aussi qu'il est utile de faire agir les députés et d'en saisir la presse. Mais, par contre, il est contraire aux usages ministériels qu'un ministre prenne une décision sans avoir l'avis du Conseil Supérieur de l'Assistance publique Or, dans ce conseil, l'avis prédominant sera celui de M. Bouchard. Or, je proposerais, comme on l'a fait dans une autre Société, de faire une démarche près de M. Bouchard pour le prier de revenir sur sa proposition.

M. Audistère. — Il y a déjà eu une intervention de la Société de l'Internat près de M. le Professeur Bouchard qui a répondu à M. Vaquez.

(M. le Président donne lecture de cette lettre).

M. le Président donne lecture de l'ordre du jour de M. Dubar.

M. Graux. — Il faut y ajouter un considérant, et je demande l'ordre du jour proposé par le Conseil général des Sociétés Médicales d'Arrondissement de la Seine.

M. Dubar. — Je crois qu'on peut très bien ajouter à mon ordre du jour que « la création porte atteinte à des droits acquis ».

Je crois qu'il serait bon aussi de voter un ordre du jour qui concernerait notre acceptation à la pétition de protestation.

M. Coudray. — On nous demande deux choses : de l'argent et deux délégués.

M. le Secrétaire général donne de nouveau lecture de l'ordre du jour du Conseil général des Sociétés Médicales d'Arrondissement de la Seine.

« Paris, le 15 octobre 1906.

Le Conseil Général des Sociétés Médicales d'Arrondissement de la Seine.

Considérant :

1° Que la création d'un Certificat d'Etudes Médicales Supérieures ne pourra que déconsidérer le Doctorat.

2° Que la création de ce Certificat aura pour effet de diviser le Corps Médical en deux castes : les docteurs en médecine ou médecins inférieurs ; les titulaires du Certificat ou médecins supérieurs, et de rétablir un officiat de santé à peine et justement aboli ;

3° Que le titre de Docteur, dans toutes les sciences, est le titre summum fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait, autrement que par une loi, créer un titre supérieur, comme celui que donnerait le Certificat d'Etudes Médicales, présentement visé ;

1° Proteste avec énergie contre le décret de création d'un Certificat d'Etudes Médicales Supérieures ;

2° Fait appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense.

3° S'associe à toutes les mesures susceptibles de faire rapporter le Décret du 25 juillet 1906 : et plus particulièrement au pétitionnement du Corps Médical français. »

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

M. le Président donne alors lecture de l'ordre du jour de M. Dubar, ainsi modifié :

« La Société de Médecine de Paris, à l'unanimité de « ses membres, considérant que la création du Diplôme « d'Etudes Médicales Supérieures a été faite hâtivement « sans qu'on ait consulté au préalable les Médecins Pra- « ticiens, les Sociétés Médicales de Paris et de la Provin- « ce, ainsi que les Syndicats Médicaux dont le concours « est aussi impérieux qu'indispensable ; considérant en « outre que ce diplôme nouveau **porterait atteinte à des « droits acquis**, prie les Pouvoirs Publics de rapporter « le décret du 25 juillet 1906. »

Ce texte rallie tous les suffrages et est voté à l'unanimité. Il vient renforcer l'ordre du jour du Conseil général des Sociétés Médicales et y ajoute la note personnelle de la Société de Médecine de Paris.

M. le Président propose comme délégués MM. Coudray et Audistère.

M. Audistère. — Tout en remerciant le Bureau de m'avoir désigné, je pense qu'il est préférable de nommer notre Président et un ancien Président.

M. Dubar.— Il me paraît même indispensable de choisir comme délégués le Président et un ancien Président.

A l'unanimité, sont nommés délégués : MM. Desnos et Graux.

M. Blondin, au sujet des frais auxquels devra participer la Société de médecine, dit que, à sa dernière séance, la Société médicale du 17e arrondissement a voté la somme de 200 francs.

M. Audistère. — On pourrait peut-être donner aux délégués le droit de s'engager comme ils le jugeront convenable.

Sur la proposition du Président, une somme de 100 francs est votée à l'unanimité, et mise à la disposition des délégués.

M. Coudray lit son rapport sur les titres et travaux de M. le Dr Bizard, candidat au titulariat.

Rapport sur la candidature du Dr Léon Bizard au titulariat ;

Par le Dr Paul **COUDRAY**

Au nom d'une commission composée de MM. Besnier, Desnos et Coudray.

Le Dr Bizard nous a adressé, sous ce titre « Traitement de l'épithélioma cutané », un excellent travail dans lequel sont passés en revue les divers procédés de traitement dirigés contre le cancroïde de la peau. Je me bornerai à une courte analyse, ayant l'intention de vous demander de voter l'impression du travail, en raison de son intérêt et de son importance.

Une remarque très juste faite par le Dr Bizard est la suivante : l'épithélioma de la peau *est bénin* dans 80 % des cas environ ; c'est ce qui explique comment il guérit par une foule de petits moyens, caustiques, etc. ; et même à l'aide d'injections profondes et périphériques de chlorure de zinc, ainsi que je l'ai montré il y a déjà longtemps. Toutefois M. Bizard me semble avoir été un peu trop généreux pour le procédé de Cerny et Trunecek (acide arsénieux) en disant que ce traitement a donné « à tous ceux qui l'ont mis en œuvre de remarquables succès ».

Je crois pour ma part que beaucoup de ces succès n'ont été que temporaires. Il y aurait donc, d'après l'évaluation de notre confrère, 20 % environ de cas graves parmi les épithéliomas cutanés. Le siège a une certaine importance sur cette gravité, c'est ainsi que les épithéliomas du lobule de l'oreille et du pavillon, surtout lorsqu'ils ont été traités par des procédés incomplets, prennent volontiers une allure grave, et envahissent rapidement les ganglions voisins. J'ai signalé particulièrement ces faits dans le rapport que j'ai présenté il y a quelques années au nom de la Société.

Le Dr Bizard a consacré la majeure partie de son mémoire à la radiothérapie. C'est là, en effet « le chapitre véritable- « ment nouveau et original de l'histoire du traitement de « l'épithélioma cutané ». Notre confrère, tout en faisant un éloge de cette méthode, s'est attaché, surtout, et je l'en félicite, à en établir les indications et les contre-indications. Les indications sont les suivantes : formes superficielles, exclusivement cutanées, à marche torpide. Les contre-indications résident dans les conditions opposées : formes profondes, à marche rapide, à la fois cutanées et muqueuses (lèvres). M. Bizard n'a pas tu les griefs sérieux qui pèsent sur la radiothérapie, à savoir la généralisation, qui dans certains cas (Oudin, Pautrier), a paru être en rapport direct et évident avec l'emploi de ce moyen.

La conclusion du Dr Bizard est que l'extirpation par le bistouri reste le traitement le plus sûr de l'épithélioma de la peau, que cette méthode doit être préférée à toutes les autres, quand elle est possible, quand elle ne nécessite pas de trop grands délabrements, et la radiothérapie ne doit être considérée que comme l'auxiliaire du bistouri, soit pour traiter les récidives, les ulcérations, et surtout les formes superficielles dans les cas qui avoisinent les orifices de la face. Je souscris pleinement à ces conclusions qui me paraissent traduire la vérité scientifique sur ce point à l'heure actuelle. Je dis à l'heure actuelle, car on parle un peu de radiumthérapie, mais sachons attendre les résultats des faits.

Le Dr Léon Bizard, ancien interne de Saint-Lazare, médecin du dispensaire de salubrité, assistant de consultation à Saint-Lazare, secrétaire-général adjoint de la Société de prophylaxie sanitaire et morale, membre de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, s'est déjà fait connaître par un certain nombre de publications, marquées, comme le travail qu'il nous a présenté, au coin du bon sens et de la saine critique ; je n'en citerai que quelques-unes :

Les injections intra-cérébrales avec essai d'inoculation intra-cérébrale de la syphilis aux animaux (Thèse Paris, 1899).

Inoculation du chancre simples aux singes (Soc. de Biol., 1899.

Lymphosarcome en cuirasse du thorax et du cou traité par les rayons X. (*Journal de Physiothérapie*, 1906).

Iodure de potassium et syphilis (Journ. *La Syphilis*, nov. 1906, etc., etc.).

Je vous demande, Messieurs, d'admettre parmi nous, par un vote unanime le Dr Bizard ; j'ai la conviction qu'il voudra être dans la grande Société de médecine de Paris de demain, l'un des plus actifs et des plus utiles ouvriers.

Je veus prie également de vouloir bien être d'avis avec votre rapporteur qu'il y a lieu de publier son intéressant travail de candidature.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées : le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Dubar annonce que les formalités relatives aux nouveaux statuts suivent leur cours : l'affaire est en bonne voie et tout fait espérer une prompte solution ; il n'y a donc qu'à attendre.

M, le président remercie M. Dubar du zèle qu'il a déployé dans toute cette affaire.

La séance est levée à 6 heures 20.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel,* Mortier.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 16 octobre 1906.

Nystagmus familial.

MM. Apert et Dubosc présentent une mère et cinq de ses enfants, quatre filles et un garçon atteints de *nystagmus familial.* Cinq autres enfants (garçons) sont restés indemnes, mais trois de ces derniers sont morts dans les premiers mois. Ce nystagmus se rattache au type décrit par MM. Lenoble et Aubineau comme une myoclonie des muscles de l'œil, et désigné par eux, pour cette raison sous le nom de « nystagmus myoclonie ». — L'affection ne s'est montrée chez les enfants atteints que dans le courant des deux premières années, et à l'occasion d'une maladie aiguë : c'est ainsi que chez le plus jeune, on en a constaté l'apparition quelques jours après le début d'une broncho-pneumonie. Quelques-uns de ces enfants présentent, en même temps que leur nystagmus, de l'exagération des réflexes rotuliens, surtout à droite ; chez aucun d'eux les présentateurs n'ont noté les tremblements de la tête et des membres, ni les trémulations fibrillaires, ni les secousses électriques mentionnées dans les observations de MM. Lenoble et Aubineau. Ceux-ci considèrent l'affection comme particulière à la race bretonne, car c'est en Bretagne qu'ils ont recueilli toutes leurs observations. L'observation de MM. Apert et Dubosc confirme cette opinion, car la mère des cinq enfants dont il est ici question est d'origine bretonne également (Dinan, Côtes-du-Nord).

M. Ausset entretient la Société d'un cas de *maladie de Little* à symptômes anormaux chez un enfant probablement hérédo-syphilitique.

M. Armand-Delille rend compte de l'autopsie, par lui faite à l'Hôpital des Enfants, d'un enfant atteint d'*amyotrophie spinale progressive,* laquelle avait envahi successivement les quatre membres, le tronc et les muscles respiratoires, et s'était terminée par la mort à la suite de crises répétées d'asphyxie.

MM. Guinon et Ribadeau-Dumas rendent compte de deux cas de *dysenterie grave* survenue à la suite de grandes fatigues et de diverses privations, chez deux malades arrivant de Russie. Ils furent traités par le sérum antidysentérique à très fortes doses (jusqu'à 280 cent. cubes pour l'un deux), et il s'en suivit une amélioration considérable. L'un fut ainsi définitivement guéri ; l'autre fut emporté par des accidents de broncho-pneumonie, alors que ses troubles intestinaux avaient presque complètement disparu. Il est à noter que, dans les deux cas, malgré les doses considérables de sérum qui furent employées, il ne se manifesta aucun accident sérothérapique.

Néphrite par impétigo.

MM. Guinon et Pater communiquent les observations de trois nourrissons chez lesquels on vit se développer, au cours d'un eczéma impétigineux, une néphrite avec albuminurie et anasarque. Ils pensent que cette néphrite a été déterminée par une infection ayant eu son point de départ dans les lésions des téguments.

Mécanisme de l'invagination intestinale.

M. Veau a pu saisir sur le vif, dans les conditions suivantes, un mécanisme de l'invagination intestinale qu'il croit peu connu jusqu'à présent. Il eut à opérer un enfant de 5 mois pour occlusion intestinale, et il reconnut que cette occlusion était le résultat d'une invagination, qu'il réduisit sans difficulté. Mais, vingt-six heures plus tard, les accidents d'occlusion s'étant reproduits, il dut rouvrir l'abdomen, et il constata alors sur une certaine longueur de l'intestin un état de contracture manifeste, avec tendance de cette partie contracturée à s'engager dans la partie sous-jacente restée avec son calibre normal. L'enfant ayant succombé, on fit l'autopsie, mais on ne retrouva plus trace du spasme constaté à l'opération précédente, et que la mort avait fait disparaître.

Ch. H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 octobre 1906. — Présidence de M. le Dr Vaquez.

Un cas de persistance des règles pendant la grossesse.

M. Léon Pouliot résume une intéressante observation de persistance des règles pendant la grossesse chez une jeune femme de 19 ans bien réglée et sans aucun antécédent pathologique, ni maladie du cœur, ni albuminurie, ni syphilis.

Remarques à propos de l'extraction de corps étrangers bronchiques par la bronchoscopie.

M. Guisez relate son sixième cas d'extraction de corps étranger des bronches par la bronchoscopie supérieure. Il s'agissait d'une petite embouchure de trompette d'enfant située à l'entrée de la ramification bronchique inférieure droite. M. Guisez a pu l'extraire très rapidement dans une première séance en passant directement par la glotte. C'est le sixième corps étranger que l'auteur a pu enlever par la bronchoscopie. Dans le premier cas seul il dut faire la trachéotomie, dans tous les autres il a procédé par bronchoscopie supérieure.

Sur un cas de mal de Pott.

M. Péraire présente un malade âgé de 21 ans, nettement tuberculeux, ancien pleurétique, qu'il a guéri d'un mal de Pott dorsal par l'immobilité simple du thorax et les ponctions des abcès. La guérison se maintient depuis 4 ans.

Le Certificat d'études médicales supérieures.

M. Vaquez, président, fait un exposé très complet de la question du certificat d'études médicales supérieures, il rend compte de ses démarches, et lit une lettre de M. le Prof. Bouchard qui consentirait à ce qu'on changeât le titre de « Certificat, contre celui de « Certificat d'aptitudes médicales à l'enseignement ». M. Vaquez montre en outre que ce certificat, dans l'esprit même de ses auteurs n'a pas pour unique but de réformer l'enseignement, mais aussi de donner un titre de plus au praticien. Il montre combien le système adopté nous ramène à la forme du concours en laissant cependant place plus grande au favoritisme. Il déplore enfin ce système qui aura pour conséquence d'ouvrir les portes de l'enseignement médical, qui devrait être purement clinique, à des hommes qui se seront cantonnés dans des études théoriques, sans avoir mis le pied à l'hôpital.

M. Tissier-Guy expose les raisons pour lesquelles ce Certificat d'études, destiné quoiqu'on en dise à tomber dans le domaine des abus, est nuisible non seulement aux intérêts de la corporation médicale tout entière, mais aussi à ceux des candidats qui l'obtiendront et seront de ce fait envoyés pour un temps limité dans une faculté de Province où ils n'auront ni le temps ni les moyens de se créer une clientèle, ayant d'autre part abandonné celle qu'ils auraient pu se faire à Paris.

M. Berthod critique avec violence ce certificat et montre à quel point il a ému l'opinion médicale, à quel point il doit demain soulever la réprobation générale. Il étudie les différents moyens à prendre pour faire abroger le diplôme d'études médicales supérieures (agitation par la presse, agitation par les pétitions, agitation dans la rue si c'est nécessaire).

M. Reymond se montre nettement hostile à ce certificat et préconise une action immédiate auprès des pouvoirs publics. La Société doit agir seule d'abord puis associée aux différents groupements médicaux ensuite.

M. E. Rist estime que le nouveau certificat ne servira même

pas à faire des savants de laboratoire, comme le prétendent les précédents orateurs. L'absence complète des pratiques et la préparation exclusivement théorique de cet examen fait que le candidat, quoique très ferré dans l'histologie, sera incapable de lire la coupe la plus simple.

M. Jayle s'associe aux protestations et présente quelques objections dans l'enseignement clinique, qui est si défectueux.

A la suite de cette discussion et sur décision antérieurement prise par le bureau, M. Vaquez met aux voix les propositions suivantes : Acceptation du Certificat d'Etudes Médicales supérieures — pas une voix. Rejet du certificat (unanimité). L'ordre du jour suivant, dû à MM. Tissier-Guy et à M. Berthod, est proposé et voté à l'unanimité :

La société de l'Internat des Hôpitaux de Paris considérant : 1° Que si une réforme du recrutement et surtout du fonctionnarisme du corps enseignant semble justifiée, la création d'un certificat nouveau délivré à la suite d'un examen ne remplira aucunement le but proposé de relever le niveau des sciences médicales. 2° Que la création d'un certificat d'études médicales supérieures ne peut que déconsidérer le doctorat, que le titre de docteur, dans toutes les facultés est le titre summum fixé jusqu'à ce jour et qu'on ne saurait autrement que par une loi créer un titre supérieur comme celui que donnerait le certificat nouveau, décide de prendre l'initiative et de s'associer à toute mesure propre à amener la suppression du décret et charge son bureau d'y pourvoir au plus tôt.

I[er] CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE

et de l'alimentation rationnelle de l'homme

(Loi du 11 novembre 1905). Paris ; 22-27 octobre 1906

Suite et fin (1).

Terminons dès maintenant ce compte-rendu, nécessairement décousu et incomplet. Car répétons-le : les congrès pèchent par excès. Ils ont évidemment du bon : *à quelque chose, malheur est bon* ; mais c'est par les à côtés : tel l'avantage de favoriser les rapports sociaux, nationaux et internationaux, telle la facilité de visiter les laboratoires, les instituts scientifiques etc. Quant à la valeur intrinsèque des Congrès, elle est de plus en plus amoindrie et bientôt nulle ; amoindrie, parce que les adhérents les plus autorisés n'y viennent pas tous, de sorte que les discussions deviennent rares : bientôt nulle, parce que les communications importantes ou les travaux originaux peuvent aussi bien se faire jour, soit dans les sociétés savantes, soit dans les journaux professionnels.

Mais soyons juste à l'égard du 1[er] Congrès international d'hygiène alimentaire. D'abord nous avons été un de ses adhérents, et non des moins bavards. Ensuite ce congrès a fait connaître en France et à l'étranger la *Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle de l'homme* dont la création est due à M. le sénateur Ricard, son président et qui promet beaucoup de bien (installation de laboratoires, etc.). C'est le premier congrès de ce genre, et il y a eu d'intéressantes communications. Signalons-en quelques-unes :

Ainsi le professeur Lamblin a séduit par la façon claire et curieuse dont il explique la *digestion des albuminoïdes*. M. Nicloux, assistant au Muséum, a exposé très simplement son procédé très simple pour doser rapidement des doses infinitésimales d'alcool dans les tissus. M. Lapicque, maître de conférences à la Sorbonne, a fait projeter des vues qui peuvent rendre de bons services pour propager l'hygiène alimentaire par des conférences. A propos de la *viande*, qui, au point de vue de la force énergétique, occupe un rang très inférieur dans le tableau comparatif exposé devant nous au Laboratoire de M. Dastre, nous avons fait une observation sur l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à négliger complètement le rôle stimulant de la viande ingérée modérément, et à perdre ainsi un excellent moyen de lutter contre l'alcoolisme dans les classes pauvres. M. Lapicque nous a répondu, d'ailleurs aimablement que notre observation exprimait une théorie, et que dans les laboratoires on faisait de la pratique. Ce n'était pas une réponse, ou du moins c'en était une mauvaise. Car les résultats bien établis de l'observation clinique sont des *faits* de même valeur que les résultats d'analyse chimique. Il est vrai que les « laboratoires » et les « cliniciens », ne sont pas toujours d'accord et cherchent trop souvent à ne pas comprendre.

Signalons les observations fort judicieuses du D[r] Rivière (de Paris) sur les abus et les dangers de la suralimentation et du régime sec.

Le D[r] Foveau de Courmelles a fait les deux communications suivantes :

1° *Des agents physiques dans l'assimilation.*

Se basant sur les expériences physiologiques du courant de haute fréquence activant la nutrition animale, ce que le professeur d'Arsonval a démontré et mesuré par les gaz respiratoires, l'urée, l'élévation de température, la production de calories, la perte de poids, le D[r] Foveau de Courmelles a obtenu chez des ralentis de la nutrition les mêmes phénomènes. L'appétit est meilleur, l'urée excrétée l'est plus abondamment, les forces reviennent (diabète, albuminurie, obésité) ; la tension artérielle se régularise (artério-sclérose). Et ce ne sont pas seulement les courants de haute fréquence qui agissent si favorablement sur la nutrition, on peut agir localement, combattre l'arthritisme, l'atrophie, l'ankylose, l'impotence, par les effluves, la galvanisation, la faradisation et constater par des analyses de sang *in loco* l'augmentation des échanges.

2° *Stérilisation des eaux potables.*

Les procédés employés pour détruire les bactéries sont chimiques, par des substances toxiques (paroxyde de chlore, ferro-chlore, chlore), s'éliminant après leur action ou par l'ozone (procédés Siemens et Halske, Otto, de Frise). La question de dépense règle seule ces divers procédés qui sont tous bons, dans le choix à en faire. Il existe des modèles d'ozoneurs pour maisons, écoles, ce qui mettrait à la disposition de chacun la stérilisation la plus efficace, puisque la consommation se pourrait faire de suite, sans risque de contamination sur un parcours quelconque. P. Cornet.

M. Martel, chef du service d'inspection vétérinaire a vivement intéressé par ses études sur « *les parasites d'origine animale rencontrés dans le tissu musculaire* ».

M. Netter, professeur agrégé, a éveillé l'attention sur la culpabilité du lait dans les *empoisonnements par les gâteaux à la crème.*

Citons l' « *exposé critique des méthodes d'analyse des vins* », par M. Roos; le gros travail de MM. M. Michel et Perret, sur *la ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 2 ans* ; l'exposé de l'ingénieur agronome belge M. Lonay, sur *l'alimentation des cultivateurs et travailleurs agricoles en Belgique* ; les expériences de M. Fauvel d'Angers, sur la *valeur alimentaire des différents pains*, *l'«excitation par les aliments »*, par le D[r] Féré, médecin de Bicêtre ; *l'introduction critique et expérimentale à l'étude des bilans d'Atwater*, par M. Jules Lefèvre ; l'important travail de M. A. Imbert, sur «la *mesure du travail musculaire dans les professions manuelles* » ; la communication de Marg. Huiman-Abel, sur le « *sucre comme aliment*» ; celle du professeur Backhaus, de Berlin, sur le *lait destiné à l'enfance* ; les rapports de MM. Drouineau et Perrier sur *la ration alimentaire du soldat*, et sur *les déchets alimentaires qui se produisent dans l'armée et les moyens de les éviter* ; le rapport sur *la ration d'entretien aux divers âges*, par le professeur Maurel, de Toulouse ; et bien d'autres communications scientifiques et autres dont nous ne pouvons songer à donner ici même la simple énumération.

Cependant, il nous est impossible de nous taire complètement sur ce qui s'est dit à propos de l'hygiène alimentaire dans

(1) Voir le dernier numéro.

les écoles. C'est ainsi que le Dr Butte a fait, au nom de la Société des Médecins-inspecteurs des écoles de Paris, un rapport consciencieux et très documenté sur les *cantines scolaires*. Malheureusement les administrations des Caisses des Ecoles entrent en jeu dans les transformations désirables, et les conseillers municipaux n'oseront jamais (paraît-il) donner, même à titre consultatif, des conseils autorisés à certaines caisses des Écoles. Mme Bonabry a lu, à la 12e section (vulgarisation) un rapport substantiel sur *l'enseignement et la vulgarisation de l'alimentation rationnelle de l'homme et de l'hygiène alimentaire à l'Ecole et hors l'Ecole.* Nous-même, nous avons parlé sur ce sujet qui nous intéresse en faisant valoir l'utilité qu'il y aurait à instituer en France des équipes de « causeurs », qui propageraient l'hygiène alimentaire jusque dans les milieux les plus humbles. La propagande par les conférences magistrales dans des salles grandioses ou officielles, et par des orateurs de marque, ne donnent la plupart du temps qu'un rendement infime. Parce que ce sont presque toujours les mêmes auditoires qui remplissent les mêmes salles, et que les principaux intéressés, c'est-à-dire ceux qui ont le plus besoin d'être instruits sur les dangers de l'alcoolisme ainsi que sur ceux d'une alimentation défectueuse, ne viennent pas. Il faudrait objectiver davantage, et faire de la propagande centrifuge, c'est-à-dire jusqu'au sein même des milieux sociaux les plus humbles.

Et nous avons cité des exemples d'Allemagne (hélas !), où nous avons assisté à des conférences sur l'alcoolisme, faites avec beaucoup de succès à des consommateurs paisibles attablés dans des cafés. Il suffirait chez nous que des Sociétés autorisées, telle « la Société scientifique d'hygiène alimentaire » prissent l'initiative et la charge d'organiser méthodiquement des conférences ou du moins des *causeries* ; et le bon moyen de rendre ces causeries profitables pour l'auditeur, serait d'indemniser le causeur.

Nous pourrions encore rapporter longuement sur ce Congrès. Mais d'une part la grande presse y a fait de copieuses allusions, en se mêlant trop souvent (ô contradiction !) des questions de science pure, au lieu d'exposer à la masse des lecteurs les questions plus pratiques d'application et de vulgarisation. D'autre part tous les rapports ont été imprimés et distribués, et seront réunis comme d'usage, en un volume, par les soins des organisateurs du Congrès. Rappelons, au point de vue pratique, le travail considérable de M. Alquié sur les aliments et leur composition, et au point de vue théorique, le beau discours de M. le professeur Arm. Gautier, sur les problèmes généraux de l'alimentation humaine. Le prologue de M. Arm. Gautier et le travail de M. Alquié forment l'alpha et l'oméga de ce... *premier* Congrès d'hygiène alimentaire ; car il y en aura d'autres : la série est ouverte. Puisse-t-on, du moins, ne pas trop les rapprocher, et laisser aux travailleurs le temps de travailler ! Dr Paul Cornet.

VARIA

Œuvre des Colonies scolaires de vacances (6, rue de Louvois, à Paris.)

Cette œuvre — que préside M. L. Legoy — a envoyé, cette année, en vacances, à la campagne, à la montagne et à la mer, **191** enfants (filles et garçons de nos écoles âgés de 10 à 15 ans) répartis en 6 Colonies, dirigées par des institutrices et instituteurs, lesquelles ont séjourné — pendant trois semaines — à Soissons, à Vic-sur-Aisne, à Vire, à Audincourt et aux Sables-d'Olonne. Ces Colonies ont eu le même succès que les précédentes (57 enfants en 1904 et 144 enfants en 1905) et familles et colons n'ont eu qu'à se louer d'avoir eu recours à la parfaite organisation de cette œuvre philanthropique et sociale, digne de tous les encouragements moraux et de l'aide généreuse des véritables amis de l'enfance.

Les demandes d'inscription d'enfants pour les colonies de 1907 peuvent être adressées à l'œuvre dès maintenant et la participation des familles peut être versée, en un ou plusieurs termes, d'octobre 1906 à fin juin 1907.

L'hygiène des Casernes.

Un concours a été ouvert entre les officiers dont le sujet était une organisation nouvelle des casernes. Le projet classé le premier a été celui du lieutenant Watebled du 8e bataillon de chasseurs, dont nous empruntons l'analyse au *Matin* :

Le projet fait ressortir en premier lieu les inconvénients qui résultent des trop grandes agglomérations. Afin de concilier les désirs des hygiénistes et les intérêts du Trésor, il demande que les quelques régiments occupant la même garnison soient scindés en deux groupes.

La caserne est divisée en trois parties distinctes : en avant, *partie réservée à l'instruction* (cours d'exercice, hangars aux manœuvres de bataillon, gymnases couverts et à air libre, tir réduit, etc.), au centre, *partie réservée aux repos et aux jeux* (pavillons de troupe, pelouse gazonnée pour les jeux permettant le football, piste vélocipédique, et autour de cet ensemble des arbres et des bancs, jardin, petits châteaux d'eau pour boissons hygiéniques) ; en arrière, *partie réservée aux services généraux*, avec une entrée spéciale (cuisine centrale, réfectoires, pavillon de santé avec buanderie, ateliers, écurie, etc.)

Les pavillons de troupe sont construits pour deux compagnies. Chaque compagnie a son casernement distinct. Les dortoirs, placés au 1er et 2e étages, et orientés de façon à être visités par le soleil, ne contiennent que 12 hommes. En regard de chaque dortoir, et séparées par un couloir, se trouvent les chambres d'astiquage, de dimensions plus petites. Dans ces pièces qui sont garnies de tables et de bancs, les hommes rangeront leurs brosses, chaussures, équipement, effets mouillés, etc. ; les râteliers d'armes y seront également installés.

Tous les locaux accessoires de la compagnie se trouvent au rez-de-chaussée. Les réfectoires sont placés à proximité des cuisines, dans un bâtiment unique ne devant servir qu'à cet usage. Le projet montre les inconvénients qui résulteraient de la réunion des salles de récréation et des réfectoires, et on demande avec insistance que ces deux services soient complètement séparés.

L'auteur du projet a cherché tout spécialement à améliorer la situation des sous-officiers rengagés, en faveur desquels il propose les dispositions suivantes :

Célibataires. — Il est indispensable, pour que les sous-officiers puissent être « chez eux » de les séparer complètement de la troupe. Un pavillon spécial, placé au centre des bâtiments de troupe, contient au rez-de chaussée les locaux communs du régiment (salles d'escrime, écoles, services de semaine, salle d'honneur, etc.), et aux étages les chambres des sous officiers rengagés.

Mariés. — Le pavillon avec appartements du type 1900 est très critiqué. Le lieutenant Wattebled propose de l'abandonner et de le remplacer par des maisons accolées à un étage comportant quatre pièces, une cave et un grenier. Ce n'est pas trop exiger, en effet, que de demander pour les sous-officiers les mêmes avantages qu'on a pu donner aux mineurs (corons) et aux ouvriers dans certains centres.

Les cantines, qui sont rendues inutiles par la création de mess de sous-officiers et de salles de réunion de compagnie, ont été supprimées. Par suite de cette suppression, et en raison de l'éloignement des casernes, qui devront être construites désormais en dehors des villes, on créera un local de vente où le soldat trouvera les articles de première nécessité (articles militaires, pain, tabac, cartes illustrées, etc). Le commerce de la ville devra être protégé en faisant supporter aux gérants le loyer et la patente.

La maladie de Behanzin ; par le docteur Denis, chirurgien de l'Hôpital civil de Mustapha.

Behanzin est malade, bien malade. Ce n'est pas la nostalgie, ou la neurasthénie, ou l'hypochondrie qui le minent. Il a bel et bien une maladie organique grave, le mal de Bright. C'est ce qu'avait déjà vu le médecin ordinaire de l'ex-roi, le docteur Vidal, de Blida.

Mon élève et ami, le docteur Costa, qui remplaçait le Dr Vidal, nous avait priés, le Dr Gillot, médecin de l'Hôpital de

Mustapha, et moi, de voir Behanzin en consultation, parce qu'il trouvait de l'aggravation dans sa maladie.

Le rendez-vous était chez moi, le mardi 31 juillet, à 11 heures du matin. Behanzin, son fils Ouanilou, ses femmes et ses filles furent exacts à l'heure. L'ascension de mes escaliers fut particulièrement pénible pour le roi déchu : il peinait, soufflait, suait, soutenu par ses femmes, son fils et son gardien. Il s'affala dans un fauteuil de mon cabinet et ses femmes et ses filles se posèrent à terre qui presque couchées, qui accroupies. Ouanilou resta respectueusement debout et nous servit d'interprète. Je n'étais pas un inconnu pour le fils de Glé-Glé. Je lui avais fait une visite en 1894, au fort Tartenson, à la Martinique, et je lui montrai quelques photographies que j'avais prises de lui à ce moment-là : il en parut ravi et je gagnai ainsi sa confiance et la consultation commença. Behanzin est de haute stature, large d'épaules. Depuis 1894, il a beaucoup vieilli et ses cheveux sont tout blancs. Il reste un moment encore anhélant de son ascension, la sueur ruisselle sur son torse nu que ne recouvre qu'un peplum noir brodé d'or ; il est coiffé d'une calotte de forme béguin. Ses femmes l'éventent et l'une d'elles recueille dans une tasse la salive royale lancée d'un jet fort adroit. Il a son sceptre sur l'épaule. Ouanilou, figure jeune, sympathique, vêtu très coquettement à la française, traduit nos questions. La langue dahoméenne est très douce, silencieuse ; aucune syllabe gutturale : on voit les lèvres s'agiter et on n'entend qu'un murmure.

Behanzin a 63 ans ; il n'a jamais bu d'alcool. Au palais d'Abomey, le menu royal ne comportait que du riz et des pommes de terre ; en revanche il a beaucoup fumé.

Nous constatons de l'œdème des membres inférieurs, de l'œdème du poumon, un bruit de galop, de l'albuminurie. De plus, l'ex-roi se plaint d'une anesthésie de la partie inférieure du tronc. Le diagnostic de mal de Bright s'impose.

L'étiologie en est obscure, l'hygiène alimentaire du palais d'Abomey était fort bonne. Faut il croire que Behanzin ne boit pas ? Ouanilou nous le dit : le Dr Costa nous l'affirme. D'autres personnes nous ont affirmé le contraire, et de plus on dit qu'en guise de méchoni, on servait de petits enfants cuits en entier, sur la table royale ! La nicotine a une action certaine avérée et avouée. Faut-il y joindre les tortures et les angoises du bannissement, de la défaite et de la déchéance ? C'est possible.

Sans doute, le pronostic du mal de Bright est le même pour un roi (car Behanzin doit toujours se croire roi) que pour le commun des mortels ; en tous cas nous l'avons soumis au régime et au traitement de tout le monde : on ne peut agir autrement dans une démocratie.

Une des reines est atteinte de la tuberculose au début.

Voilà le bilan de cette famille royale déchue. A les voir ainsi dans mon cabinet, transformé par leur présence en salle du palais royal dahoméen, on ne peut se défendre d'une immense pitié, ils ont tous l'air malheureux et ils le sont réellement. Le climat algérien, surtout celui de Blida, ne leur convient pas, en cette période caniculaire ils ont froid le soir et font du feu. Que sera-ce l'hiver. Le pneumocoque attend Behanzin et il est bien à craindre qu'une pneumonie, l'hiver prochain, ne mette un terme à ses souffrances. Cette torture de tous les instants infligée à un vaincu est-elle digne d'une nation qui se targue de grandeur d'âme, de générosité, qui si volontiers montre de ses sentiments d'humanité.

Met elle en ce cas ses actes en concordance avec ses paroles ? Je vous laisse répondre. Je comprends ou plutôt j'excuse le geste du vainqueur encore grisé de l'atmosphère de la bataille qui fusille son ennemi vaincu et pris. Mais je ne comprends plus le pouvoir qui, froidement, sciemment, de parti-pris et sans pitié, fait mourir à petit feu celui qui n'a eu que le tort de défendre son pays contre notre invasion et à qui nous avons tout pris, sauf la vie. Est-ce pour la lui enlever dans des conditions misérables que nous la lui avons gardée ?

Non, quoi que l'on dise, le climat de l'Algérie tout entière est funeste à Behanzin, aussi bien dans le Tell que dans le désert. Ce qui lui convient ce sont les pays équatoriaux et mieux son ancien pays. Il ne s'agit pas de faire refleurir là-bas les sacrifices humains. Du reste, Behanzin ne croyait pas plus mal faire en coupant les têtes de ses sujets que les Espagnols en faisant étriper les chevaux par les taureaux.

Mais si la politique doit avoir sa part dans la décision à prendre au sujet de Behanzin, l'humanité en revendique la plus large et exige qu'on le place dans un climat convenable.

Pour qui le voit, Behanzin est fini ; il n'est pas dangereux. Ce n'est plus l'ex-roi du Dahomey : c'est un malade auquel on doit accorder la suprême satisfaction de finir ses jours dans son pays natal. (*Bulletin médical de l'Algérie*, 30 août 1905.)

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Propos d'un Remisier.

La volumineuse correspondance que j'ai reçue depuis quelques jours m'a prouvé combien j'avais vu juste en disant aux nombreux lecteurs du *Progrès Médical* que, si modeste que fût ici mon rôle, je demeurais convaincu de pouvoir leur être utile sur le terrain purement financier.

Mais, dans le cadre forcément restreint de cette chronique, je devrai naturellement me borner à des aperçus généraux sur la physionomie de la Bourse, me réservant de répondre par lettre particulière à ceux de mes lecteurs qui voudront bien m'honorer de leur confiance et faire appel à mes conseils, qui, je le répète à nouveau, leur seront toujours donnés en toute indépendance et avec la sincérité la plus absolue.

* * *

Au cours de la dernière quinzaine, la tension monétaire a persisté à l'étranger. En France, on n'en a encore ressenti aucun malaise et même, après quelques jours de sérieuse dépression, le dénouement de la crise ministérielle a provoqué une légère reprise de nos *rentes*, reprise favorisée par l'essor si remarquable de presque toutes les industries.

En somme, notre marché semble garder la pleine conviction que la fin de l'année sera bonne, et fournira un nouvel appoint de bénéfices à nos *grands établissements de crédit*, dont l'exercice sera ainsi des plus brillants. De plus hauts cours sont donc à prévoir sur la *Banque de Paris et des Pays Bas*, le *Crédit Lyonnais*, la *Société Générale*, le *Comptoir d'Escompte*, etc.

A propos des *Fonds Russes*, d'aucuns pensent — et je suis de cet avis — que leur reprise actuelle est un peu factice. On a parlé d'un nouvel emprunt, jusqu'ici, rien n'est venu confirmer ce bruit.

D'autres opérations plus opportunes et dont il est d'ailleurs question, nous intéresseraient davantage, puisqu'il s'agit de la mise en valeur de nos colonies : Indo-Chine, Tunisie et Congo. J'en reparlerai le moment venu.

Les *Chemins Espagnols* sont revenus ces jours-ci à des cours plus logiques. La spéculation les avait trop poussés, étant surtout donné que, sauf pour le *Saragosse*, aucun dividende ne sera pas distribué avant quelques années encore.

Le *cuivre*, malgré des fluctuations plus fréquentes, ne s'éloigne guère du cours de £. 100, et l'on s'accorde partout à constater la constance et l'accroissement des besoins. Les capitaux de placement peuvent donc toujours, à mon avis, s'employer utilement sur les bonnes valeurs du groupe *cuprifère* : *Rio*, *Boléo*, *Tharsis*, *Cape Copper*, etc.

L'activité industrielle fait éclore presque chaque jour une nouvelle affaire ; sur ce point, je recommanderai à nos lecteurs la plus grande circonspection, tout au moins avant de connaître mon avis sur celles d'entre elles auxquelles ils auraient l'intention de s'intéresser. Je suis, pour cela et pour tous conseils financiers quelconques, à leur complète disposition.

T. Sève,
Remisier-arbitragiste,
11, rue de Rome, Paris.
Téléph. 113-10.

P.-S. — Je tiens à la disposition de ceux de mes lecteurs qui voudront bien m'en faire la demande mon « *Traité pratique des opérations de Bourse* », lequel leur sera adressé à titre absolument gracieux.

CORRESPONDANCE

—

X., le 22 octobre 1906.

Mon Cher Confrère,

Dans votre dernière chronique, vous citez le cas de malheureux confrères, appelés sans aucune utilité à faire des périodes d'instruction militaire. Si ma petite histoire vous intéresse, je vais vous la narrer ; sans fatuité, je crois que je détiens le record.

Il y a quelques années, je fus appelé avec mon vieil et excellent ami le Dr V., pour faire une période d'instruction au ne territorial. D'accord avec le colonel, nous nous étions réparti le service médical, l'un assurant la visite au quartier, l'autre allant passer sa journée au champ de tir. Deux jours après notre arrivée, je fus mandé près de M. l'Intendant. J'appris alors que j'étais distrait du service régimentaire, que mon ami V. assurerait seul, ce qui était matériellement impossible, puisqu'il ne pouvait être à la fois au quartier et au champ de tir. Quant à moi, je vous donne en mille, en milliard, à deviner le poste que l'on me confia. Je préfère vous le dire de suite, vous vous fatigueriez inutilement. J'étais chargé de l'*Inspection des Cochons* ! Oui, vous avez bien lu, des braves compagnons de Saint Antoine. Je devais chaque jour passer dans les fabriques de conserves de porc salé pour la troupe, examiner les cochons, compter les bons, refuser les mauvais. Je croyais avoir fait des études médicales satisfaisantes : ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux et professeur à l'Ecole de médecine de ma petite ville. Je vis avec effroi la lacune énorme : j'ignorais le cochon ! J'essayai d'exposer à M. l'Intendant mon incompétence. En vain ! L'Intendant m'expliqua que cette inspection de fabriques de conserves était faite à tour de rôle par les vétérinaires et médecins militaires de la garnison ; c'était le tour des médecins. Comme aucun médecin de l'active n'était disponible, on avait pris le médecin territorial. Et allez donc ! Je dus aller en effet, sans murmurer, chaque matin de fabrique en fabrique de conserves, défiler devant des centaines de quartiers de cochon suspendus par la patte et faire des X sur chaque jambon !

Et c'est ainsi que j'ai pendant 13 jours rendu service à ma patrie.

Je voudrais bien savoir ce que dirait le général Langlois si on lui confiait pour tout service la surveillance des abattoirs !

Croyez, mon cher Confrère, à mes meilleurs sentiments.

X...

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 7 novembre.* — *M. Lecaplain* : Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme. (Loi du 9 avril 1898) (MM. Brissaud, Reclus, Labbé (Marcel), Proust) — *M. Chapotin* : Des injections intra-articulaires de vaseline stérilisée dans les arthrites sèches MM. Reclus, Brissaud, Labbé (Marcel), Proust.

Jeudi, 8 novembre. — *M. Neveu* : Notes sur la médecine grecque dans l'antiquité (MM. Debove, Bouchard, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Ducros* : Recherches sur la valeur des troubles psychiques dans les maladies du cœur (MM. Debove, Bouchard, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Gimbert* : Contribution à l'étude des psychonévroses chez les tuberculeux (MM. Bouchard, Debove, Thiroloix, Jeanselme). — *M. Chopard* : Névrose traumatique et loi sur les accidents du travail (MM. Joffroy, Pouchet, Dupré, Carnot). — *M. Michaud* : Du rôle des émotions dans l'étiologie de l'épilepsie (MM. Joffroy, Pouchet, Dupré, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi 5 novembre.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Segond, Delens, Gosset. — 5e (2e partie, Hôtel Dieu) : MM. Déjerine, Teissier, Balthazard.

Mardi 6 novembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Pozzi, Albarran, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. De Lapersonne, Auvray, Morestin. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Renon, Gouget.

Mercredi 7 novembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Terrier, Sébileau, Gosset. — 2e (Salle Richet) : MM. Richet (Ch.), Broca (André), Branca. — 3e (Oral, 1re partie, Salle Broussais) : MM. Kirmisson, Potocki, Cunéo. — 4e (Salle Béclard) : MM. Pouchet, Balthazard, Macaigne. — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Charcot) : MM. Roger, Retterer, Legueu. — 1er (Chirurgien dentiste, 2e série, Salle Velpeau) : MM. Segond, Gley, Legry.

Jeudi 8 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 3e (Oral, 1re partie, Salle Béclard) : MM. De Lapersonne, Thiéry, Brindeau. — 4e (Salle Corvisart) : MM. Chantemesse, Gilbert, G. Ballet. — 1er (Chirurgien-dentiste, 1re série, Salle Pasteur) : MM. Pozzi, Retterer, Langlois. — 1er (Chirurgien dentiste, 2e série, Salle Charcot) : MM. Poirier, Gley, Launois.

Vendredi 9 novembre. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 10 novembre. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Robin, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Hutinel, Gilbert, Renon — 5e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Chantemesse, Jeanselme, Bezançon.

Clinique des maladies des enfants. — M. Méry, agrégé, chargé de cours, commencera le *Cours de clinique des maladies infantiles*, le mercredi 7 novembre 1906, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Veillon : Maladies de la peau, les mardis, à 10 heures. — M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les jeudis et lundis, à 10 heures. — M. Larat : Electrothérapie, les samedis, à 10 heures. — M. Guillemot : Consultations pour les maladies des nourrissons, les samedis, à 10 h. 1/2.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le professeur Budin reprendra le *Cours de clinique d'accouchements*, le samedi 10 novembre 1906, à 9 heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. Leçons au lit des malades, tous les matins, à 9 heures. — Mardi : Leçons de clinique obstétricale. — Samedi : Leçons cliniques sur l'allaitement et l'hygiène des nourrissons.

Dirigeront les exercices pratiques : M. Coudert, chef de clinique ; M. Cathala, chef de clinique adjoint ; MM. Chavane, Scwhab, Macé, Perret, Chéron, Bouchacourt, Jeannin et Guéniot, anciens chefs de clinique ; M. Nicloux, chef de laboratoire et M. Lequeux, adjoint ; MM. Planchon, Valency, Barlerin, Donzeau, Quillier, Buron, Devraigne et Binet, moniteurs.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Roger commencera son cours le jeudi 8 novembre 1906, à 4 heures de l'après midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera, les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. *Objet du cours* : Les maladies infectieuses.

Pathologie chirurgicale. — M. Marion, agrégé, chargé de cours, commencera le *Cours de pathologie chirurgicale*, le lundi 12 novembre 1906, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. *Sujet du cours* : Affections traumatiques des membres. Affections des organes génito-urinaires.

Histologie. — M. A. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera le *Cours d'histologie*, le jeudi 8 novembre 1906, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La cellule. Les éléments sexuels et les processus histologiques de la reproduction. Le système nerveux.

Pathologie externe. — M. Morestin, agrégé, commencera ces conférences le mardi 6 novembre 1905, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies du thorax et de l'abdomen.

Pathologie interne. — M. Louis Rénon, agrégé, commencera ces conférences et samedi 10 novembre 1906, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies infectieuses et parasitaires.

Obstétrique. — M. Potocki, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 9 novembre 1906, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Prix de l'Académie de médecine de Bruxelles. — Les mémoires récompensés au concours de l'Académie royale de médecine, sur l'épilepsie sont dus à MM. D. de Buck, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Froidmont, P. Masoin, médecin de l'asile de Dave et D. Maes à Wervicq, en collaboration avec M. H. Claude, agrégé de la Faculté de Paris.

FORMULES

LXXXVI. — Contre le rhumatisme subaigu.

Citrophène	10 gr.
Eau chloroformée	120 gr.
Sirop de menthe	30 gr.

de 1 à 6 cuillerées à soupe par 24 heures. (Pouchet.)

LXXXVII. — Contre la coqueluche.

Tussol	2 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges	20 gr.
Eau distillée	80 gr.

1 à 2 cuillerées à café chez les enfants. (Pouchet.)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 14 au samedi 20 octobre 1906, les naissances ont été au nombre de 946, se décomposant ainsi : légitimes 691, illégitimes 255.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 751, savoir : 384 hommes et 367 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 9. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 0. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 1. — Tuberculose des poumons : 161. — Tuberculose des méninges : 10. — Autres tuberculoses : 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : 48. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 51. — Maladies organiques du cœur : 73. — Bronchite aiguë : 5. — Bronchite chronique : 13. — Pneumonie : 19. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 49. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 11 ; autre alimentation : 33. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale : 3. — Cirrhose du foie : 20. — Néphrite et mal de Bright : 15. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 1. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congenitale et vices de conformation : 18. — Débilité sénile : 24 — Morts violentes : 24. — Suicides : 11. — Autres maladies : 106. — Maladies inconnues ou mal définies : 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : légitimes 44, illégitimes 16.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : MM. les docteurs Binot, Joubin, Manson, C.-J.-E. Renault, Sauvez (de Paris), Charpentier (de Nancy), Sourbès (de Mézin), Dodieau (médecin militaire).

Décorations académiques. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique.* — MM. les docteurs Dauriac (de Paris) ; Bollet (de Trévoux) ; A. Malsang (de Champeix) ; Roulet (de Riom) ; Serre (de Montpellier) ; Léo (médecin de la marine).

Officiers d'académie. — MM les docteurs J.-P.-P. Bousquet, Coudour, L. Morel, Rollin (de Paris) ; Aurégan (de Lannion) ; Blayac (de Bédarieux) ; Bruneau (de Châteauroux) ; Chlémovitch (de Couilly) ; Fié (de Saint-Amand) ; Flour (de Bray-sur-Somme) ; Gavard (de Penthièvre) ; Grypiotis (de La Coquille) ; Hurtrel (de Hangest-en-Santerre) ; Jaille (de Châteauroux) ; Jouane (de Guelma) ; Lajotte (de Longjumeau) ; Lautié (de Bédarieux) ; Macé (de Guingamp) ; Mané (de Pléhédel) ; André Martin (d'Angers) ; Pascal (d'Orange) ; Pellegrin (de Villeneuve-de-Berg) ; Pouillot (de Joigny) Tardif (de Longué) ; Jouve, J.-F.-A. Rouget (médecins militaires) ; J.-H.-E. Laugier (médecin de la marine) ; M. P.-E. Goupil (préparateur au Collège de France).

Mérite agricole. — MM. les docteurs P.-G. Caboche, Fichon, Schmitt (de Paris), Hospital (de Clermont-Ferrand), Lasserre (de Bordeaux), L.-A. Boppe, Carton, Loup (médecins militaires), ont été nommés chevaliers.

Médaille des épidémies. — *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Tollemer (de Paris) ; Dozoul (de Barrême) ; Marianelli (de Rochefort-sur-Mer) ; Raybaud (de Marseille) ; V.-F. Clair, Vigné (médecins sanitaires maritimes) ; Coppin (médecin des troupes coloniales) : P.-M. H. Dupuy (de Canton); MM. Ashu Tosh Dutt, Delamourd, Kirode Chondor Palit (médecins indigènes à Chandernagor) ; Conseil (interne en médecine à Tunis).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Halbron (ancien interne des hôpitaux de Paris) ; Boivin (ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris) ; Desuet (d'Hersin-Coupigny) ; Robin (de Pantin) ; MM. Boinot, Chartier, Chastagnol, Denéchau, Küss (internes des hôpitaux de Paris) ; Collin (interne provisoire des hôpitaux de Paris), Avenier, Cottard, Duru, Faugeron, Jais, Roussel (externes des hôpitaux de Paris) ; Assire (interne des hôpitaux de Rouen) ; Vullien (interne en médecine à Tunis).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Fruitet, Mialare (de Nouméa).

Stage hospitalier. — Les services hospitaliers réservés à la première année de stage pour l'exercice 1906-1907 sont répartis de la façon suivante :

Médecine. — Hôtel-Dieu : MM. Ballet, Petit. — Charité : M. le professeur Roger. — Laënnec : MM, Barié, Bourcy. — Beaujon : M. Troisier. — Pitié : M. Rénon. — Saint-Antoine : M. Siredey. — Cochin : MM. Chauffard, Widal. — Lariboisière : MM. Brault, Le Gendre. — Tenon : M. Achard. — Broussais : M. le professeur Gilbert.

Chirurgie. — Hôtel-Dieu : M. Guinard. — Charité : M. Campenon. — Necker : M. Routier. — Laënnec : M. Delbet. — Beaujon : MM. Tuffier, Bazy. — Pitié : M. Walter. — Saint-Antoine : M. Lejars. — Cochin : MM. Schwartz, Quenu. — Saint-Louis : M. Ricard. — Lariboisière : M. le professeur Poirier.

Les services réservés à la seconde année de stage sont les suivants : *Médecine.* — Hôtel-Dieu : M. le professeur Dieulafoy. — Laënnec : M. le professeur Landouzy. — Beaujon : MM. les professeurs Debove, Robin. — Saint-Antoine : M. le professeur Hayem, M. Thiroloix.

Chirurgie. — Hôtel-Dieu : M. le professeur Le Dentu. — Charité : M. le professeur Richer. — Necker : M. le professeur Berger. — Pitié : M. le professeur Terrier. — Enfants-Malades : M. le professeur Kirmisson.

Les services réservés à la troisième année de stage sont les suivants : *Accouchement.* — Baudelocque : M. le professeur Pinard. — Tarnier : M. le professeur Budin. — Charité : M. Maygrier. — Saint-Antoine : M. Bar. — Hôtel-Dieu (annexe) : M Champetier de Ribes. — Pitié : M. Lepage. — Lariboisière : M. Bonnaire.

Maladies des yeux. — Hôtel-Dieu : M. le professeur de Lapersonne.

Maladies des voies urinaires. — Necker : M. le professeur Albarran.

Maladies des enfants. Enfants malades (médecine) : M. le professeur Granger, M. Méry (chirurgie) : M. Broca.

Maladies nerveuses. — Salpêtrière : M. le professeur Raymond.

Maladies mentales. — Sainte-Anne : M. le professeur Joffroy.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis : M. le professeur Gaucher.

Gynécologie. — Broca : M. le professeur Pozzi.

Laryngologie. — Lariboisière : M. Sébileau.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Francesco Roncali, professeur de médecine mentale à l'Université de Bologne, directeur de l'asile d'aliénés de cette ville, et de M. Josef Weinlechner, professeur de chirurgie à l'Université de Vienne.

Chronique des hôpitaux.

Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé par les nomination suivantes :

1. MM. Passot, Nadier. Dumont, Rolland, Mlle Cosmovici, MM. Vandescal, May, Jacquet (Paul), Petit (Henri), Vielle, Mlle Delage, MM. Durand (Henri), Rousseau (Ferdinand), Barthélemy, Chamorro, Frette, Laisney, Lamy, Turquety, Buquet, M. Mignot, Mlle Blanc (Gratia), MM. Girault-Albans, Huber, Villette (Jean) Desplas, Butel, Riou, Bricourt, Vinay, MM. Cassard, Maurer Mlle Parisse, MM. Winaiver, Amaudrut, Beck, Monnier, Philippon, Pouilloux, Sébillotte, MM. Guédeney, Leporcq, Larreyte, Plaisant, Rousseau (Fernand), Gillard (Henri), Mlle Landesmann, MM. Plesse, Vincent (Max) ; Bobeau.

51. MM. Desbouis, Goret, Mlle Kassler, MM. Larroque (Joseph), Legal-Dassale, Mlle Lenormand, MM. Logre, Bodineau Mlle Defiol, M. Michel, MM. Phothiadis, Teyssier, Boudot, Hadingue, Mercier, Mlle Peltier, MM. Vermenouze, Bœckel, Chardin, Desnoues, MM. Paynel, Pierrot, Rosse, Verdun, Butin, Vilfroy, Chaufour, Fontanier, Koechlin, Labernadie, MM. Noël (André), Darrieux, Gaston (Edgar), Goldsmith, Lafon, Lefèvre (Louis) Fallot, Rehm, Pizon, Donzelot, MM. Le Pontois, Baudouin (Emile), Guillemet, Leulier, Béraud, Bougeant, Bruel, Girard (Alfred), Gouyon-Beauchamps, Monod (André).

101. MM. Parent, Siviecinski, Netter, Petit (Charles), Saglier, Michaut, Tripier, Mlle Berteil (Thérèse), MM. Colibert, Chatelin (Charles), MM. Toffin, Bretoux, Mersey, Mlle Baillet : MM. Gaillard, Molinié, Soneix, Mlle Haïmovitch, MM, Re-

nault, Bourguet, MM. François (Maurice), Mougenc-de-Saint-Avid, Achard, Gassier, Mlle Hertz, MM. Prigent, Zaepffel, Bleynie, Godéchoux, Monbrun, MM. Hattat, Larcher (Marcel), Queste, Gastaldi, Judel, Klefstad, Sourdelle, Villatte (Paul), Wilmet, Amblard, MM. Babiaud, Dogny, Le Brun, Mlle Trency, MM. Grahaud, Gastaud (Paul), Bilbault, Bourdette, Rocher, Cuvillier.

151. MM. Potherat, Bouquier, Mlle Kœnigson, MM. de la Vallée, Colleville, Hanriot, Le Rox (Pierre), Tribes, Jaisson, Krebs, MM. Monflet, Gontier (Jean), Mouradian, Adain, Lancrenon, Breuillet, Lehmann (Paul), Pigé, Autier, Casalis, MM. Dorlencourt, Goldstein, Chastel, Gillard (Joseph), Dive, Guillot, Mlle Cohen, MM. Langlet, Dubois (Fernand), Moussour, MM. Madelaine, Besnard (Jacques), Bertrand, Mlle Ricard, M. Fournier, Mlle Schechtmann, MM. Pougaud, Reinhold, Gautier (Philippe), Maillet (François), MM. Moreau (René), Daniel, Pruvost, Sanjurjo, Bel, Caux, Ségaux, Colanéri, Albertin, Bardet (Henri).

201. MM. Chaineaux, Fuselier, Taphanel, Cornet, Delot, Mlle Gougel, MM. Mélamet, Petit (Arnold), Chatelain (Marcel), Doffins, MM. de Barric, Gaufroy, Gréhant, Aurégan, Gallas, Aubert, Berthomier, Fège, Perrin, Pollet, M. Thierry, Brunet, Basthard-Bogain, Biérer, Segherdtzian, Chapuis, Fourrey, Pfeiffer, Duchateau, Sauty, Mlle Torné, Baudot, Clogne, Delaplane, Istria, Bilot, Kamenzer, Mlle Nikolsky, MM. Lejeune, Michelet, MM. Mikaïlovitch, Potiron, Barnathan, Lenoël, Gegermacker, Verrier (Pierre), Corre, Garriguenc, Jaugeas, Figoivski.

251. M. Guichou, Mlle Aronovitch, MM. Baudouin (Henri), Toro, Jacquemin (Edouard), Pasquet, Alvergnat, François (Bernard), Dariaux, Mlle Goldenfan, MM. Sérin, Bulliard, Fricker, Mallet (Lucien), Maugis, Portret, Rabourdin, Renevey, Scheurer, Jacquot (Georges, MM. Corbon, Desemery, Gonthier (André), Adler, Bodet, Garnier.

Hospice de Bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation des malades) le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain); *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Enseignement libre.

Urologie clinique. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr Banzet, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique. Tome III. Un vol. in-8° de 1170 pages. Prix .... 35 fr.
Frenkel (S.). — L'ataxie tabétique (traduit de l'allemand par le Dr Van Biervliet). 1 vol. in-8° de 327 pages. Prix......... 8 fr.
Ingenieros (J.). — Le langage musical et ses troubles hystériques. 1 vol. in-8° de 208 pages. Prix.................. 6 fr.

Brunton Lauder. — Circulation and respiration. Un vol. in-8° de 696 pages. Macmillan and Co édit. Londres.



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

SOMMAIRE DU NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

T. S. V. P.

SOMMAIRE DU **NUMÉRO DES ÉTUDIANTS** (SUITE)

PRIME GRATIUTE
à nos abonnés

Nous avons le plaisir d'annoncer à **nos Abonnés**, que nous venons de passer un traité avec le distingué artiste **SARTONY** afin de leur offrir ***gracieusement*** un **magnifique portrait simili-gravure.**

Tout **Abonné** pourra se présenter à la photographie **SARTONY**, 16, *rue Duphot, à Paris*, muni de sa quittance d'abonnement pour obtenir cette faveur.

Nous rappelons à nos abonnés que les salons de pose de la photographie **SARTONY** sont au rez-de-chaussée.

Pour la bonne exécution du travail on est prié de vouloir bien prendre séance.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. No 45 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 NOVEMBRE 1906

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

L'Enseignement de la pédiatrie en France.

Avant d'examiner la façon dont l'enseignement de la pédiatrie est organisé dans nos facultés et écoles de médecine, il convient de se demander ce que doivent être et la nature et la direction de cet enseignement: partant de là, il sera aisé de se rendre compte de se qualités et de ses défauts. C'est en vain qu'on ose parfois prétendre que la pédiatrie n'est pas une spécialité, et qu'à ce titre un enseignement particulier est inutile. Les discussions à ce sujet ne sont pas nouvelles et maintenant encore, de temps en temps, on se reporte aux arguments anciens soit pour les confirmer, soit pour les combattre.

Cette discussion menace de s'éterniser en raison des points de vue très particuliers et très différents auxquels se placent les adversaires. Si l'on pose en principe que le titre de spécialité doit être exclusivement réservé aux parties de l'art médical nécessitant une technique particulière, un tour de main, que seule une longue et constante application peut faire acquérir, il est bien évident que la pédiatrie n'est pas une spécialité. Pour connaître les principes de la médecine infantile, point n'est besoin de pratique exclusive : les procédés d'investigation sont les mêmes que chez les adultes, les variations symptomatiques n'offrent pas de différences fondamentales. Mais avec une conception aussi étroite des spécialités, combien de parties de l'art médical, considérées généralement comme telles, ne méritent pas cette appellation! Si on refuse à la pédiatrie le titre de spécialité, pourquoi admettre des spécialistes pour la peau par exemple? Cette dernière spécialité ne nécessite pas non plus de tour de main spécial, on ne saurait s'y adonner exclusivement sous peine d'être un médecin incomplet voyant la maladie sans avoir au préalable analysé le malade.

Pour être logique et raisonnable, élargissons la formule et disons qu'une partie de l'art médical peut être spécialisée à chaque fois qu'il y a, par le fait d'une maladie ou d'un individu, des localisations spéciales, des réactions propres : c'est bien le cas des maladies infantiles, et pour le préciser par un exemple, je ne saurais mieux faire que de reproduire ici les intéressantes réflexions d'un de mes correspondants qui ne m'en voudra pas de livrer ainsi à l'impression une lettre privée, puisque je lui conserve l'anonymat.

« Prenons le cas d'un nourrisson et d'un adulte à qui on fait ingérer un même lait, quelque peu altéré; l'un aura une infection gastro-intestinale plus ou moins grave, l'autre en sera quitte pour quelques coliques ou une indigestion.

« Qu'on laisse agir, dans une crèche, les poussières plus ou moins infectantes, sur les téguments des malades; il en résultera des érythèmes, des pustules, des abcès multiples; l'adulte, dans les mêmes conditions restera indemne. Et l'on peut suivre ainsi l'action des germes, des toxines, des poisons autochtones sur tous les organes et tous les tissus, et on verra, par comparaison avec l'adulte ou l'adolescent, que les réactions organiques sont plus nombreuses, plus étendues dans le jeune âge.

« Celui-ci confère à l'organisme une sorte de pouvoir amplifiant de tous les processus pathologiques auxquels il est soumis. Loin de reproduire en raccourci les tableaux morbides, la pathologie infantile les montre avec des verres grossissants, et c'est là une des notions fondamentales de la pédiatrie, une de celles qui la rattachent étroitement à la pathologie commune.

« Dans un autre sens, la pédiatrie éclaire cette dernière, par la création de lésions initiales qui pèsent sur toute la vie future, soit en entravant le développement général ou les développements partiels, soit en provoquant des lieux de moindre résistance qui aboutissent à constituer des prédispositions locales. La pédiatrie nous révèle l'origine d'un grand nombre de tendances pathologiques ou de troubles fonctionnels qui sans elle resteraient incompris; et par là, elle dégage les notions d'hygiène et de prophylaxie qui doivent être réalisées, au début de la vie, sous peine de laisser subsister la mortalité infantile si formidable dont souffre la collectivité, ou à défaut de celle-ci, de préparer des générations moins robustes, moins énergiques et moins actives qu'elles ne devraient l'être si elles avaient eu un meilleur point de départ. »

L'enseignement d'une branche aussi intéressante et aussi importante de la médecine ne saurait donc être délaissée; elle doit figurer en bonne place au programme de tout enseignement médical pour mettre les élèves au courant de tout ce qui a été fait et de ce que font chaque jour des spécialistes, officiels ou non, véritablement dignes de ce nom par des recherches spéciales, laborieuses et opiniâtres.

D'autre part, en dehors de l'enseignement conçu comme nous venons de le démontrer, des services spéciaux doivent être largement ouverts aux stages, pour permettre aux élèves de vivre avec les petits malades, d'être documentés sur leur caractère, leur psychologie, leurs réactions. « Il faut tripoter les enfants », répétait sans cesse mon regretté maître Jules Simon, et en effet, c'est la seule façon d'acquérir la pratique journalière et de s'habituer à des examens au milieu de cris, de mouvements désordonnés, sans l'aide de parents souvent involontairement gênants. Il faut adapter la thérapeutique à l'âge du sujet, savoir interpréter des réactions à leur juste valeur pour ne pas s'effrayer outre mesure, mais d'autre part savoir saisir à son début un symptôme qui, léger en apparence, présage un état grave.

Il va de soi que tout étudiant devrait au cours de sa scolarité avoir fait un stage dans un de ces services.

Il est encore un point qui semble généralement omis dans le programme de l'enseignement pédiatrique et que je tiens à signaler, car son oubli constitue une lacune dans le rôle social que le médecin est appelé à remplir partout où il se trouve. En quelqu'endroit qu'il aille exercer sa profession, n'oublions pas qu'on lui demandera des conseils de toutes natures : il devra imposer ses avis aussi bien en matière d'hygiène infantile que d'hygiène générale; en matière d'hygiène scolaire que d'hygiène ouvrière.

C'est donc dire qu'un enseignement bien compris doit faire une large place à l'hygiène de l'écolier, aux rapports constants de la médecine avec l'éducation, en un mot à l'éducation physique, le meilleur préventif contre les déchéances dont souffrent les adultes.

Voyons maintenant comment ce programme est réalisé dans nos diverses facultés : ce sera le meilleur moyen de juger en même temps comment y est conçu l'enseignement de la Pédiatrie et quel est son degré de perfection.

A **Paris** l'enseignement de la pédiatrie est très convenablement organisé. Les élèves qui désirent faire un stage ont de nombreux services qui leur sont ouverts dans les cinq hôpitaux réservés aux enfants. Des cliniciens excellents font chaque matin leurs visites et font en outre des conférences aux étudiants d'ailleurs fort nombreux. Dans ces hôpitaux il existe des pavillons d'isolement pour les douteux, les contagieux. Dans les pavillons réservés à la diphtérie, les élèves peuvent pratiquer des tubages. Beaucoup de ces services sont pourvus de laboratoires admirablement aménagés, avec chefs de laboratoire, et il n'a jamais été dit qu'un étudiant voulant y travailler n'y ait été immédiatement admis. Il existe deux professeurs pour les maladies infantiles, un chirurgien et un médecin : les deux chaires sont situées à l'Hôpital des Enfants-Malades et sont occupées par MM. Kirmisson et Grancher. Ce dernier ne fait plus son cours depuis nombre d'années, mais il est suppléé par des agrégés qui ont réussi jusqu'ici à faire oublier cette situation anormale. L'enseignement y est très bien compris, car en dehors du professeur, il existe nombre de conférenciers qui exposent aux étudiants les parties de la pathologie infantile dépendant de leur spécialité (peau, maladies du larynx, des oreilles, dentition, électrothérapie).

N'oublions pas non plus que les consultations externes sont faites par les chefs de service. Malheureusement nous avons constaté que celles-ci ne présentent pas toujours l'intérêt qui serait désirable ; certains chefs fort occupés par ailleurs ont hâte de les avoir terminées, et au lieu de donner là un enseignement bien différent de celui exposé au lit des malades, et par cela même fort utile, ils se contentent d'un examen sommaire trop peu instructif.

Enfin, je rappelle que l'enseignement de l'alimentation et de l'hygiène de la première enfance est fort en honneur dans les cliniques obstétricales. Dans tous les services d'accouchement les chefs s'appliquent à inculquer ces notions à leurs élèves.

En somme, à part quelques critiques d'ordre général sur lesquelles je reviendrai après avoir passé en revue ce qui existe dans les autres facultés, on peut dire que la Faculté de Médecine de Paris offre à l'étudiant un enseignement pédiatrique très complet et qu'il suffirait de peu d'efforts pour qu'il atteigne la perfection. Néanmoins on peut s'étonner d'une récente décision du conseil des Professeurs : à la suite de leur réunion il a été admis qu'il y aurait une agrégation spéciale pour la chirurgie infantile et l'orthopédie : ce qui est parfait ; mais comment s'expliquer qu'il n'en ait pas été de même pour la médecine infantile? Celle-ci mérite comme celle-là une spécialisation. Enregistrons le fait et regrettons que des voix autorisées n'aient pas défendu ou imposé cette manière de voir bien naturelle!

J'ai exposé plus haut pour quelles raisons la pédiatrie mérite d'être mise au rang des spécialités. Ma discussion n'avait donc rien d'inutile puisqu'un conseil de faculté ne l'admet pas intégralement!

A **Lyon**, l'enseignement de la pédiatrie fut créé avec la faculté de médecine, en 1878, mais à titre de cours complémentaire, et doté d'un service absolument insuffisant, qui ne comprenait, en effet, qu'une salle de filles âgées de 2 à 15 ans, sans nourrissons. C'est avec de pareils éléments que professèrent MM. Perroud, professeur-adjoint, puis Perret, agrégé, jusqu'en 1893, époque à laquelle le cours complémentaire fut confié à M. Weill, agrégé, qui, au prix d'efforts incessants, obtint en 1897 l'annexion à son service d'une crèche de 23 berceaux avec 3 nourrices, d'une salle de rougeoleux, comprenant 40 lits, d'une salle de scarlatineux comprenant 30 lits, de sorte qu'en ajoutant la salle des maladies communes, l'enseignement des maladies médicales de l'enfance dispose aujourd'hui d'un chiffre de lits qui varie suivant les besoins de 120 à 140. A ce matériel, il faut ajouter une consultation gratuite obtenue seulement en 1906 et qui permet encore de faire une sélection avantageuse parmi les nombreux enfants (60 à 80) qui la fréquentent.

M. Weill a été titularisé en 1901 par l'Université de Lyon et l'enseignement de la pédiatrie médicale à Lyon est doté actuellement d'une chaire magistrale. (La chirurgie infantile n'est encore confiée qu'à un agrégé chargé de cours).

Le personnel de la chaire comprend, outre le professeur, un chef de clinique, un chef de laboratoire, un aide de clinique, un interne, deux externes, un infirmier faisant fonction de garçon de laboratoire.

Le laboratoire dispose de toutes les ressources nécessaires pour les recherches histologiques et bactériologiques, étuves, microscopes, microtomes. Des pièces anatomiques intéressantes sont conservées pour servir aux démonstrations pratiques.

Un service de photographie, de radioscopie et de radiographie est à la disposition de la clinique et on peut dire qu'à peu près tous les malades sont radioscopés.

L'enseignement proprement dit comprend, suivant les règlements universitaires, trois leçons magistrales par semaine, pendant un semestre. Mais, pendant toute l'année il comprend, tous les jours sans exception, des causeries cliniques, faites au lit du malade, dans les salles de l'hôpital ou à la consultation gratuite. Les élèves sont appelés à examiner les malades et à donner leur opinion avant le professeur qui dirige et commente les débats.

A partir de 1907, il sera institué des conférences de propédeutique, confiées au chef de clinique. Ces conférences ont déjà été tentées, mais n'ont pu être poursuivies, en raison de l'absorption du temps dont disposent les étudiants par les nombreux enseignements de la faculté.

En somme, des constatations précédentes il résulte que la situation de l'enseignement à la Faculté de Lyon est excellente : d'autant plus que l'orientation et les tendances générales de cet enseignement sont bien précises : comparer les réactions de l'organisme infantile à celles de l'adulte, vis-à-vis des mêmes causes pathogènes, tel est l'esprit dans lequel les leçons et les conférences de la clinique infantile sont conçues.

A **Bordeaux**, l'enseignement de la pédiatrie à la Faculté de médecine est assuré par deux services de clinique spéciale — clinique médicale et clinique chirurgicale. — Elles sont installées à l'Hôpital des Enfants, situé à moins d'un kilomètre de la Faculté et relié directement par un tramway.

La clinique médicale comprend : une crèche pour enfants de 0 à 18 mois; une salle pour enfants de 18 mois à 5 ans; deux salles, l'une pour les garçons, l'autre pour les filles de 5 à 15 ans; un service de teigneux; un pavillon d'isolement

pour les maladies contagieuses. Enfin le pavillon de la diphtérie est cédé pendant six mois chaque année à la clinique médicale. Le tout représente un ensemble fixe de 92 lits, plus les 22 lits du pavillon de la diphtérie.

La clinique chirurgicale comprend : une crèche pour les enfants de 0 à 18 mois; une salle pour les enfants de 18 mois à 5 ans; 2 salles pour garçons et filles de 5 ans à 15, le tout représentant un total de 54 lits.

La clinique médicale est actuellement dirigée par le Professeur titulaire, André Moussous, assisté du docteur Leuret, comme chef de clinique.

Depuis la mort du Professeur Piéchaud, la chaire de clinique chirurgicale est encore vacante. L'enseignement est momentanément confié à l'agrégé, M. Vénot, et au chef de clinique, M. Rabère.

Il y a quatre cours de clinique par semaine pendant toute l'année, deux de médecine, deux de chirurgie, les cours ont lieu de 4 à 5 heures de l'après-midi de façon à ce que les élèves qui sont retenus par leur stage dans les autres hôpitaux le matin, puissent y assister.

Tous les matins, à la suite de la visite dans les salles, ont lieu des consultations pour les enfants malades du dehors, un jour pour les malades de médecine, un jour pour les malades de chirurgie. Le nombre de ces consultants dépasse annuellement 4.000 pour la médecine et 2.000 pour la chirurgie.

Les consultations, *toujours faites par le Professeur de clinique lui-même*, représentent un complément très important de l'instruction pratique donnée aux élèves. Ceux-ci y assistent en grand nombre ainsi que des jeunes docteurs de la ville.

A **Toulouse**, l'enseignement de la pédiatrie comprend : 1° un service hospitalier de 30 lits, divisé en une chambre de douteux, deux salles de non contagieux (garçons, filles), un service de contagieux. Ce dernier service est divisé en chambres ne contenant chacune que deux ou trois lits, ce qui rend l'isolement facile. — Depuis 1895, ce service a été augmenté d'un pavillon spécial pour la diphtérie, érigé par souscription régionale dans les journaux la *Dépêche* et le *Télégramme*; il est divisé en plusieurs chambres de grandeur différente ; l'une d'elles peut contenir en cas de besoin, huit à dix lits. — un laboratoire spécial dépend de ce service ; 2° un dispensaire pour enfants malades, du type de celui du Docteur Gibert (du Havre) situé dans un quartier éloigné de l'hôpital. En plus des consultations, les services suivants fonctionnent à ce dispensaire : bains, douches, gymnase, envoi aux eaux, consultation de nourrissons, goutte de lait, distribution de médicaments. Pendant l'été, un service spécial pour les nourrissons atteints de diarrhée fonctionne constamment à l'Hôtel-Dieu et au dispensaire.

Le nombre des enfants (de 0 à 15 ans) qui passent dans ces divers services, soit comme hospitalisés, soit comme consultants, est annuellement environ trois mille. Une consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie, sous la direction de M. le Dr Escat, est annexée à la clinique. La clinique des maladies des enfants ne comprend pas les cas de chirurgie. Elle a été créée en avril 1891, en même temps que les autres enseignements de la Faculté de médecine; elle n'existait pas à l'ancienne école. Le professeur de clinique infantile est M. Bézy.

À **Lille**, l'enseignement de la Pédiatrie à la Faculté de médecine est confié à un agrégé, chargé des cours, le docteur Déléarde. Les leçons cliniques ont lieu pendant le semestre d'hiver à raison de trois par semaine. Le jeudi de chaque semaine, des conférences pratiques sur le tubage du larynx avec exercices sur le mannequin ou autrement sont faites pendant toute l'année. Le service de la Clinique médicale infantile se trouve à l'Hôpital St-Sauveur. Il comprend deux grands pavillons dans lesquels sont soignés les malades non atteints d'affections contagieuses, un pavillon réservé à la diphtérie et enfin un quatrième pavillon pour les scarlatineux, rougeoleux ou autres malades contagieux.

Dans ces deux derniers pavillons, chaque lit est disposé dans une cage en verre de façon à isoler complètement l'enfant et à permettre la surveillance par le personnel.

Le service dispose de 43 lits, dont 16 berceaux pour nourrissons, et 9 lits pour le pavillon d'isolement. Dans le pavillon de la diphtérie on peut recevoir 13 malades; ce qui porte le total des lits ou berceaux à 56.

Un interne titulaire et trois externes assurent ce service avec l'aide et sous la direction du chef de service. Un interne provisoire logeant toute l'année à l'Hôpital est chargé du service du pavillon de la diphtérie.

Un laboratoire annexé à la clinique permet aux étudiants qui suivent les visites de s'exercer à la pratique des manipulations et des examens des produits pathologiques prélevés sur les petits malades.

Une consultation gratuite qui a lieu chaque jour de 8 h. ½ à 9 heures du matin à l'Hôpital St-Sauveur, assure le recrutement de malades qui peuvent également être adressés par les médecins de la ville ou du dehors.

Il existe en outre à Lille un enseignement de l'hygiène de la première enfance. M. Oui, professeur-adjoint, est chargé du cours. Cet enseignement est théorique et pratique.

L'enseignement théorique comprend : deux leçons par semaine pendant le semestre d'été. (Hygiène générale. — Hygiène alimentaire. — Débiles, Loi Roussel.— Protection publique et privée de la première enfance).

L'enseignement pratique est donné pendant toute l'année à la consultation hebdomadaire de nourrissons. — Il est complété par des visites faites sous la direction du professeur aux consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, de Lille et de la région.

L'enseignement de la chirurgie infantile, à la Faculté de médecine de Lille, est essentiellement clinique, et est donné à l'Hôpital St-Sauveur, par le Dr Gaudier, Professeur agrégé, assisté d'un aide de clinique, d'un interne, et de quatre externes.

Sont admis dans le service les enfants, garçons et filles, depuis la naissance jusqu'à 15 ans. Les lits sont au nombre de 30, ce qui est manifestement insuffisant et force à coucher des enfants dans des services voisins. Les salles sont claires, bien ensoleillées, décorées d'images d'un coloris vif qui égayent les enfants, et donnent un peu aux locaux l'aspect des salles d'hôpitaux anglais. Les enfants couchés ont sur leur lit une table mobile de système anglais qui leur permet de manger proprement sans salir leurs draps, et aussi de jouer pendant l'intervalle. Ces tables glissent sur le cadre du lit et le soir se poussent au bout. Les lits sont très simples et n'ont pas de rideaux.

Il y a deux salles d'opérations, une pour les opérations septiques, l'autre pour les aseptiques. Le matériel instrumental est différent pour chaque salle, et tous les pansements se font avec des gants de caoutchouc. (Un avis peint sur les murs empêche que les élèves ne l'oublient). Tous les pansements sont préparés et stérilisés dans le service, et malgré le mélange dans les mêmes salles d'enfants septiques ou non, toutes les opérations aseptiques guérissent en un minimum de temps, ignorant l'infection et le pus.

C'est dans ce service très actif, ou le renouvellement des malades est intense, grâce à l'existence d'une consultation externe qui assure le recrutement et le pansement des malades n'ayant pas besoin de l'hôpital, ou en sortant avec encore quelques pansements à faire, qu'est donné pendant le semestre d'hiver, l'enseignement de la chirurgie orthopédique et infantile aux étudiants de quatrième année.

Deux fois par semaine, le Professeur fait dans les salles une visite détaillée, et à l'occasion de malades nouveaux ou anciens fait une leçon essentiellement pratique, mais suivant le plus souvent un programme bien défini et qui en quatre mois, comme cette année-ci par exemple, permet de passer en revue l'histoire des tuberculoses ostéo-articulaires : coxalgie, tumeurs blanches du genou, du cou-de-pied, du coude, de l'épaule, du poignet, des petites articulations de la main et du pied, spina ventosa, le mal de Pott, les ostéomyélites, le rachitisme, les déviations vertébrales, la luxation congénitale de la hanche, les pieds

bots, etc. On a aussi parlé des malformations congénitales et acquises, des hernies et des tumeurs.

La séance d'opérations du vendredi est une leçon de choses où méthodiquement sont exposés aux élèves les procédés opératoires classiques et où surtout on s'applique à opérer devant eux ce qu'ils pourront ultérieurement faire plus tard dans leur pratique chirurgicale simple.

Ils examinent des malades devant le Professeur, sont exercés individuellement à la pratique de l'anesthésie, aux pansements, aux opérations de petite chirurgie, ponctions et injections modificatrices, poses d'appareils plâtrés, massage.

A la consultation, ils examinent des malades deux fois par semaine, suivent les enfants en traitement qui n'ont pas été hospitalisés, et bénéficient aussi de l'instruction oto-rhino-laryngologique, annexe de la clinique de chirurgie infantile. Ils suivent les petits malades que l'on envoie à l'examen radiographique, y écoutent les instructions très pratiques que donne le Professeur chargé du service, et s'initient ainsi à cette méthode d'examen dont l'importance croît de jour en jour. Arrivés à la fin du semestre, les élèves, qui continuent d'ailleurs à venir encore dans le service, ont emporté avec eux un bagage de faits pratiques qui leur permettra de ne pas ignorer les éléments de la Chirurgie infantile.

L'enseignement de la pédiatrie à la Faculté de médecine de **Nancy** comprend une clinique magistrale des maladies des enfants (maladies internes) et une clinique complémentaire de chirurgie orthopédique (fondation de l'Université).

L'enseignement des maladies internes existe à la Faculté de Nancy depuis son installation en 1872; il existait depuis de longues années à la Faculté de médecine française de Strasbourg, qui par le décret du 2 octobre 1872 a été transférée à Nancy.

En 1887, fut créé un cours complémentaire de clinique pédiatrique dont le titulaire était chargé du service des enfants scrofuleux et teigneux à la maison départementale de secours. En 1893, une consultation externe pour maladies internes fut ouverte à l'Hôpital civil, et en 1894 un service de clinique pour enfants fut installé dans un pavillon spécial. Depuis cette époque, l'enseignement est confié à M. Haushalter, agrégé, qui le dirige avec talent et le plus grand zèle. En 1905, M. Haushalter a été titularisé dans une chaire de clinique des maladies des enfants.

Le service de clinique comprend 30 lits, plus une pouponnière. Le chiffre des malades hospitalisés dépasse 600; environ 2.000 enfants fréquentent la consultation.

L'enseignement comprend : la visite quotidienne dans les salles et les conférences 3 fois par semaine. A la clinique, sont adjoints un laboratoire avec cabinet de photographie, une collection de pièces anatomiques (1). L'enseignement du professeur est suivi avec assiduité, non seulement par les élèves, mais encore par de nombreux médecins civils et militaires.

Il ne faut pas oublier que l'Hospice de Maxéville, commune voisine de Nancy, est ouvert aux étudiants qui s'y rendent une fois par semaine. Le Professeur Haushalter, qui en est le médecin en chef, y continue son enseignement. Les enfants qui y sont hospitalisés sont atteints d'affections chroniques : rachitisme, scrofule, teigne, etc. C'est donc un complément fort utile pour l'enseignement pédiatrique.

A l'Hôpital civil, a été ouvert en 1897 une consultation de chirurgie orthopédique qui fut confiée à M. Frœlich, agrégé. Une salle spéciale, comprenant les appareils nécessaires au traitement des maladies, fut annexée à ce service. Dès la première année, sur 350 malades, 200 subirent des traitements divers. En 1905, le chiffre des consultations dépassait 3000. Le nombre toujours croissant des malades et la nécessité d'opérations plus ou moins importantes réclamant l'hospitalisation fit adjoindre au service un certain nombre de lits et une salle d'opérations pour chirurgie infantile. L'enseignement est organisé comme suit :

Visite quotidienne des malades, conférences cliniques avec opérations, applications d'appareils dans la salle d'orthopédie, trois fois par semaine. Une fois chaque semaine a lieu le cours sur les maladies orthopédiques pendant le semestre d'été. La consultation externe a lieu trois jours par semaine. La commission des hospices a progressivement complété l'installation du service ; la Faculté s'efforce d'en assurer le fonctionnement, et l'Université de Nancy a créé le cours de clinique complémentaire de chirurgie orthopédique dont le titulaire est M. Frœlich.

L'enseignement de la pédiatrie chirurgicale est donc assuré à la Faculté de Nancy, mais je constate, avec mon correspondant, que l'Etat, méconnaissant son devoir, n'est pas encore venu en aide à la Faculté.

A **Montpellier**, les élèves doivent se faire inscrire à partir de la deuxième année au sécrétariat de la faculté, à la dernière quinzaine de chaque trimestre, en vue du trimestre suivant, dans l'un des services de clinique magistrale ou annexe.

Ils doivent veiller à s'exercer successivement dans tous les services : en conséquence le stage à la clinique des maladies des enfants est donc obligatoire, et cela à partir de la deuxième année. M. Baumel est professeur de clinique des maladies des enfants, il est aidé par le docteur Bousquet, chef de clinique.

Tous les jours, à 8 heures et demie du matin, à l'hôpital suburbain, a lieu la visite. Les mardis, jeudis et samedis, l'enseignement a lieu aux lits des malades; le mercredi, le professeur fait une leçon clinique. Les lundis et vendredis, à l'Hôpital Général existe un service de consultations externes de 9 heures à midi. L'hôpital des enfants comprend :

1º Une crèche (nourrissons); 2º deux salles (garçons et filles) pour enfants de 2 à 4 ans; 3º une salle de clinique (garçons de 14 à 16 ans); 4º une salle de clinique (filles, même âge); 5º des salles d'isolement pour les maladies contagieuses; 6º des enfants teigneux traités à l'hôpital général ; 7º un laboratoire de recherches cliniques.

A **Alger**, l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie possède une chaire de clinique des maladies des enfants. Son service, comme celui de toutes les autres cliniques de l'Ecole, est installé dans le magnifique hôpital de Mustapha; il comprend : 3 pavillons récemment construits, un pavillon pour les garçons, un autre pour les filles et un troisième réservé aux deux salles d'opérations (septiques et aseptiques) et à leurs dépendances (salle de stérilisation, salle de bains, la salle de gymnastique orthopédique, laboratoire et cabinet de photographie). Ces pavillons très bien aménagés sont entourés de jardins. Ils renferment 100 lits : 60 lits environ consacrés aux affections chirurgicales et 40 aux affections médicales. Un grand nombre de malades fréquentent, en outre, la consultation externe annexée à la clinique.

Grâce à cette clientèle considérable qui lui vient de ce qu'elle est l'unique service d'enfants des hôpitaux d'Alger, et avec son outillage très perfectionné, surtout au point de vue chirurgical et orthopédique, la clinique des maladies des enfants possède d'admirables ressources pour l'instruction pratique des élèves. Les malades distribués entre les stagiaires sont, en effet, assez nombreux pour que chacun de ces derniers puisse remplir, dans le service, un véritable rôle d'externe. La visite a lieu dans les salles, trois fois par semaine, en même temps que l'enseignement médical; les trois autres jours sont consacrés aux opérations et à la clinique chirurgicale. Le cours de clinique a lieu pendant le semestre d'été.

Le titulaire de la chaire est M. le professeur Curtillet, agrégé des Facultés, directeur de l'Ecole de Médecine. Il est assisté d'un chef de clinique, de deux internes et de deux externes.

A **Poitiers**, il existe un service d'enfants dépendant des services de clinique. Le professeur Faivre fait quelques conférences de pédiatrie aux étudiants.

(1) On a pu en admirer une partie au Congrès international de la tuberculose (Paris, 1905).

A **Besançon**, il y a à l'hôpital Saint-Jacques deux services maladies des enfants, l'un de médecine confié au docteur Roland, professeur de pathologie interne, l'autre de chirurgie, professeur de pathologie externe à l'Ecole de Médecine.

A **Marseille**, l'Ecole de Médecine possède : 1° une chaire magistrale de clinique médicale infantile, dont le professeur, M. d'Astros, fait à l'hôpital de la Conception trois leçons par semaine, la visite a lieu tous les jours ; 2° un enseignement clinique de chirurgie infantile (docteur Brun, chargé des cours), installé à l'hôpital de la Conception dans les mêmes conditions.

A **Nantes**, en ce qui concerne la pathologie médicale de l'enfance, l'Ecole de Médecine ne donne pas d'enseignement officiel; mais à l'Hôtel-Dieu existe un service de médecine infantile qui est fréquenté volontiers par les étudiants. De plus les maladies contagieuses de l'enfance sont soignées dans des pavillons isolés à l'*Hospice général de St-Jacques*. Ce service est actuellement dirigé par M. le docteur Aubry, médecin des Hôpitaux, professeur suppléant de l'école.

En ce qui concerne la pathologie chirurgicale de l'enfance, le docteur Jouon, chirurgien suppléant des hôpitaux, professeur suppléant à l'école de médecine, en dehors de son service de chirurgie infantile très important et très actif, fait, l'hiver, des leçons théoriques, et donne, l'été, un enseignement clinique ayant pour objet l'étude de la chirurgie infantile et orthopédique. Toute l'année, il fait, le samedi à 10 heures, dans la salle des consultations chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, une consultation réservée aux cas de chirurgie infantile et orthopédique.

A **Reims**, il n'y a pas à l'école de service spécial pour les enfants, la clinique médicale possède seulement trois lits dans une salle d'enfants. Les étudiants sont appelés successivement dans les différents services, et particulièrement dans le service des enfants. Beaucoup d'entre eux ont fait des trachéotomies et des tubages. La consultation de l'Hôtel-Dieu fait passer sous leurs yeux un grand nombre de malades qui ne sont pas hospitalisés.

A **Dijon**, il existe à l'hôpital général un service d'enfants pour la médecine et la chirurgie comprenant vingt lits en deux salles : y sont admis les enfants de 2 à 6 ans. En outre, un pavillon d'isolement, construit récemment et par conséquent très bien aménagé, reçoit les enfants atteints de maladies contagieuses. Il est divisé en 4 salles. Le pavillon spécialement destiné à la diphtérie comprend dix lits.

Dans l'hôpital se trouve aussi une crèche pour les enfants depuis leur naissance : ce sont plus particulièrement les enfants assistés du département. C'est un professeur suppléant de l'Ecole de Médecine qui est chargé du service des enfants. Trois fois par semaine, a lieu à l'hôpital une consultation pour l'admission des enfants et pour l'examen des enfants de la ville n'ayant pas besoin d'être hospitalisés.

Une fois par semaine, pendant les semestres d'été et d'hiver, le chef de service fait une conférence clinique aux étudiants sur les enfants du service. L'hôpital devant être agrandi, le service des enfants est ainsi appelé à prendre de l'extension et à bénéficier d'une nouvelle salle.

A **Angers**, l'enseignement de la pédiatrie est donné par le professeur de clinique. La clinique médicale, que professe le docteur Jagot, médecin de l'Hôtel-Dieu, dispose de 14 lits pour enfants au-dessous de 4 ans et de 2 lits pour enfants de 4 à 15 ans.

La clinique chirurgicale (professeur Monprofit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu) dispose de 6 lits pour enfants au-dessous de 4 ans, de 4 lits pour garçons et 3 lits pour filles de 4 à 15

La clinique obstétricale (professeur Boquel), chirurgien de la maternité) a 14 berceaux; 300 accouchements environ se font chaque année. L'enseignement de la puériculture fait partie du programme suivi chaque année dans les leçons du professeur. En outre, une fois par semaine, a lieu une conférence, par le chef de clinique, sur les soins à donner aux nourrissons, le sevrage, etc... Les enfants débiles sont conservés à la Maternité, chaque fois qu'il est possible, et les élèves peuvent ainsi être familiarisés avec les divers soins particuliers qu'ils nécessitent : gavage, couveuse, etc... Les enfants que leurs mères sont invitées à ramener à la Maternité chaque semaine pour la consultation sont présentés aux élèves, ainsi que ceux qui chaque jour sont amenés du dehors pour la vaccination (1).

Les étudiants suivent également la consultation externe de la clinique ophtalmologique sous la direction du professeur Motais, où de nombreux enfants sont amenés pour leurs affections oculaires. Deux autres services de l'Hôtel-Dieu sont également ouverts aux étudiants : 1° un service chirurgical pour enfants de 4 à 15 ans (docteur Charier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu) comprenant 15 lits pour les filles et 20 lits pour les garçons ; 2° un service de contagieux où sont admis tous les enfants qui se présentent; c'est le docteur Papin, chargé du cours de l'Ecole, qui en est le médecin.

Il existe à **Rouen** : 1° un service d'accouchement de vingt lits, auquel est adjoint un service de nouveau-nés confié au professeur de la clinique obstétricale ; 2° un autre service d'accouchement confié à un accoucheur des hôpitaux; 3° un service pour enfants au-dessus de deux ans; 4° un service recevant les enfants de 2 à 16 ans, atteints d'affections internes ; 5° un service de chirurgie pour enfants de 2 à 16 ans ; 6° un service de contagieux (diphtériques, rougeoleux, scarlatineux) chaque diphtérique a sa chambre particulière.

Il n'y a pas de cours officiel sur la pédiatrie, mais dans son cours de pathologie générale et interne, le professeur, le docteur Brunon, fait chaque année 5 ou 6 conférences sur les maladies des enfants. Tous les internes de l'hospice ont l'occasion de faire presque tous les jours des tubages ou trachéotomies.

D'une manière générale, Rouen est donc bien doté au point de vue pédiatrique; les élèves trouvent tous les éléments de travail s'ils en ont le désir. D'ailleurs, ils peuvent se perfectionner dans la pathologie infantile en suivant les consultations de la Goutte de lait, œuvre très florissante et pourvue de quatre médecins, et les consultations de nourrissons de la Société protectrice de l'enfance.

A **Limoges**, il existe un service hospitalier par pavillons séparés pour la médecine. On rencontre des salles pour enfants de 1 à 5 ans, des salles pour enfants au-dessus de 5 ans, une crèche pour les enfants au sein ou à l'alimentation artificielle, un pavillon isolé pour les maladies contagieuses avec salle d'observation ou de quarantaine et salles de répartition pour maladies éruptives, diphtérie, etc.. En chirurgie, un pavillon avec salles de filles et de garçons, la salle d'opération est tout à fait moderne avec outillage instrumental très complet.

Ces services sont faits par MM. les professeurs Lemaistre et Raymondaud, avec internes et externes. — L'accès est facultatif à tous les étudiants. Ces services ont un mouvement très vif d'entrées et de sorties. Plusieurs des élèves ont puisé là les éléments des thèses qu'ils ont soutenues dans les facultés où ils étaient allé terminer leurs études.

A **Caen**, bien qu'il n'existe pas à l'Ecole de médecine d'enseignement officiel de la pédiatrie, les élèves trouvent les éléments nécessaires à l'étude de la pathologie infantile. Une salle d'enfants âgés de moins de deux ans est annexée à la clinique obstétricale. Les étudiants en médecine de troisième année y sont admis sous la direction du professeur d'accouchements. Au-dessus de cet âge, les enfants malades sont placés dans les salles de clinique médicale et chirurgicale, et dans le courant de chaque année un certain nombre de leçons cliniques leur sont consacrées.

A **Rennes**, il n'existe pas à l'Ecole de médecine d'enseignement spécial de pédiatrie, mais il y a à l'Hôtel-Dieu quatre-vingt lits d'enfants répartis entre les divers services de cli-

(1) La Maternité est le centre d'une circonscription vaccinale.

nique. MM. les professeurs de clinique conduisent chaque jour les étudiants dans les salles d'enfants et en utilisent largement les ressources pour l'enseignement.

Après cet exposé, et sans plus insister, chacun peut, en rapprochant les réalités des *desiderata*, juger des avantages ou des défectuosités de l'enseignement pédiatrique dans chaque faculté et dans chaque école. Ainsi il est aisé de s'apercevoir que parfois l'enseignement de la clinique chirurgicale et orthopédique est confondu avec celui de la chirurgie générale, ou bien qu'il existe des écoles où les services réservés aux enfants sont notoirement insuffisants, etc., etc.

Mais, qu'on sache bien que tout cela n'est pas écrit dans l'intention de blâmer, même indirectement, les directeurs des écoles ou les doyens des facultés.

Les renseignements qui m'ont été si aimablement transmis, témoignent chez tous du regret de ne pouvoir améliorer la situation pour des raisons constamment éloignées de leur volonté. J'espère, au contraire, en relatant les faits tels qu'ils sont, démontrer que des subsides et des règlements d'ordre général sont nécessaires pour obtenir l'enseignement pédiatrique désirable. Un seul exemple, parmi bien d'autres, en dit long: chacun sait que le programme des écoles ne comprend pas l'enseignement de la pédiatrie, or les directeurs soucieux de remédier à cette situation inexplicable ont *tous* réussi à assurer cet enseignement : c'est donc ailleurs qu'il faut rechercher les responsabilités de la situation.

Néanmoins, je tiens à présenter deux critiques qui sont presque générales, et auxquelles il serait aisé d'échapper.

C'est d'abord l'absence de règlement exigeant un stage obligatoire de quelques mois dans un service d'enfants au point de vue médical comme au point de vue chirurgical.

C'est, en second lieu, l'absence totale dans les programmes (dont j'ai été informé) (1) de notions d'hygiène scolaire, de principes d'éducation physique, qui sont à l'heure actuelle une nécessité sociale.

Joignant ces critiques aux lacunes qui ressortent de l'exposé, on peut tirer cette conclusion que l'enseignement de la pédiatrie peut encore être perfectionné.

Si intéressantes que soient toutes les branches de la médecine, il en est cependant dont l'importance s'impose. Telle est la pédiatrie : et cependant parfois, nous le voyons, on paraît l'oublier. « Il a fallu, m'écrit un de mes correspondants toute une série de démonstrations fournies, non seulement par les sciences médicales, mais par les faits politiques et sociaux pour faire ressortir l'intérêt majeur que comportait, dans une société, la connaissance des maladies qui frappent l'être humain à son début, à la période de son développement et de sa croissance, à la phase où il est particulièrement vulnérable et exposé à une mortalité dont il est superflu de discourir ici. Beaucoup de défectuosités physiques, morales et intellectuelles dont souffrent les adultes et que la société se doit de secourir et au besoin de réprimer, ont leur origine dans un allaitement mal compris qui laisse à sa suite du rachitisme, des conformations vicieuses du squelette, un développement incomplet de la taille, des troubles digestifs, des tares cérébrales. Ce sont là des notions qui se dégagent peu à peu et imposent à ceux qui ont la direction de l'enseignement le soin d'accorder à la pédiatrie une attention plus vive et plus soutenue que celle qu'on lui prêtait jusqu'ici. Il semble qu'on ait considéré la pédiatrie comme une branche et même une petite branche de la médecine : en fait, c'en est une des fortes racines. »

Je ne saurais mieux plaider la cause, et me joignant à mon confrère, j'invite ceux qui président aux destinées des facultés et des écoles de médecine à s'en souvenir : que chacun d'eux étudie ce qui se passe dans les facultés ou écoles voisines pour arriver sinon à obtenir la perfection ce qui est impossible, du moins à s'en inspirer. Avant de terminer, je tiens à m'acquitter envers tous ceux qui avec un gracieux empressement m'ont transmis des renseignements; je remercie doublement les confrères qui m'ont facilité ma tâche en les accompagnant d'intéressantes réflexions dont chaque lecteur profitera.

G. PAUL-BONCOUR.

(1) Je n'ai pu, malheureusement, me procurer, dans beaucoup de cas, la liste des sujets traités.

Journaux spéciaux sur les maladies de l'enfance.

1. — *Annales de médecine et de chirurgie infantiles.* Rédacteur en chef : Dr E. PÉRIER. Administration : 71, avenue d'Antin, Paris.
2. — *Archives de médecine des enfants.* Directeur : Dr J. COMBY, Masson et Cie, éditeurs, Paris.
3. — *Archives of Pediatrics.* Treat et Co, éditeurs, New-York.
4. — *La Clinique infantile.* Rédacteur en chef : Dr VARIOT. Administration : 6, rue de Belleville, Paris.
5. — *Pediatrics.* Crossett Co, éditeurs, New-York.
6. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* Rédacteurs en chef : Drs BROCA et L. GUINON. Editeur : G. Steinheil, Paris.
7. — *La Revue de Puériculture.* Rédacteur en chef : Dr Raphaël RAIMONDI. Administration : 110, rue Ordener, Paris.
8. — *La Tuberculose infantile.* Rédacteur en chef : Dr L. DERECQ. Administration : 29, avenue Friedland, Paris.
9. — *La Pédiatrie pratique.* Rédacteur en chef : Dr AUSSET. Administration : boulevard de la Liberté, Lille.
10. — *The British Journal of children's diseases.* Rédacteur en chef : Dr George CARPENTER. Adlard et Son, éditeurs, à Londres.
11. — *Revue d'hygiène et de médecine infantiles.* Directeur : Dr H. de ROTSCHILD. Doin, éditeur, Paris.
12. — *Archivos de Pedagogia y ciencias afines.* Directeur : Victor MERCANTE. Administration : Universitad nacional, La Plata (R. Argentine).
13. — *Der Kinderarzt.* Directeur : Dr SONNENBERGER in Worms. Administration : Reudnitzerstr., 21, Leipzig.
14. — *Revista del hospital de ninos.* Directeur : Dr Antonio ARRAGA. Administration, à Buenos-Ayres.

NIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

ofesseurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF, DUPLAY et GUYON.

s Cours du Semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1906.

I. — COURS. — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL (M. Branca, régé, chargé de cours). La cellule. Les éléments sexuels et les ocessus histologiques de la reproduction. Le système nerveux. ardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Grand amphithéâtre de la Faulté. — *Physiologie* : M CH. RICHET. Nutrition. Digestion. Resation. Circulation. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Grand mphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Anatomie* : M. POIRIER. Sysme séreux : Plèvre, péritoine, synoviales articulaires. Lundi, ercredi, vendredi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole atique. — *Histoire naturelle médicale* : M. BLANCHARD. L'être ant envisagé comme cause d'infection. Etiologie et prophyxie des maladies infectieuses et parasitaires. Lundi, mercredi, ndredi, à 4 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Médeine légale* : M. THOINOT. Pendaison. Strangulation. Submersion. ffocations. Infanticides. Attentats aux mœurs. Mort et mort bite. Lundi, vendredi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de la aculté.—*Conférences de Médecine légale* : M. THOINOT. Lundi, ercredi, vendredi, à 2 heures. A la Morgue. — *Anatomie thologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Inflammations. oplasmes. Lésions des organes génito-urinaires. Lundi, ven-edi, à 5 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. Mercredi, à heures. A l'Ecole pratique. — *Pathologie chirurgicale* : M. NNELONGUE (M. Marion, agrégé, chargé de cours). Fractures et xations. Organes génito-urinaires. Lundi, mercredi, vendredi, à heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Pharmacologie et atière médicale* : M. POUCHET. Modificateurs du système nerux central : hypnotiques. Modificateurs intellectuels. Antitheriques. Analgésiques. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Amphiéâtre de Pharmacologie. — *Pathologie médicale* : M. BRISSAUD. s affections médicales des membranes séreuses. Mardi, jeudi, medi, à 6 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté.— *Pathogie expérimentale et comparée* : M. ROGER. Les maladies fectieuses. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Petit Amphithéâtre la Faculté. — *Thérapeutique* : M. GILBERT. L'art de formuler. s médicaments d'origine animale et végétale. Mardi, jeudi, medi, à 5 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Histoire la médecine et de la chirurgie* (fondation Salmon et Champoan) : M. DÉJERINE. La physiologie et la pathologie de la moëlle inière au XIXe siècle. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. Petit mphithéâtre de la Faculté.

II. CLINIQUES (Visite des malades tous les matins). — *Cliniques dicales* : MM. HAYEM (M. Thiroloix, agrégé, chargé de cours), l'hôpital Saint-Antoine, mardi et samedi à 10 heures. DIEULAFOY, Hôtel-Dieu, mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. DEBOVE, à l'hôpital eaujon, mardi, samedi, à 10 heures. LANDOUZY, à l'hôpital Laënmardi, vendredi, à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales* : . LE DENTU, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. IER, à la Pitié, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2. BERGER, à l'hô-Necker, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. RECLUS, à la Charité, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie ntale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'Asile -Anne, mercredi et samedi, à 10 heures. — *Clinique cale infantile* : M. GRANCHER (M. MÉRY, agrégé, chargé cours), à l'hôpital des Enfants-Malades, mardi et vendredi, à ures.— *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. UCHER, à l'hôpital Saint-Louis, mercredi et dimanche, à 10 h. *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à pêtrière, mardi et vendredi, à 10 h. — *Clinique ophtalmoue* : M. DE LAPERSONNE, à l'Hôtel-Dieu, lundi et mercredi, à 1/2, et vendredi, à 10 h. 1/4. — *Clinique des maladies des voies aires* : M. ALBARRAN, à l'hôpital Necker, mercredi et samedi, à —*Cliniques d'accouchements* : M. PINARD, à la Clinique d'acchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Portyal, lundi et vendredi, à 10 h. M. BUDIN, à la Clinique d'accouements. Clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi et samedi, à 9 h. nique *gynécologique* (fondation de la Ville de Paris) : M. zzi, à l'hôpital Broca, lundi et vendredi, à 10 h. — *Clinique chi-cale infantile* (fondation de la Ville de Paris) : M. KIRMISà l'hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 h. — que *thérapeutique* (fondation de M. le Duc de Loubat) : M. bert ROBIN, à l'hôpital Beaujon, mardi et jeudi, à 10 h.

III. CONFÉRENCES. — *Physique biologique* : M. BROCA (Anagrégé. Optique physiologique. Mécanique animale. Chaleur. moléculaires. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Amphithéâtre de physique et de chimie. — *Chimie biologique* : M. DESGREZ, agrégé. Principes définis, tissus et organes des animaux. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Amphithéâtre de physique et de chimie.—*Anatomie* (Cours du chef des travaux) : M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. Le cou et le thorax. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Pathologie interne* : M. RÉNON, agrégé. Maladies infectieuses et maladies parasitaires. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie externe* : M. MORESTIN, agrégé. Thorax et abdomen. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Amphithéâtre de pharmacologie. — *Hygiène* : M. MACAIGNE, agrégé. Cours complet d'hygiène. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Obstétrique* : M. POTOCKI, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques. Pathologie de la grossesse. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique.

IV. TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection* : M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Démonstration par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 à 4 heures, à l'Ecole pratique. — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. Tous les jours de 1 h. à 3 h. à l'Ecole pratique. — *Parasitologie* : M. GUIART, agrégé, chef des travaux. — Parasitologie. Conférences et démonstrations. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 h. à l'Ecole pratique.

V. DIVISION DES ÉTUDES (semestre d'hiver). — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, physique biologique, pathologie générale élémentaire (propédeutique). — Travaux pratiques obligatoires : dissection.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie externe, pathologie interne, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : Stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie externe, pathologie interne, pathologie expérimentale et comparée, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux).

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical.

Les *Musées Dupuytren* et *Orfila* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

MM. les Etudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque. A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation. Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire) sans être porté sur le registre d'immatriculation. (Décret du 21 juillet 1897.) Voir plus loin : immatriculation, inscriptions, etc.

Exercices de dissection. — Classement dans les pavillons de dissection. (Ecole pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.) — I. *Etudiants de 2e année de dissection.* — Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. — Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris la 4e inscription en juillet, à la Faculté de Médecine de Paris. Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 septembre, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements. — (Le dossier des élèves venant de province devra être parvenu à Paris avant le 15 septembre). Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 septembre. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)— II. *Etudiants de 1re annee de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Les étudiants appelés sous les drapeaux sont priés d'en informer le doyen, aussitôt que possible.

Personnel des Travaux Pratiques.

CHIMIE. — *Chef des travaux* : M. HANRIOT, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert. — *Préparateurs adjoints* : MM. Moog, Aronssohn, Guillemard, Peytel.

PHYSIQUE. — *Chef des travaux* : M. WEISS, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Amar.

PARASITOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. GUIART. — *Préparateurs* : MM. E. Brumpt et Langeron. — *Dessinatrice* : Mlle Charlot.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. RETTERER, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Benoit, Vincent, Morin, Mulon, Vigier, Geoffroy Saint-Hilaire, Viollet. — *Aides-préparateurs* : MM. Jaworowski, Kahn, Le Serrec de Kervilly, Picard, Tilloy, Laden.

ANATOMIE. — *Chef des travaux* : M. RIEFFEL. — *Prosecteurs* : MM. Labey, Lecène, Grégoire, Baumgartner, Hallopeau, Chevassu, Okynczyc, Gernez. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Capette, Martin, Desmarest, Cauchoix, Heitz-Boyer, Bréchot, Papin, Descomps, Mathieu, Mocquot, Picot, Sauvé, Barbier, Guimbellot. — *Aide d'anatomie provisoire* : M. Dezarnaulds.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. GLEY. — *Laboratoire de* M. le Pr Charles RICHET : M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Garrelon, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Camus (Lucien), chef adjoint ; M. Camus (Jean), préparateur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. BRAULT. — *Laboratoire* de M. le professeur CORNIL : MM. Griffon et Lefas, préparateurs. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Critzman; *Moniteurs* : MM. Potier, Got, Decloux et Ribadeau-Dumas.

Stage hospitalier.

Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris (20 novembre 1893), *modifié par le décret du* 6 *avril* 1906.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, et du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur ;

Vu le décret du 18 juin 1862, qui règle les conditions de stage dans les hôpitaux ;

Vu l'arrêté du 1er juillet 1862 sur le même objet ;

Vu le décret du 20 août 1877, portant création de cours annexes de clinique dans les Facultés de médecine ;

Vu le décret du 15 avril 1879, portant règlement pour les cours cliniques annexes dans les hôpitaux ;

Vu les décrets des 20 juin 1878 et 31 juillet 1893, relatifs à l'organisation des études médicales ;

Vu la délibération du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 16 juin 1892 ;

Vu la délibération du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, en date du 21 juillet 1892 ;

Vu la loi de finances, en date du 26 juillet 1893 ;

DÉCRÈTE :

Article premier (*modifié*). — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant quatre mois aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir les quatre autres mois de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et à la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités, dans les divers établissements hospitaliers. M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le Directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7 (*modifié*). — L'enseignement durera du 1er novembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de [illegible] heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline, dans l'intérieur de l'hôpital, appartient au Directeur de l'établissement.

Art. 14. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, et le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Dispositions concernant les stagiaires, les internes et externes des hôpitaux.

I. — *Classement des stagiaires.* — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage. Aucune exception à cette règle ne sera admise. Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services aura lieu dans la seconde quinzaine d'octobre. A l'appel de leur nom, les élèves de troisième année de stage désigneront le

service de spécialité et le service d'accouchement qu'ils auront choisis, ainsi que le semestre (hiver ou été) dans lequel ils désireront accomplir chaque stage. Les élèves de première et de deuxième années de stage désigneront le *service de médecine* et le *service de chirurgie* qu'ils auront choisis, ainsi que le semestre (hiver ou été) dans lequel ils désireront accomplir chaque stage. MM. les élèves qui n'assisteront pas à la séance de choix des services ou qui n'y seront pas représentés, seront classés d'office par l'Administration de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 25 octobre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions. L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes d'assiduité et de travail sont satisfaisantes pour le premier semestre ; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes d'assiduité et de travail sont satisfaisantes pour le deuxième semestre. Le 1er mars, à 9 heures du matin, chaque stagiaire se rendra dans le service qu'il aura choisi pour le deuxième semestre.

Internes et Externes des hôpitaux. — Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes des hôpitaux devront déposer chez le concierge de la Faculté leur feuille d'inscriptions accompagnée d'un certificat de leur chef de service attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions pendant le trimestre précédent. Le certificat devra être visé par le directeur de l'hôpital auquel l'étudiant est attaché. Ce dépôt devra être effectué deux jours avant la date fixée pour la délivrance de l'inscription. En aucun cas, les externes suppléants ne seront assimilés aux externes titulaires pour l'équivalence du stage hospitalier.

II. — *Inscription et classement des stagiaires.* — Le choix des services hospitaliers aura lieu les 22, 23 et 24 octobre 1906, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Seront seuls inscrits d'office pour être appelés à choisir, MM. les Etudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1906, les 4e, 8e ou 12e inscriptions. Ne seront appelés que sur leur demande écrite, MM. les étudiants soumis au stage, se trouvant dans l'une des situations suivantes : 1° élèves en cours irrégulier d'études ; 2° élèves libérés du service militaire ; 3° élèves sortant d'une faculté ou école des départements. Les demandes d'inscription devront parvenir à M. le Doyen, avant le 15 septembre. Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux élèves inscrits.

III. — *Dispositions relatives aux internes et externes des hôpitaux.* — Le stage de spécialité, imposé aux élèves de 4e année par l'article 1er du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la 1re partie du 5e examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

Inscriptions. Formalités à remplir.

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre 1906. La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance (sur papier timbré) ; 2° Consentement du père ou tuteur sur papier timbré à 0 fr. 60. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur.) 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique. 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891).

Le Ministre de l'Instruction publique, etc. Arrête : Art. 1er. — Les aspirants au grade de docteur en Médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Les Facultés détermineront les conditions de ce contrôle. (Rappelons que c'est le *Progrès médical* qui a réclamé longtemps la REVACCINATION qui enfin est exigée).

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aura lieu : 1° à l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Régime scolaire et disciplinaire des Universités.

(Décret du 21 juillet 1897.)

TITRE 1er. — DE L'IMMATRICULATION ET DES INSCRIPTIONS.

Article 1er. — Il est tenu dans les Facultés et les Ecoles de chaque Université, ainsi que dans les Ecoles d'enseignement supérieur extérieures aux sièges des Universités, un registre d'immatriculation.

Art. 2. — Sur ce registre sont portés, sous des numéros distincts, les nom et prénoms de chaque étudiant, la date et le lieu de sa naissance, son domicile personnel et celui de ses parents ou tuteur, et l'ordre d'études qu'il poursuit.

Art. 3. — Nul, sauf les exceptions prévues aux articles 25 et 26 du présent décret, n'est admis aux travaux d'une Faculté ou école, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation de la Faculté ou école.

Art. 4. — Sont portés d'office sur le registre d'immatriculation, les étudiants inscrits en vue d'un grade déterminé, en exécution de l'article 8 du présent décret. Les autres sont immatriculés sur la production : 1° de leur acte de naissance ; 2° de l'autorisation de leur père ou tuteur, s'ils sont mineurs ; 3° de leurs diplômes ou certificats ; 4° d'une note indiquant leurs études antérieures et l'ordre d'études qu'ils poursuivent.

Art. 5. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement.

Art. 6. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre remise de la carte de l'année précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata.

Art. 7. — Les cartes d'étudiant sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées.

Art. 8. — Tout étudiant qui poursuit l'obtention d'un des grades institués par l'Etat est astreint aux inscriptions trimestrielles prévues aux règlements spéciaux de ce grade.

Art. 9. — Un règlement arrêté, sous réserve de l'approbation du Ministre, par le conseil de l'Université, ou, pour les écoles extérieures aux sièges des Universités, par le conseil de ces écoles, fixe le délai pendant lequel le registre d'inscriptions demeure ouvert à chaque trimestre. En cas de clôture du registre, un délai de huit jours à dater de leur réception, de leur mise en congé ou de leur libération, est accordé : 1° aux bacheliers de l'enseignement secondaire reçus à la session de novembre ; 2° aux étudiants en cours d'études reçus à la même session ; 3° aux étudiants mis en congé ou libérés en exécution de la loi sur le recrutement de l'armée.

Art. 10. — Le registre des inscriptions est tenu sans blancs ni lacunes. Il est clos aux dates réglementaires par le doyen ou directeur et visé ensuite par le recteur ou son délégué.

Art. 11. — L'immatriculation et les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut se faire immatriculer ou inscrire par un tiers.

Art. 12. — En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou l'autre de ces résidences.

Art. 13. — L'étudiant immatriculé ou inscrit dans une Faculté ou école peut se faire immatriculer ou inscrire dans une autre Faculté ou Ecole de la même Université, sur le vu d'un certificat constatant son immatriculation ou son inscription antérieure et sans avoir à produire celles des pièces réglementaires qu'il a déjà déposées.

Art. 14. — La première inscription en vue d'un grade ou d'un titre doit être prise au début de l'année scolaire. Les pièces à déposer par l'aspirant sont : 1° son acte de naissance ; 2° l'autorisation de son père ou tuteur, s'il est mineur ; 3° les diplômes, certificats ou pièces requis par le règlement spécial du grade auquel il aspire. La première inscription ne peut être prise après le 1er décembre, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

Art. 15. — Les inscriptions consécutives à la première sont prises à chaque trimestre dans les délais réglementaires. Pour être admis à les prendre, l'étudiant doit justifier de son assiduité aux cours et exercices obligatoires. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le doyen ou directeur peut accorder l'autorisation de prendre, soit une inscription après clôture du registre, soit cumulativement avec l'inscription d'un trimestre, l'inscription du trimestre précédent. Toute autorisation d'inscriptions rétroactives portant sur plus d'un trimestre est réservée à la décision du Ministre.

Art. 16. — L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité, par décision du conseil de la Faculté ou école, ou de la commission scolaire nommée par lui. La décision est définitive. L'inscription refusée peut être autorisée rétroactivement, dans les mêmes formes, au trimestre suivant. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre

correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Art. 17. — Il est interdit de prendre simultanément des inscriptions en vue du même grade, soit dans deux établissements publics, soit dans un établissement public et dans un établissement libre. Il est interdit de se faire inscrire en vue du même examen, pendant la même session, dans deux établissements différents. Il est interdit aux candidats ajournés de se présenter de nouveau au même examen pendant la même session. Les examens subis en violation de ces dispositions sont nuls, de plein droit, sans préjudice des poursuites disciplinaires.

Art. 18. — Le règlement prévu à l'article 9 détermine le temps que les étudiants inscrits peuvent valablement passer dans une Université étrangère, ainsi que les justifications à produire à leur retour. Sur le vu de ces justifications, le temps passé par eux à l'étranger entre en compte dans leur scolarité réglementaire, et ils sont dispensés des droits d'études, d'inscriptions, de travaux pratiques et de bibliothèque correspondant à cette partie de leur scolarité.

Art. 19. — Sauf motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, les inscriptions correspondant à un examen sont périmées de plein droit si, dans les deux ans qui suivent la dernière, l'étudiant n'a subi aucune épreuve. Ce délai est de trois ans pour les licences ès sciences et ès lettres. Elles sont également périmées si l'étudiant s'est présenté sans succès à l'examen, mais n'a pas renouvelé l'épreuve avant l'expiration des délais ci-dessus indiqués. Dans le cas où l'épreuve a été renouvelée sans succès avant l'expiration de ces délais, les inscriptions restent valables pour l'année scolaire qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le dernier ajournement. Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès demeure acquis. Le temps passé sous les drapeaux s'ajoute au délai entraînant la péremption. Ce délai n'est pas opposable aux internes en médecine et en pharmacie qui n'ont pas subi tous leurs examens.

Art. 20. — Il est constitué, dans chaque Faculté ou Ecole, un dossier pour chaque étudiant. Ce dossier contient : 1° les pièces déposées en vue de l'immatriculation ou de l'inscription ; 2° un relevé, avec dates à l'appui, de la scolarité de l'étudiant, inscriptions, examens, notes d'examens, ajournements, durée du stage, travaux pratiques, etc. ; 3° s'il y a lieu, la mention des peines disciplinaires encourues, avec les motifs des décisions.

Art. 21. — Tout étudiant peut, sous les conditions spécifiées aux règlements particuliers du grade dont il poursuit l'obtention, demander le transfert de son dossier dans une autre Faculté ou Ecole de même ordre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis. Le dossier est transmis par les soins du recteur. Il doit comprendre, outre les pièces mentionnées à l'article 18, un certificat de bonne conduite délivré par le doyen ou directeur. Avant de délivrer ce certificat, le doyen ou directeur peut exiger la production du casier judiciaire de l'étudiant. En cas de refus du doyen ou du directeur, l'étudiant peut recourir au recteur, qui statue définitivement.

Art. 22. — L'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de Faculté ou Ecole sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faite au dossier de l'étudiant. Ces dispositions ne sont pas applicables aux candidats aux licences ès sciences et ès lettres.

Art. 23. — Les règles relatives à l'immatriculation et aux inscriptions sont applicables aux étudiants de nationalité étrangère. Ils peuvent être immatriculés sur la production des diplômes ou titres obtenus par eux à l'étranger. Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue des grades institués par l'Etat qu'en produisant les diplômes ou certificats exigés des étudiants français, ou une décision ministérielle leur accordant soit l'équivalence de leurs titres avec les diplômes ou certificats français, soit la dispense de ces diplômes ou certificats.

Art. 24. — Le doyen ou directeur adresse, au moins une fois chaque année, un bulletin scolaire au père ou au tuteur de chaque étudiant.

Art. 25. — Ne sont pas astreints à l'immatriculation, les savants, professeurs ou docteurs, français ou étrangers, admis par le doyen ou directeur, sur la proposition des professeurs, dans les conférences ou dans les laboratoires des Universités.

Titre II. — Des auditeurs.

Art. 26. — Les cours qu'une décision du conseil de la Faculté ou Ecole n'a pas réservés aux seuls étudiants sont ouverts aux personnes qui désirent les suivre. Toutefois, quand le bon ordre l'exige, cette liberté peut être suspendue pour les personnes non munies de cartes d'auditeur. La suspension est prononcée par le doyen ou directeur. La durée en est fixée par le conseil de la Faculté ou Ecole.

Art. 27. — Les personnes qui désirent obtenir des cartes d'auditeurs sont tenues de faire connaître par écrit, au secrétariat de la Faculté ou Ecole, leur nom, prénoms, profession et domicile, avec indication des cours qu'elles se proposent de suivre. Le doyen ou directeur peut les inviter à justifier de leur identité. Les cartes d'auditeur sont délivrées gratuitement. Elles ne sont valables que pour l'année scolaire et pour les cours qu'elles désignent.

Art. 28. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut toujours refuser une carte d'auditeur ou annuler une carte délivrée.

Art. 29. — Les cartes d'auditeur sont rigoureusement personnelles. Elles sont distinctes des cartes d'étudiant. Ne peuvent tenir lieu de cartes d'auditeur dans une Faculté ou Ecole, les cartes d'étudiant d'une autre Faculté ou Ecole.

Art. 30. — Toute personne présente dans l'intérieur ou dans les dépendances de la Faculté ou Ecole peut être requise soit de justifier son identité, soit de présenter sa carte d'étudiant ou d'auditeur. En cas de refus, il peut lui être interdit de séjourner dans la Faculté ou Ecole.

Art. 31. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut ordonner la production des cartes à l'entrée de l'établissement ou de la salle de cours.

Titre III. — De la discipline.

Art. 32. — L'action disciplinaire exercée contre les étudiants est indépendante de l'action des tribunaux.

Art. 33. — Relèvent de la juridiction du conseil de l'Université : 1° les étudiants immatriculés ou inscrits sur le registre d'une Faculté ou Ecole d'enseignement supérieur de l'Etat, tant que leur immatriculation est valable ou que les inscriptions ne sont pas périmées ; 2° les candidats aux grades et titres de l'enseignement supérieur, ainsi que les candidats aux baccalauréats de l'enseignement secondaire, pour toute faute commise au cours ou à l'occasion d'un examen.

Art. 34. — Les peines de discipline sont : 1° la réprimande ; 2° l'interdiction de prendre des inscriptions et de subir des examens dans la Faculté ou Ecole pendant un an au plus ; 3° l'exclusion de la Faculté ou Ecole pendant un an au plus ; 4° l'exclusion de l'Université pendant deux ans au plus ; 5° l'exclusion à toujours de l'Université, et en outre, s'il y a lieu, l'exclusion temporaire de toutes les Facultés ou Ecoles, prévue au paragraphe 7 du présent article ; 6° l'interdiction de subir un ou plusieurs examens déterminés devant aucune Faculté ou Ecole pendant deux ans au plus ; 7° l'exclusion de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, pendant deux ans au plus ; 8° l'exclusion à toujours de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres. L'exclusion entraîne l'incapacité de se faire immatriculer, de prendre des inscriptions et de subir des examens. Lorsque l'exclusion temporaire ou l'exclusion perpétuelle, prévues aux paragraphes 4 et 5 du présent article, sont prononcées contre un étudiant d'une école extérieure au siège d'une Université, elles sont limitées à cette école.

Art. 35.—Le doyen ou directeur a droit d'avertissement et d'admonestation à l'égard de tous les étudiants de la Faculté ou Ecole.

Art. 36. — Le doyen ou directeur est tenu de porter à la connaissance du recteur, par rapport écrit et dans le plus bref délai possible : 1° les infractions aux articles 7, 11, 12 et 17 du présent décret ; 2° les fautes contre la discipline ou l'ordre scolaire et les faits criminels ou délictueux dont les étudiants se seraient rendus coupables.

Art. 37. — Par mesure administrative, le recteur peut interdire l'accès des bâtiments de l'Université à tout délinquant déféré au conseil jusqu'au jour de sa comparution devant le conseil.

Art. 38. — En cas d'infraction aux dispositions réglementaires visées à l'article 36, le conseil peut prononcer une des peines prévues aux paragraphes 1°, 2°, 3° et 6° de l'article 34. Dans les autres cas, il prononce, selon la gravité de la faute, une des peines prévues à l'article 34.

Art. 39. — Appel peut être interjeté par les recteurs de toutes les décisions du conseil de l'Université en matière disciplinaire. Appel peut être interjeté par la partie des décisions prononçant contre elle une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 40. — En cas de désordres graves, un cours peut être suspendu par le recteur, après avis du doyen ou directeur ; une Faculté, Ecole ou Université, peut être fermée temporairement par le Ministre, après avis du conseil de l'Université ou du conseil de l'Ecole s'il s'agit d'une Ecole extérieure au siège d'une Université. La mesure peut être restreinte aux enseignements et travaux pratiques correspondant à un ordre déterminé d'études. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes scolaires sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions, subir d'examens, ni obtenir le transfert de leur dossier dans un autre établissement.

Art. 41. — Tout examen entaché de fraude ou de tentative de fraude doit être déclaré nul. En cas de flagrant délit, le candidat quitte la salle ; la nullité de l'examen est prononcée par le jury : dans les autres cas, l'annulation est prononcée par le conseil de l'Université. La nullité ou l'annulation de l'examen peut être prononcée contre les complices de l'auteur principal de la fraude ou de la tentative de fraude. L'auteur principal et ses complices sont déférés au conseil de l'Université et peuvent être punis d'une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 42. — L'annulation de l'examen entraîne la nullité du diplôme dans le cas où il a été délivré avant la découverte de la fraude.

Art. 43. — Le conseil de l'Université peut ordonner l'affichage de ses décisions en matière disciplinaire à l'intérieur de l'Université ou de l'école.

Art. 44. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des ordonnances, décrets et statuts antérieurs, contraires au présent décret, notamment les ordonnances du 5 juillet 1820, le titre IV de l'ordonnance du 2 février 1823 et le décret du 30 juillet 1883, à l'exception des articles 20 et 21.

Art. 45. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois* et publié au *Journal Officiel*.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (*Circulaire du 24 janvier 1896*). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juin 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions, lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis et je vous prie de vouloir bien donner les instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique, pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Transfert à la Faculté de Médecine de Paris, des dossiers des étudiants en médecine des Facultés ou Ecoles des départements. — Paris, le 18 mai 1906. — Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris à Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine : Aux termes de la circulaire du 24 janvier 1896, relativement au transfert des dossiers des étudiants en médecine au cours de l'année scolaire, « les demandes de transfert présentées *en vue d'une nouvelle année scolaire* doivent être produites assez à temps, pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ». M. le Ministre m'écrit à ce sujet (17 mai) :

« Ces instructions visaient spécialement la Faculté de Médecine de l'Université de Paris et avaient pour but de la mettre en mesure de satisfaire aux prescriptions du décret du 20 novembre 1893 réglant les conditions de stage dans les hôpitaux et cliniques annexes de Paris, décret dont l'art. 9 fixait au 1er décembre l'entrée des élèves dans les services hospitaliers.

« Or, le décret du 6 avril 1906 porte modification de certaines dispositions du décret précité du 20 novembre 1893. Il stipule, notamment, que l'enseignement dans les services hospitaliers durera, non plus du 1er décembre au 15 juin, mais du *1er novembre au 30 juin*.

« En raison de ces prescriptions nouvelles, il m'a paru nécessaire d'avancer la limite du transfert, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, des dossiers des élèves en cours de scolarité appartenant aux Facultés ou Ecoles de Médecine des départements. J'ai décidé de fixer cette limite au *15 septembre*. »

Je vous prie de porter ces instructions à la connaissance des intéressés et d'en assurer l'exécution, en ce qui vous concerne.

Signé : L. LIARD.

Inscriptions, cartes d'étudiants et travaux pratiques.

Immatriculation, inscriptions, cartes, travaux pratiques, travaux de laboratoire.

I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897). L'immatriculation a lieu, soit d'office, soit sur demande. — *Immatriculation d'office.* L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation. — *Immatriculation sur demande.* Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs français et étrangers ; 4° les étudiants français et étrangers, qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. La seizième inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande, est attaché le droit réglementaire : 30 francs. Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. — *N.B.* L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. — *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées pendant l'année scolaire 1906-1907, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures.

1er *trimestre* 1906-1907 : 1° inscriptions de 1re année (voir page 721) ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 17 octobre au 10 novembre 1906 (excepté les lundis et mardis). — 2e *trimestre* 1906-1907 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 9 au 26 janvier 1907 (excepté les lundis et mardis). — 3e *trimestre* 1906-1907 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 10 mars au 27 avril 1907 (excepté les lundis et mardis). — 4e *trimestre* 1906-1907 les inscriptions des quatre années seront délivrées du 8 au 20 juillet 1907.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat (guichet n° 3) pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes.*— *Cartes d'immatriculation.*— Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées. Pour l'année scolaire 1906-1907, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande. MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 5, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

IV. *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux prati-

ques sont réglementaires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 5 février). Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante. Les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. *Travaux de laboratoire; travaux pratiques facultatifs.*— Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que des travaux de laboratoire.

Sessions d'examens.

I. — Doctorat. — *Session de novembre* 1906 *à février* 1907 : 2e examen. Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, du 1er octobre 1906 au 22 janvier 1907. La session aura lieu d'octobre 1906 au 16 février 1907. MM. les candidats qui n'auront point subi le 2e examen avant la clôture du registre des inscriptions de janvier 1907 ne pourront prendre la 10e inscription qu'en vertu d'une autorisation spéciale de la commission scolaire. Par suite, ils ne seront admis à prendre part aux travaux pratiques de chimie pathologique et de médecine opératoire que sur leur demande, et si le service le permet. Les candidats ajournés avant le 17 février 1907 pourront se présenter de nouveau dans une session qui aura lieu du 6 au 11 mai 1907. Pour cette dernière session, les consignations seront reçues les 22 et 23 avril 1907. Toutefois, MM. les candidats seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899. — *Session de mars à mai* 1907 : 1er examen. Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 22, 23, 25 et 26 février 1907. La session commencera le 11 mars 1907.

N. B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Limites des consignations pour examens.

Le registre des consignations pour les examens ci-après désignés sera ouvert au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, à partir du 1er octobre 1906. Il sera clos aux dates ci-dessous indiquées.

1er Examen : Le registre des consignations sera clos le 26 février 1907, à 3 heures. MM. les candidats entrant en deuxième année au mois d'octobre 1906 ne seront admis à consigner que les 22, 23, 25 et 26 février 1907.—2e Examen : Le registre des consignations sera clos le 22 janvier 1907, à 3 heures. MM. les candidats qui n'auront point subi le 2e examen avant la clôture du registre des inscriptions de janvier 1907, ne pourront prendre la 10e inscription qu'en vertu d'une autorisation spéciale de la commission scolaire. Par suite, ils ne seront admis à prendre part aux travaux pratiques de chimie pathologique et de médecine opératoire que sur leur demande, et si le service le permet.— Les candidats ajournés avant le 17 février 1907 pourront se présenter de nouveau dans une session qui aura lieu du 6 au 11 mai 1907. — Pour cette dernière session, le registre des consignations sera ouvert les 22 et 23 avril 1907. Toutefois, MM. les candidats seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899. — 3e Examen (1re partie) : Le registre des consignations sera clos le 29 janvier 1907, à 3 heures. — 3e Examen (2e partie) : Le registre des consignations sera clos le 12 mars 1907, à 3 heures. — 4e Examen : Le registre des consignations sera clos le 30 avril 1907, à 3 heures. — 5e Examen (1re partie) : Le registre des consignations sera clos le 28 mai 1907, à 3 heures. — 5e Examen (2e partie) : Le registre des consignations sera clos le 25 juin 1907, à 3 heures. — Thèse : Le registre des consignations sera clos le 25 juin 1906, à 3 heures.

N. B. — En se présentant au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Examens.

Avis aux candidats ajournés. — MM. les candidats ajournés avant le 2 juin 1907 pourront renouveler leurs épreuves, savoir : 1° l'épreuve pratique de dissection, à partir du 3 juin 1907 ; 2° l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 8 avril et à partir du 3 juin 1907. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° à partir du 3 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 6 mai ; 2° à partir du 17 juin, pour les candidats ayant échoué après le 5 mai et avant le 2 juin. Les candidats admis à renouveler l'épreuve pratique de médecine opératoire à partir du 8 avril consigneront les 11 et 12 mars. Les candidats qui ne pourront renouveler cette épreuve qu'à partir du 3 juin, consigneront les 13, 14 et 21 mai inclusivement, dernier délai. Pour les épreuves autres que la médecine opératoire, les candidats ajournés avant le 5 mai consigneront les 13, 14 et 21 mai inclusivement, dernier délai, pour passer à partir du 3 juin. Les candidats ajournés après le 5 mai et avant le 2 juin consigneront les 3 et 4 juin pour passer à partir du 17 juin. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajournés après le 2 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N. B. — Les sessions extraordinaires de juin et juillet 1907 ne seront ouvertes qu'en tenant compte des dispositions de l'article 4 du décret du 24 juillet 1899, et de l'article 1er du décret du 20 mai 1902.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté avait à attribuer pendant l'année scolaire 1904-1905 : 1° Les prix institués par les fondations de : M. le baron Barbier, de la valeur de 2.000 fr. ; Mme la comtesse de Chatauvillard, 2.000 fr. ; MM. Corvisart, une médaille de vermeil et 400 fr. ; M. de Monthyon, une somme de 700 fr. ; M. Jeunesse (Hygiène), 1.500 fr. ; M. Saintour, 3.000 fr. ; 2° Le legs Trémont dans les conditions stipulées par le testateur ; 3° Des récompenses pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elles pendant l'année ; 4° Des médailles aux élèves sages-femmes de 1re classe de la Faculté s'étant distinguées dans les épreuves du concours spécial. Le Conseil de la Faculté, après avoir entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé ainsi qu'il suit la liste des lauréats.

1° *Prix Barbier.* — Commission : MM. Gariel, président ; Pinard, Terrien, Berger, Reclus. Six appareils ou instruments ont été présentés. La Faculté a décerné le prix (2.000 fr.) à M. le Dr Luys, pour son uréthroscope et son cystoscope à vision directe.

2° *Prix Chatauvillard.* — Commission : MM. Cornil, président; Dieulafoy, Landouzy, Budin, Brissaud. Cinq ouvrages ont été présentés. La Faculté a décerné le prix à M. Bezançon et Marcel Labbé, pour leur « Traité d'hématologie ».

3° *Prix Corvisart.* — Commission : MM. Debove, président, Dieulafoy, Joffroy, Landouzy, Raymond. Le sujet proposé était : Etiologie et anatomie pathologique de la paralysie générale. La faculté a décerné le prix à M. Arbinet.

4° *Prix Monthyon.* — Aucun ouvrage n'a été déposé.

5° *Prix Jeunesse* (Hygiène). — Commission : MM. Brouardel, président ; Gautier, Ch. Richet, Chantemesse, Blanchard. Six mémoires ont été présentés. La Faculté a attribué le prix (1.500 fr.) à MM. Alquier et Drouineau, pour leur ouvrage intitulé : Glycogénie et alimentation rationnelle du sucre.

6° *Prix Jeunesse* (Histologie). — Commission : MM. Cornil, président ; Ch. Richet, Chantemesse, Gaucher, Poirier. La faculté a attribué le prix (750 fr.) à M. Jolly, pour l'ensemble de ses travaux sur l'histologie du sang.

7° *Prix Saintour.* — Commission : MM. Bouchard, président; Hutinel, Brissaud, Gilbert, Roger. Le sujet proposé pour le concours était : «Pathogénie de l'artério-sclérose.» Un mémoire a été présenté. La Faculté a attribué le prix à MM. les Drs Pic et Bonnamour.

Legs Trémont. — Commission : MM. Debove, doyen, président ; Ch. Richet, Pouchet, Joffroy, Chantemesse, Brissaud, De Lapersonne, Déjerine, Roger. Une somme de 1.000 francs, prélevée sur les arrérages de la fondation, a été partagée entre deux étudiants remplissant les conditions stipulées.

Thèses récompensées. — Commission : MM. Debove, doyen, président; Brouardel, Bouchard, Lannelongue, Dieulafoy, Gariel, Ch. Richet, Le Dentu, Terrier, Joffroy, Budin, Brissaud, Kirmisson, De Lapersonne, Gilbert, Gaucher, Poirier.

1° *Médailles d'argent.* — André (J. Marc). Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales (Etude anatomique et pathologique). Andrieu (Jean). La tuberculose du tarse chez l'enfant. Aubertin (Charles-Edouard). Les réactions sanguines dans les anémies graves symptomatiques et cryptogénétiques. Cantonnet (André) : Contribution à l'étude des échanges osmotiques entre les humeurs intra-oculaires et le plasma sanguin. Cathala (Victor). Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique. Courtellemont (Victor). Contribution à l'étude

des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples. DESJARDINS (Abel). Etude sur les pancréatites. GAULTIER (René). Essai de coprologie. Exploration fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces. GRENET (Henri). Pathogénie du purpura. Recherches cliniques et expérimentales. JOMIER (Julien). Contribution à l'étude du foie digestif. MARAIS DE BEAUCHAMP (Paul). Etude sur les cestodes des sélaciens. NICAISE (Victor). Des indications et de la valeur thérapeutique de la néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein (néphrectomie totale et néphrectomie partielle. RATHERY (Francis). Le tube contourné du rein. Etude histologique, anatomo-pathologique et expérimentale. ROLLIN (Maurice). Les tumeurs solides et primitives du vagin. SABAREANU (Georges). Chancres syphilitiques successifs. Etude expérimentale, clinique et théorique. SÉE (Pierre). Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments. TANRET (Georges). Contribution à l'étude de la gentiane. WECKERSHEIMER (Charles-Adolphe-Ernest). La médecine et les médecins en France à l'époque de la Renaissance.

2° *Médailles de bronze*. — BAUMGARTNER (Amédée). Les hernies par glissement du gros intestin. CLERGIER (Louis). La ponction lombaire chez les paralytiques généraux. DELMER (André). Contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire (fièvre vitulaire nerveuse des femelles bovines). Ses rapports avec « l'éclampsie puerpérale de la femme ». DREYFUS-ROSE (Félix). Du tonus et des réflexes dans les sections et compressions supérieures de la moelle. DUMONT (André-Alfred). Les habitations ouvrières dans les grands centres industriels et plus particulièrement dans la région du Nord. Etude d'hygiène sociale. GAULTRY (André). Des modifications subies par le pouls sous l'influence de la toux à l'état normal et à l'état pathologique. HUGUIER (Alphonse). Traitement des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire. LAPEYRE (Paul). Les bulles osseuses de la tête du cornet moyen et des infections de ces bulles. LEMANISSIER (Joseph). L'étude des corps ultra-microscopiques. LIOUVILLE (Jacques). Etude sur l'anatomo pathologie et le traitement de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. MIGNOT (Fernand-Charles-Eugène). Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénériennes. PASCAL (Mlle Constantza). Formes atypiques de la paralysie (hémiplégique et aplasique) ou prédominances régionales des lésions dans les méningo-encéphalites diffuses. PATRY (André). Contribution à l'étude des lésions oculaires dans les malformations craniennes. PIETKIEWICZ (Valérien-Boleslas). Cure radicale des fistules d'origine dentaire. PIETTRE (Octave). Voies d'introduction de la tuberculose chez l'enfant. Rôle de la contagion familiale. PIQUAND (Georges). Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. ROSTAINE (Paul). De la syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques. TILLAYE (Paul). Principaux caractères cliniques de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. VITRY (Georges). Etude sur la physiologie de la nourrice.

3° *Mentions honorables*. — ABRAND (Henri). Ration alimentaire du nourrisson au sein. AITOFF (Wladimir). Contribution à l'étude des effets du sulfure de carbone. AUFFRET (Emile). Transplantations tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. BAYLE (Joseph). Etude sur les calcifications de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. BENON (Raoul). Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internes. BING (André). Les taches de Koplik. Leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. BLOCH (Maurice). Les néoplasmes malins primitifs de la plèvre. CHESNEAU (Pierre). De l'état du col de l'utérus dans l'infection puerpérale. COUSTAING (Auguste). L'acide borique est-il toxique ? DANIEL (Constantin). Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les régions bilatérales des annexes. DARCANNE-MOUROUX (Mme Anna). Contribution à l'étude clinique de la ménopause précoce. DE LA HOZ (Euzebio S.). Champignons pathogènes et mycoses du continent américain. DELESPINE (Joseph). Métrorrhagies et affections annexielles. Etude documentaire. DUBREUIL-CHAMBARDEL (Louis). L'artère poplitée et ses branches terminales. Variations anatomiques et morphogénie. FORTINEAU (Louis). L'érythrobacillus pyosepticus et les bactéries rouges. GAUTHERIN (Auguste). La caféine et la théocine. GRAVELOTTE (Eugène). Contribution à l'étude des anomalies de l'extrémité céphalique. Un cas de cyclopie. HÉDOUIN (Constant). Des néphrites bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein. HENRY (René). Etude sur le mal perforant buccal tabétique. JACQUOT (Jules). Traitement opératoire du lupus. Excision et autoplastie par les grands décollements. JESSON (Albert-Georges). Nanisme et infantilisme cardiaques. LACHÈZE (Gabriel). De l'eau de mer et du sérum artificiel chez le nouveau-né. MAUBAN (Henri). Contribution à l'étude de l'acétonurie au point de vue clinique. MAYER (Lazare) dit Mayersonn. De la circoncision et spécialement de la circoncision rituelle. PEYRACHE (Jean). Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. RADIGUER (Paul). Rôle des toxines tuberculeuses locales dans le processus tuberculeux. RENOUF (Camille). La crise génitale et les manifestations connexes chez le fœtus et le nouveau-né. SIRCOULON (Marcel). Accommodation aux lésions. TIXIER (Léon-J.). Rapports des états anxieux et des états épileptiques. TROLLER (Daniel). Essai sur le diabète sucré syphilitique.

Médailles aux sages-femmes. — Jury du concours : M. le professeur Pinard ; MM. Ribemont-Dessaignes et Demelin, agrégés de la Faculté ; Mme Léger, sage-femme en chef de la Maternité de l'hôpital Beaujon. Neuf élèves, désignées par leurs notes, ont été appelées à concourir. L'épreuve a consisté dans l'exposé oral en cinq minutes d'une question tirée au sort. Après avoir entendu les candidates et consulté leurs notes antérieures, le jury les a classées dans l'ordre suivant :

1° *Médailles d'argent* : Mlle DERVAL et Mme CHARLOT.
2° *Médailles de bronze* : Mlle CASSARD et Mlle BERTRAND.

Liste des Prix de la Faculté de médecine.

PRIX CORVISART. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre de chaque année au plus tard, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 fr. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1906. La question posée est : *L'Hémoptysie*. Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX MONTHYON. — Le prix Monthyon, qui consiste en une somme de 700 fr., payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les *maladies prédominantes* dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

PRIX BARBIER. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne, tous les ans, un prix de 2.000 fr. à la personne qui a inventé une *opération*, des *instruments*, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Ce prix ne peut être partagé. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai.

PRIX CHATAUVILLARD. — Ce prix, fondé par Madame la comtesse de Chatauvillard, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail des *sciences medicales*, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication. Le prix ne peut être partagé. — Le Conseil de la Faculté a décidé (16 décembre 1897) que le prix Chatauvillard serait décerné dès le commencement de chaque année (en février ou mars).

LEGS TRÉMONT. — M. Joseph Girod de Viennoy, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris,

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

suivant son testament en date du 5 mai 1848, une somme annuelle de 1.000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat de la Faculté. Ils ont à produire : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1.200 francs en 3 %, pour les arrérages, être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Pour être admis à participer à cette donation, qui est attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats doivent déposer au Secrétariat de la Faculté avant le 1er septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise, dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir la preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10.000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission chargée de décerner ce prix se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1907, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*. Les ouvrages devront être déposés au secrétariat de la Faculté, de midi à 5 heures, avant le 15 octobre 1907.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par son testament en date du 27 février 1877, a légué à la Faculté de Médecine de Paris : 1° une somme de 1.500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène* ; 2° une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie*. — En 1906, le prix relatif à l'hygiène sera seul attribué. Ces prix ne peuvent être partagés. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, avant le 15 octobre, dernier délai.

Prix Saintour. — Par son testament en date du 16 novembre 1888, M. le Dr J. Saintour a légué à la Faculté de Médecine de Paris une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix est de 3.000 francs. Le sujet mis au concours pour l'année 1906 est : *Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins*. — Ce prix ne peut être partagé. Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, avant le 15 octobre de chaque année, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal pour être décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de *pathologie médicale*. Ce prix, qui est de 1.800 francs, sera attribué en 1907. Le sujet proposé pour le concours est : *Syphilis hépatique*. — Ce prix ne peut être partagé. Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, avant le 15 octobre 1907, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour les faire connaître.

Prix Charles Legroux. — Par acte notarié en date du 5 avril 1897, Mme Veuve Legroux a fait don à la Faculté de Médecine de Paris d'une somme de 10.000 francs destinée à l'achat d'un titre de rente 3 % pour, les arrérages, être affectés à la fondation d'un prix dénommé *Prix Charles Legroux* et qui sera décerné, tous les cinq ans, au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement*. Ce prix sera attribué en 1907. Il ne peut être partagé. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, avant le 15 octobre 1907, dernier délai.

Legs Marjolin. — Par son testament en date du 1er novembre 1894, M. le Dr Marjolin (René-Nicolas), a légué, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5.161 francs. La disposition testamentaire est ainsi conçue : « Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des « frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou « externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur « zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observa- « tions dans leurs services ». MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient profiter du legs Marjolin, devront déposer, au Secrétariat de la Faculté, une demande tendant au remboursement des inscriptions antérieurement prises. Cette demande, adressée à M. le doyen et libellée sur papier timbré à 0 fr. 60 devra être accompagnée des certificats des chefs de service des pétitionnaires, constatant que ces derniers remplissent les conditions imposées par le testateur. Les certificats auront en outre à être revêtus du visa de MM. les Directeurs des établissements auxquels les élèves sont attachés en qualité d'interne ou d'externe. Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, *du 1er au 15 octobre* de chaque année.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, par son testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 4.000 fr. ; il est affecté à l'entretien de *quatre bourses* de 1.000 fr. dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats doivent en faire la demande avant le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1845, M. et Mme Pelrin ont institué, en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — Le revenu annuel est de 4.000 francs ; il est affecté à l'entretien de quatre bourses de 1.000 francs dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Une des conditions exigées pour participer à ces bourses est d'appartenir à une famille domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins. — Les candidats doivent adresser leur demande avant le 1er septembre ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Donation Lannelongue. — Par acte notarié en date du 23 juin 1904, M. le Professeur Lannelongue a fait don à l'Université de Paris d'un titre de rente 3 % de 1.200 francs. Aux termes de la donation, « ces 1.200 francs constitueront une bourse annuelle en « faveur d'un étudiant en médecine de la dite Université, issu d'une « famille peu fortunée, domiciliée depuis dix ans au moins dans le « département du Gers, et de préférence dans l'arrondissement de « Condom. Le Conseil général du Gers fera à cet effet une présen- « tation de plusieurs candidats. Les dossiers présentés par lui, se- « ront soumis au Conseil de l'Université de Paris. La bourse sera « attribuée pour quatre ans, par le vice-recteur, après avis du Con- « seil. Elle pourra être retirée pour mauvaises notes de travail ou « de conduite, après avis du doyen de la Faculté de Médecine et « du Conseil de l'Université ». Par décret du 11 août 1904, l'Université de Paris a été autorisée à accepter cette donation.

Prix du Docteur Veret, de Doullens. — Par testament et codicilles olographes en date du 20 mai 1901, Mlle Adrienne Veret a légué à la Faculté la somme nécessaire pour constituer, en fonds sur l'Etat, une rente annuelle de quatre cents francs, destinée à la création d'un prix à décerner chaque année à un étudiant pauvre, sous le nom de « *Prix du Dr Veret, de Doullens* ». Pour participer à ce legs, les candidats doivent en faire la demande sur timbre à 0 fr. 60 avant le 1er septembre de chaque année ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

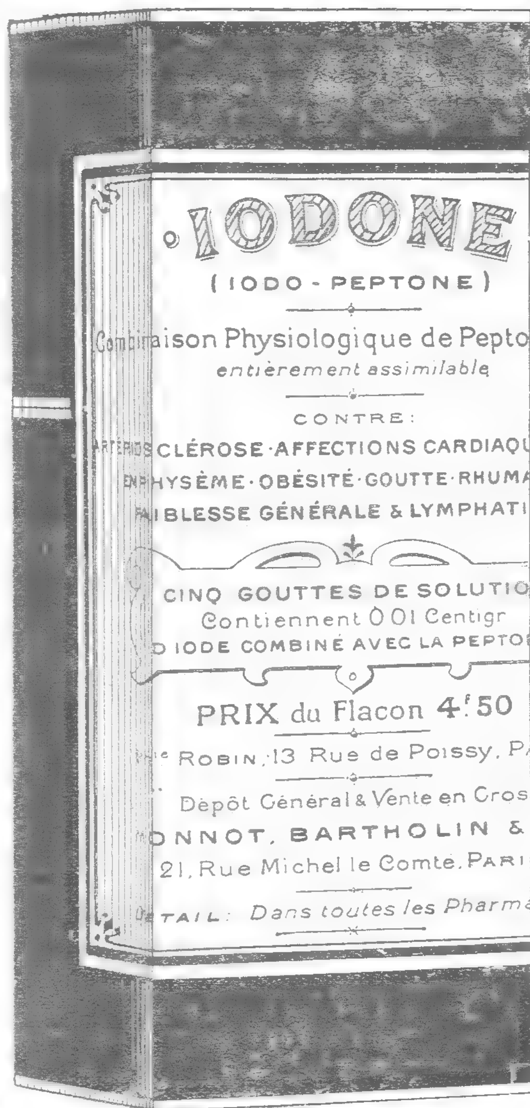
Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne celles qui lui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu la note *très satisfait*.

Médailles attribuées aux sages-femmes de 1re classe. — Un concours a lieu tous les ans entre les sages-femmes de 1re classe reçues au 2e examen, à la dernière session, avec la mention *bien satisfait* et *très satisfait*. Deux médailles d'argent et trois médailles de bronze peuvent être attribuées.

Bourses de Doctorat en médecine.

Arrêté du 15 février 1900. — Art. 1er. Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année. — Art. 2. Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés et joignent à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° le

IODONE



(IODO-PEPTONE)

COMBINAISON ORGANIQUE

d'IODE et de PEPTONE

entièrement assimilable

CONTRE :

AFFECTIONS CARDIAQUES
ARTÉRIO-SCLÉROSE
OBÉSITÉ, ASTHME
RHUMATISMES
EMPHYSÈME, SYPHILIS

Cinq gouttes contiennent 0.01 centigr. d'**IODE**
Vingt gouttes correspondent à 1 gr. d'**IODURE DE POTASSIUM**

Échantillons sur demande
à MM. les Médecins et Étudiants

Dépôt général et vente en gros :
ROBIN, 13, rue de Poissy, PARIS

PEPTONATE de FER ROBIN

DÉCOUVERT PAR L'AUTEUR EN 1881

Admis officiellement dans les Hôpitaux de Paris
et par le MINISTÈRE des COLONIES

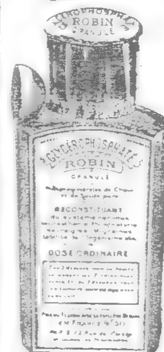
Le PEPTONATE de FER ROBIN, dit le Professeur Pouchet, *est une combinaison particulière de* **Peptone, Glycérine** *et* **Fer**. *Sous cette forme, le Fer est éminemment assimilable.*

DÉPOT GÉNÉRAL : **13, Rue de Poissy, Paris.**
ÉVITER LES CONTREFAÇONS ET IMITATIONS

ÉCHANTILLONS à MM. les ÉTUDIANTS en MÉDECINE.

GLYCÉROPHOSPHATES ROBIN
LES PREMIERS EMPLOYÉS EN THÉRAPEUTIQUE

ADMIS
DANS LES HOPITAUX DE PARIS



Le **GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN** est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. DOSE : 2 mesures par repas.

GLYCÉROPHOSPHATE INJECTABLE ROBIN
Se vend par boîtes de 10 Ampoules, chaque ampoule contient 0 gr. 20 de Glycérophosphate de Soude stérilisé par centimètre cube.

COMPRIMÉS EFFERVESCENTS DE GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN
Les Comprimés seront employés de préférence par les Diabétiques, et en général par toutes les personnes n'aimant pas les préparations sucrées. Chaque Comprimé contient 0.15 centigr. de Glycérophosphate de chaux chimiquement pur.

DÉPOT GÉNÉRAL : **13, Rue de Poissy, Paris.**
ÉVITER LES CONTREFAÇONS ET IMITATIONS
ÉCHANTILLONS à MM. les ÉTUDIANTS en MÉDECINE

(Voir page XVII)

diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou des certificats de réception en tenant lieu ; 3° une note signée d'eux, indiquant la profession de leur père, la résidence de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ; 4° une déclaration de situation de fortune conforme au modèle annexé au règlement du 31 mai 1886, relatif aux bourses dans les Facultés des sciences et des lettres. — Art. 3. Les épreuves du concours consistent en compositions écrites. — Art. 4. Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie) ; 2° les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie ou une composition d'histologie) ; *b*) une composition de physiologie ; 3° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie. 4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20. — Art. 5. Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de 1re année. — Art. 6. Les concours ont lieu annuellement, au siège des Facultés, dans la dernière semaine du mois d'octobre, au jour fixé par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions. — Art. 7. Chaque jury se compose de trois membres désignés par le recteur, sur la proposition du doyen. — Art. 8. Dans un délai de quinze jours après la clôture du concours, le recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats par ordre de mérite, les procès-verbaux des jurys et les dossiers des concurrents contenant les pièces énumérées à l'article 2. Ces documents sont soumis à l'examen de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, qui dresse, pour chaque catégorie, une liste des candidats par ordre de mérite. — Art. 9. Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

B. — Bourses municipales de Médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de Médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine : vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'École supérieure de pharmacie de cette ville ; vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit : vu les lois du 18 juillet 1837 et du 14 juillet 1867 ; vu le décret du 28 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887. — *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1er. Une subvention municipale de 6.000 fr. renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier, par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Les bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis plus longtemps.

I. *Bourses d'études.* — *Art.* 4. Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessaires pour l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat, et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine, par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire, au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — *Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 novembre. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises, chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses, et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de Médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie, en dehors des propositions de la Faculté ou école. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrête.

IV. Gratuité. — Ne sont passibles d'aucun droit, en vertu du règlement du 27 novembre 1834, les fils de professeurs de Faculté, dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions.

V. Exonérations. — *Exonérations de droit.* Sont dispensés de payer les droits d'inscription : les boursiers, les fonctionnaires des établissements d'enseignement secondaire et primaire. — a) *Boursiers.* La dispense du droit d'inscription est accordée aux boursiers d'études près la Faculté à laquelle ils sont attachés. (*Circul. du* 14 *novembre* 1890). Les boursiers entretenus près les établissements d'enseignement supérieur, par les départements, les communes ou les particuliers, sont admis, aux mêmes titres que les boursiers de l'Etat, au bénéfice de la gratuité du droit d'inscription, à la condition expresse que les subventions allouées par lesdits départements, communes ou particuliers, soient rattachées en temps voulu au budget des fonds de concours (*Instruction du* 1er *avril* 1887). — b) *Fonctionnaires des établissements d'enseignement.* Sont dispensés du droit d'inscription, tous les répétiteurs titulaires, stagiaires, auxiliaires des établissements d'enseignement secondaire publics, lycées et collèges entretenus par l'Etat ou par les villes (*Circul. du* 25 *août* 1887). La dispense du

droit d'inscription est accordée aux fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire, aux élèves de l'Ecole normale de Cluny et aux fonctionnaires de l'enseignement primaire public (*Circul. du* 14 *avril* 1888). Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Sainte-Barbe et à l'Ecole Alsacienne, candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire, sont dispensés des droits d'immatriculation, s'ils sont en activité ou en congé d'un an (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — c) *Fils de professeurs et lauréats.* Les étudiants visés par le règlement du 27 novembre 1834, les arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864, sont exonérés des droits d'immatriculation et de travaux pratiques (*Déc. min. du* 1er *juin* 1898). — d) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des boursiers.* Les boursiers des Facultés sont dispensés du droit d'immatriculation, tout en restant soumis aux droits de bibliothèque correspondants, ainsi qu'aux droits de travaux pratiques et de laboratoire, s'il y a lieu. Conformément à la règle générale, la dispense du droit d'immatriculation n'est pas attachée à la possession d'un quart de bourse et ne peut être attribuée qu'aux étudiants titulaires d'une demi-bourse au moins. Cette mesure ne s'applique qu'aux boursiers possesseurs de toutes les inscriptions réglementaires (*Circul. rect. du* 10 *décembre* 1898). — e) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des hôpitaux.* Les internes titulaires des hôpitaux de Paris sont dispensés du paiement des droits d'immatriculation et de bibliothèque. Quant aux internes provisoires, ils demeurent soumis à la règle commune, c'est-à-dire qu'ils auront à payer les droits d'immatriculation et de bibliothèque, mais seulement lorsqu'ils demanderont, soit à suivre les cours, conférences et travaux de la Faculté, soit à fréquenter la bibliothèque (*Déc. min. du* 22 *décembre* 1898). — f) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des asiles.* Sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque, à la Faculté de Médecine, les internes titulaires des asiles publics d'aliénés de la Seine non pourvus du grade de docteur. (*Déc. min. du* 6 *février* 1905). — g) *Elèves de la Faculté des Sciences.* Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté ou Ecole de l'Université de Paris peuvent, sans acquitter de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des Sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique. Les étudiants en médecine, inscrits en vue d'un certificat d'études supérieures à la Faculté des Sciences, peuvent être individuellement dispensés, par décision du doyen, de l'assiduité aux travaux pratiques, mais ils sont tenus d'acquitter intégralement les droits (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — *Exonérations facultatives accordées par la Faculté.* Peuvent être dispensés du droit d'inscription, un dixième des étudiants astreints à ce droit à la Faculté. Chaque année, avant l'ouverture des cours, et dans les limites prévues par la loi, le Ministre de l'Instruction publique fixe, sur la proposition du conseil de l'Université, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription. Le doyen, après avis du conseil de la Faculté, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le Ministre, les étudiants dispensés facultativement. Les dispenses sont accordées pour une année scolaire et sont renouvelables.

Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen, après avis du Conseil de la Faculté, pour défaut de travail ou d'assiduité aux travaux pratiques, ou au stage hospitalier. Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire. Lorsque la dispense est retirée à un étudiant, il en est fait mention au dossier de ce dernier. La dispense des droits d'inscription n'entraîne pas celle des droits de bibliothèque et de travaux pratiques, qui sont payés suivant la règle, lors de la prise des inscriptions. Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au doyen du 1er octobre au 1er novembre ; elles sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille. Pour la dispense des droits d'inscription de 1re année, il y a lieu de joindre un extrait du dossier scolaire, certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études. La gratuité des inscriptions est un privilège essentiellement national, qui ne peut être concédé qu'aux Français. (*Déc. min. du* 22 *avril* 1887.)

Note destinée à renseigner les étrangers.

Les étrangers sont immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris, soit en vue de la recherche du diplôme de docteur en médecine, soit au titre d'étudiants libres.

I. — *Immatriculation en vue de la recherche d'un grade.*

Les étrangers immatriculés en vue de la recherche du grade de docteur en médecine se divisent en deux groupes : ceux qui recherchent le diplôme de l'Etat et ceux qui recherchent le diplôme universitaire.

1. — *Diplôme d'Etat.* — Le diplôme d'Etat français de docteur en médecine confère le droit d'exercice dans toute l'étendue du territoire français. Les règles relatives à l'immatriculation en vue de ce diplôme sont les mêmes pour les étudiants de nationalité étrangère que pour les étudiants français. Ils doivent justifier des grades requis par le décret du 31 juillet 1893, accomplir la scolarité réglementaire, et subir tous les examens.

Grades. — Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Scolarité. — La durée de la scolarité réglementaire est de quatre années au cours desquelles les étudiants prennent trimestriellement seize inscriptions.

Examens. — Les examens sont subis dans l'ordre établi par le décret du 31 juillet 1893, et conformément au programme ci-après : *1er examen.* Comporte une épreuve pratique et une épreuve orale. — a) *Epreuve pratique* : Dissection ; b) *Epreuve orale* : Anatomie, moins l'anatomie topographique. — *2e examen* : Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique (épreuve orale). — *3e examen* : Divisé en deux parties : a) *1re partie* : 1° *Epreuve pratique* : Médecine opératoire et anatomie topographique ; 2° *Epreuve orale* : Anatomie topographique, pathologie externe, accouchements ; b) *2e partie* : 1° *Epreuve pratique* : Anatomie pathologique ; 2° *Epreuve orale* : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes, pathogie interne. — *4e examen* : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles (épreuve orale). — *5e examen* : Divisé en deux parties : a) *1re partie* : Clinique externe, clinique obstétricale ; b) *2e partie* : Clinique interne. — *Thèse* : Sur un sujet au choix du candidat.

2. — *Diplôme universitaire.* — Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1897 et la délibération du Conseil de l'Université de Paris en date du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de Médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier. Toutes les dispenses de grades et de scolarité sont accordées à titre onéreux. Voici l'énumération des formalités à remplir et des pièces à produire pour l'obtention de ces dispenses, avec l'indication des droits à acquitter.

Demandes de dispenses. — Les étrangers gradués des Universités étrangères, qui désirent rechercher le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris, au moyen d'une dispense du grade de bachelier, doivent adresser une demande rédigée sur papier timbré à M. le Ministre de l'Instruction publique. Cette demande est accompagnée : I. Des diplômes et certificats originaux, traduits en français et dûment légalisés, émanant des Universités étrangères où ils ont étudié, et toutes pièces de nature à établir la valeur et la durée de leurs études classiques. — II. Un acte de naissance ou un titre officiel en tenant lieu, accompagné d'une traduction authentique. Les demandes de dispenses et d'équivalences de grades doivent parvenir à M. le Ministre de l'Instruction publique avant le 1er novembre. Les étrangers qui justifient de certificats d'études et d'examens délivrés par les Facultés de Médecine des Universités de leur pays, peuvent obtenir de M. le Ministre de l'Instruction publique une équivalence de scolarité, ou autrement dit une dispense du temps d'études, qui se traduit par la concession d'un certain nombre d'inscriptions, variant suivant la durée et la nature des études médicales faites dans leur pays. La dispense des examens probatoires correspondants aux inscriptions concédées n'est jamais accordée. Les médecins pourvus d'un diplôme étranger authentique, qui postulent le grade de docteur en médecine de l'Université de Paris, peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

II. — *Droits à acquitter.*

Les droits à acquitter près les Facultés des Lettres, des Sciences et de Médecine sont :

1° FACULTÉS DES LETTRES ET DES SCIENCES. — *Faculté des Lettres.* — Equivalence ou dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire............	130 fr.
Faculté des Sciences. — Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles..........................	300
FACULTÉ DE MÉDECINE, *Diplôme d'Etat* — 16 inscriptions de doctorat en médecine à 32 francs 50, y compris le droit de bibliothèque................	520
Travaux pratiques correspondant aux dites inscriptions......................................	210

Sept examens à 55 francs l'un..	385
Thèse..	240
Diplôme universitaire..	
16 inscriptions trimestrielles à 30 francs, soit	480
16 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50, soit.	40
16 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 fr., soit	240
8 examens ou épreuves à 80 francs, soit	640

III. — *Immatriculation au titre d'étudiant libre.*

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation. L'immatriculation au titre d'étudiant libre a lieu sur demande accompagnée de diplômes ou certificats. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et peut être renouvelée sur simple déclaration. Une carte, qui n'est valable que pour l'année scolaire, est délivrée à tout étudiant immatriculé. A l'immatriculation est attaché un double droit : le droit d'immatriculation proprement dit et le droit de bibliothèque.

Droit annuel d'immatriculation pour études	20
Droit annuel de bibliothèque	10

Les étudiants libres, immatriculés, peuvent être admis, sur leur demande, à participer aux divers travaux pratiques après versement d'un droit trimestriel de 50 francs correspondant à chacun des travaux pratiques. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est également de 50 à 150 francs. MM. les docteurs étrangers sont admis à fréquenter la Bibliothèque de la Faculté, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit 10 francs, sans être soumis au versement du droit d'immatriculation de 20 francs.

IV. *Matières traitées.*

1. Semestre d'hiver. — *Cours magistraux* : 1° Physique biologique ; 2° anatomie ; 3° histologie ; 4° physiologie ; 5° pathologie chirurgicale ; 6° pathologie médicale ; 7° pathologie expérimentale et comparée ; 8° anatomie pathologique ; 9° thérapeutique ; 10° pharmacologie et matière médicale ; 11° histoire de la médecine et de la chirurgie ; 12° médecine légale (conférences pratiques). — Cours cliniques : I. *Cliniques médicales* : 1° Hôpital de la Pitié ; 2° hôpital Saint-Antoine ; 3° Hôtel-Dieu ; 4° hôpital de la Charité. — II. *Cliniques chirurgicales* : 1° Hôtel-Dieu ; 2° hôpital Necker; 3° hôpital de la Charité ; 4° hôpital de la Pitié. — III. *Cliniques spéciales*: 1° Maladies mentales (asile Sainte-Anne) ; 2° maladies des enfants (hôpital des Enfants-Malades) ; 3° maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis) ; 4° maladies nerveuses (hospice de la Salpêtrière) ; 5° maladies des yeux (Hôtel-Dieu) ; 6° maladies des voies urinaires (hôpital Necker.) — IV. *Cliniques d'accouchement*: 1° Clinique Beaudelocque ; 2° clinique Tarnier. — *Conférences* : 1° Chimie biologique ; 2° anatomie (cours du chef des travaux) ; 3° pathologie générale élémentaire ; 4° pathologie interne ; 5° pathologie externe ; 6° médecine légale ; 7° hygiène ; 8° obstétrique ; 9° maladies de la peau. — *Travaux pratiques* : 1° Physique biologique; 2° chimie biologique ; 3° dissection ; 4° histologie ; 5° anatomie pathologique ; 6° parasitologie. — *Musées* : 1° Musée Orfila (anatomie normale) ; 2° musée Dupuytren (anatomie pathologique). Ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures. — *Bibliothèque* : ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 1/2. — *Laboratoires de recherches et d'enseignement* : 1° Anatomie ; 2° médecine opératoire ; 3° pathologie expérimentale et comparée ; 4° thérapeutique ; 5° pharmacologie et matière médicale ; 6° physique ; 7° toxicologie ; 8° histoire naturelle ; 9° physiologie ; 10° pathologie et thérapeutique générales ; 11° chimie ; 12° pathologie externe ; 13° hygiène ; 14° anatomie pathologique ; 15° histologie. — *Enseignements spéciaux* : 1° Laryngologie, rhinologie et otologie (cours et exercices pratiques) ; 2° enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie ; 3° bactériologie.

2. Semestre d'été. — *Cours magistraux* : 1° Chimie appliquée à la médecine ; 2° opérations et appareils ; 3° pathologie interne; 4° pathologie et thérapeutique générales ; 5° histoire naturelle médicale ; 6° hygiène ; 7° médecine légale. — *Cours cliniques* : comme dans le semestre d'hiver. — *Cours complémentaires* : 1° Pathologie externe ; 2° accouchements. — *Conférences* : 1° Physique biologique ; 2° anatomie ; 3° histologie ; 4° physiologie ; 5° pathologie interne ; 6° pathologie externe ; 7° thérapeutique ; 8° anatomie pathologique ; 9° maladies de la peau. — *Travaux pratiques* : 1° Physique biologique ; 2° histologie ; 3° physiologie ; 4° chimie pathologique ; 5° médecine opératoire ; 6° anatomie pathologique. — *Musées, Bibliothèque, Laboratoires de recherches et d'enseignement*. — *Enseignements spéciaux*. — Comme dans le semestre d'hiver. Le programme des cours de la Faculté est publié, savoir : 1° pour le semestre d'hiver, vers le 15 octobre ; 2° pour le semestre d'été, vers le 15 février.

Grades exigés pour le doctorat en médecine. — Programme des examens probatoires. — Jugement des épreuves. — Délais d'ajournement. (Décret du 24 juillet 1899.)

Art. 1er. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) (1) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; soit, avec dispense du baccalauréat (Lettres-Philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : Physique, Chimie, Botanique, Zoologie ou Physiologie générale ou Embryologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes : *Premier examen* : Epreuve pratique : dissection ; épreuve orale : anatomie, moins l'anatomie topographique. — *Deuxième examen* : Epreuve orale : histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. — *Troisième examen* : Première partie : Epreuve pratique : médecine opératoire et anatomie topographique ; épreuve orale : anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie : Epreuve pratique : anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, etc. ; épreuve orale, pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes ; pathologie interne. — *Quatrième examen* : Epreuve orale : thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles. — *Cinquième examen* : Première partie : Clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : Clinique interne. — Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 3. — Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique reste acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve. Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen) pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : Boule blanche, *très bien* ; boule blanche-rouge, *bien* ; boule rouge, *assez bien* ; boule rouge-noire, *médiocre* ; boule noire, *mal*. Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen, et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *deux boules noires*. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire. Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen, et 4e examen régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *une boule noire* pour une des matières de l'examen. L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de la session de juillet-août 1900.

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions de l'art. 4 du décret du 26 décembre 1875 contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les art. 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de Médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. On y a adjoint un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter. Il contient un fonds de pièces un peu disparates, mais curieuses : une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demanderait surtout à être complétée, ou enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le Dr Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections qu'un musée : mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

Les réparations nécessitées par la terminaison de la Faculté de Médecine ont nécessité la dispersion momentanée des collections du Musée Orfila, qui seront avant peu réunies dans de nouvelles salles bien aménagées et spécialement construites pour les contenir.

(1) Un décret en date du 22 juillet 1902 porte : « Le baccalauréat de l'enseignement secondaire, institué par le « décret du 31 mai 1902 est admis, quelle que soit la mention inscrite « sur le diplôme, pour l'inscription dans les Facultés et Ecoles « d'enseignement supérieur, en vue des grades conférés par l'état. »

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Délégué dans les fonctions de *Conservateur* : M. LEGRY. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

Ce musée, qui renferme un grand nombre de pièces très rares, est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe, en effet, que la moitié du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée, et pourtant la richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs.

Les pièces anatomiques et les dessins du Musée du Pr LANNELONGUE, à l'hôpital Trousseau, sont, en raison de la désaffectation de cet hôpital, légués au Musée Dupuytren ; ce Musée comprend plus de 650 pièces ayant, pour la plupart, trait aux affections des os. La Société anatomique augmente, en outre, continuellement le Musée Dupuytren, en demandant que les pièces qui lui sont présentées soient données au Musée.

Annexe d'histologie : Salle Pilliet. — M. le Dr LEGRY a continué dignement l'œuvre de son regretté prédécesseur, le Dr PILLIET, et l'ancien laboratoire de M. le Pr Mathias-Duval, qui vient d'être annexé au Musée Dupuytren, contient déjà tous les éléments d'un riche Musée d'histologie. Le nom de salle Pilliet a été donné à juste titre à cette nouvelle fondation, car elle comprend une magnifique collection de 18,000 coupes histologiques ayant trait à l'histologie normale (surtout à celle du nouveau-né), à l'histologie comparée et à l'histologie pathologique, collection classée avec méthode et résultant du travail incessant de l'habile et savant micrographe que fut le Dr Pilliet. Cette salle s'est déjà enrichie de nombreuses préparations recueillies par M. Legry, et les dons des membres de la Société anatomique en augmenteront encore le nombre. Cette salle est ouverte aux travailleurs comme le Musée Dupuytren, et un microscope est mis à la disposition de ceux qui voudront examiner les préparations.

3° *Musée de Médecine opératoire et Appareils.* — Ce Musée élaboré par M. le Pr TERRIER et son préparateur, M. Marcel BAUDOUIN, est en voie de réalisation. M. le Pr BERGER désire terminer l'œuvre de son prédécesseur, et il réunira autant que possible les collections d'appareils et d'instruments pour en faire une section du Musée Dupuytren.

4° Le *Musée d'Instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. VERDIN, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments : l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

5° Le *Laboratoire de Parasitologie* renferme une très importante collection de parasites de l'homme et des animaux, ainsi que de pièces anatomo-pathologiques se rapportant à la parasitologie. Cette collection, créée par M. le professeur R. BLANCHARD et constituée pour la plus grande partie par sa collection personnelle, renferme aussi les collections de DAVAINE et LABOULBÈNE.

En outre, une petite collection de parasites, renfermant tous les types qu'un médecin doit connaître, a été organisée dans ce même laboratoire et est mise à la disposition des élèves, en vue de la préparation de l'épreuve pratique d'anatomo-pathologie.

BIBLIOTHÈQUE. — La Bibliothèque de la Faculté de Médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à l'insistance du *Progrès médical*, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants, aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. HAHN ; — *Bibliothécaire-adjoint* : M. GOUAULT. — *Sous bibliothécaire* : M. HAHN (Lucien).

AVIS A MM. LES ETUDIANTS. — M. le *Secrétaire* reçoit les étudiants dans son cabinet, les jeudis et samedis, de une heure à 2 heures.

Laboratoires.

LABORATOIRES DES COURS DE LA FACULTÉ. — *Anatomie* : professeur, M. POIRIER ; M. DELAMARE, préparateur. — *Médecine opératoire* : professeur, M. SEGOND ; préparateur du cours, M. CATZ. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. ROGER ; chef de laboratoire, M. JOSUÉ ; préparateur, M. GARNIER ; moniteur, M. TRÉMOLIÈRES. — *Thérapeutique* : professeur, M. GILBERT ; chef de laboratoire, M. CARNOT ; préparateur, M. DEVAL, agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale* : professeur, M. POUCHET ; chef de laboratoire, M. BRISSEMORET ; préparateur, M. CHEVALIER. — *Physique* : professeur, M. GARIEL ; préparateur, M. TURCHINI. — *Chimie* : professeur, M. A. GAUTIER ; chef des travaux de chimie biologique, M. MAILLARD ; préparateur du cours, M. CLAUSSMANN ; préparateur des conférences, M. BROQUIN-LACOMBE. — *Médecine légale pratique* : professeur, M. THOINOT ; chef des travaux, M. DESCOUST ; chef des travaux chimiques, M. OGIER ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. VIBERT ; préparateur, M. Georges BROUARDEL. — *Parasitologie* : Professeur, M. R. BLANCHARD ; chef des travaux, M. J. GUIART, agrégé ; préparateurs, MM. E. BRUMPT et LANGERON ; dessinatrice, Mlle J. CHARLOT. — *Pathologie générale* : professeur, M. BOUCHARD ; chef de laboratoire, M. DESGREZ ; préparateur, M. BALTHAZARD.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement ; mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Chef de clinique, M. CROUZON ; Chef de laboratoire, M. GOURAUD ; Chef adjoint, M. GAULTIER ; Aides-préparateurs, MM. LACAILLE, BONNIER et DEHU.

Laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Chef de clinique, M. N... ; Chef du laboratoire, M. PETTIT.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. COUDERT : Chef de clinique adjoint, M. CATHALA ; Chef du laboratoire, M. NICLOUX ; Chef adjoint du laboratoire, M. LEQUEUX. — 2e chaire : Chef de clinique, M. MOUCHOTTE ; chef de clinique adjoint, M. LACASSE ; chef du laboratoire, M. COUVELAIRE.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de clinique, M. ALGLAVE : Chef de clinique adjoint, M. DESJARDINS ; Chef du laboratoire, M. LEGROS.

Laboratoire de clinique médicale de Laënnec. — Chef de clin., M. LAIGNEL-LAVASTINE ; adj., M. SALOMON ; chef de laboratoire, M. LABBÉ (Marcel) ; chef adjoint, M. LABBÉ (Henri).

Laboratoire de clinique médicale de Beaujon. — Chef des travaux de bactériologie, M. CASTAIGNE ; chef des travaux de chimie, M. JOUSSET ; chef de clinique, M. FERRAND ; Chef de clinique-adjoint, M. RATHERY.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité. — Chef de laboratoire, M. LESNÉ ; Chef adjoint, M. DREYFUS ; Chef de clinique, M. SCHWARTZ ; Chef de clinique adjoint, M. PIQUAND.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chefs des travaux d'anat. path. et de bactériologie : MM. GHIKA et BENSAUDE ; Chef des travaux chimiques, M. WINTER ; Chef de clinique, M. ROSENTHAL ; Chef de clinique adjoint, M. AGASSE-LAFONT.

Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker. — Chef de laboratoire, M. HERRENSCHMIDT ; Chef de clinique, M. GUIBÉ ; chef adjoint, M. LÉO.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. RAYMOND ; Chef de clinique, M. LEJONNE ; Chef adjoint, M. DREYFUS-ROSE ; Chef du laboratoire, M. HUET ; Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. ALQUIER.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — M. GRANCHER, professeur. — Chef de laboratoire, M. VEILLON. — Chef de clinique, M. AUCLAIR. — Moniteur, M. GUILLEMOT. — Préparateur ...

clinique, M. ARMAND-DELILLE ; Chef de clinique adjoint, M. BABONNEIX.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — M. de LAPERSONNE, professeur.— Chef de laboratoire, M. CANTONNET.— Chef des travaux d'optique, M. PLEY. — Chef des travaux de rhinologie, M. GELLÉ. — Préparateur, M. AFFRET. — Chef de clinique, M. MONTHUS. — Chef de clinique-adjoint, M. CANTONNET.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — M. JOFFROY, professeur. — Chefs de laboratoire, MM. DUMAS ; chef des travaux ophtalmologiques, M. SCHRAMECK. — Chef des travaux d'électricité et de photographie, M. DUPONT. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. LÉRI. — Chefs de clinique, MM. VURPAS et DUPOUY.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. GAUCHER, professeur. — Chef de laboratoire, M. GASTOU. — Chef adjoint de laboratoire, M. ED. FOURNIER. — Chef du laboratoire de chimie, M. DESMOULIÈRES. — Chef de clinique, M. ROSTAINE. — Chef de clinique adjoint, M. LOUSTE.

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — M. ALBARRAN, professeur.— Chefs de laboratoire : M. MOTZ, section de bactériologie et d'histologie ; M. DEBAINS, section de chimie.— Chef de clinique, M. N... ; chef de clinique adjoint, M. N... (un concours a lieu actuellement pour la désignation des titulaires).

Laboratoire de clinique gynécologique. — M. POZZI, professeur. — Chef de clin., M. DARTIGUE ; Chef de clin. adj., M. LOÉWY. — Chef de labor. d'histologie, M. LATTEUX. — Préparateur, M. BENDER ; Aide-prépar., M. ZIMMERN.

Laboratoire de clinique de chirurgie des enfants. — M. KIRMISSON, professeur. — Chef de labor., M. BIZÉ ; Préparateur, M. MAHEU ; Chef de clinique, M. TRIDON ; Chef de clinique adjoint : M. AUFFRET.

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription ; soit 480 fr. pour les seize.

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

NOUVEAU RÉGIME.

1er examen			55 fr. (1).
2e examen			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Droits à percevoir au profit des Universités. (Extrait du décret du 31 juillet 1897.)

Article premier. — Le tarif des droits dont recette est faite aux budgets des Universités est fixé ainsi qu'il suit : Droits à acquitter par tous les étudiants : Droit annuel d'immatriculation d'études, 20 fr. ; Droit annuel de bibliothèque, 10 fr. Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis au droit d'inscription. — *Facultés de Médecine.* Droits à acquitter par les aspirants au doctorat pendant la période scolaire : Droit trimestriel d'inscription, 30 fr. ; Droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. Droits à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : Droit trimestriel, 50 à 150 francs, suivant décision du conseil de la Faculté.

Règlement du 27 novembre 1834. — ART. 56. — Ne sont passibles d'aucun droit : 1° Les fils de professeurs de Faculté dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions (décret du 25 janvier 1807 et jurisprudence) ; 2° Les élèves qui ont obtenu les prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent ; 3° Les élèves de l'Ecole normale dans les facultés des sciences et des lettres de Paris (décret du 17 mars 1808, art. 114 et 116 en jurisprudence).

Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854. — Chacun des lauréats des Facultés de médecine a droit au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours dont il aura fait partie.

(1) Cette somme est ainsi divisée :

Droits d'examen	30 fr.
Droits de certificat d'aptitude	25

Pour la thèse :

Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplôme	100

Arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864. — L'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges des départements, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes les Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

Décret du 21 avril 1869. — ART. 4. — Dans les Ecoles supérieures de pharmacie, les lauréats de première et de deuxième année seront dispensés des droits d'inscriptions et d'examens semestriels afférents à l'année scolaire suivante, le lauréat de troisième année aura la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants.

Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de première, de deuxième et de troisième année jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

Loi de finances du 26 février 1887. — Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences. Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées. Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (25, quai des Grands-Augustins, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques, de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués plus haut.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du Doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du Ministre des Finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le Doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

Avis divers.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille

des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Formalités à remplir pour la soutenance de la thèse.*— MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés de remplir, au préalable, les formalités suivantes : I. Consignation au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi et le mardi, de midi à 3 heures. — II. Dépôt le lundi et le mardi, de midi à 3 heures : *a*) du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président, choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : 1° de s'assurer si toutes les formalités ont été remplies dans la rédaction de la thèse ; 2° de soumettre le manuscrit au visa de M. le Recteur, qui donne le permis d'imprimer. (Les manuscrits, revêtus du permis d'imprimer, seront tenus à la disposition de MM. les candidats 48 heures après le dépôt.) *b*) de l'engagement de l'imprimeur de la thèse. Cet engagement doit contenir : 1° le nom du candidat ; 2° la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés ; 3° le nom du président de la thèse ; 4° le sujet de la thèse. *c*) de la quittance de la consignation. La mise en série a lieu trois semaines après le dépôt de ces pièces. Pour l'accomplissement des formalités ci-dessus mentionnées, s'adresser au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1). — III. Avant le tirage définitif de la thèse, envoi au Secrétariat de la Faculté du premier feuillet imprimé destiné à recevoir : 1° au recto, le titre de la thèse ; les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat ; 2° au verso, la liste des professeurs et agrégés en exercice. Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier. — IV. Cinq jours francs avant la soutenance, dépôt des 185 exemplaires de la thèse à la Faculté, de 2 heures à 5 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli cette dernière formalité seraient reportés à trois semaines pour la soutenance de la thèse. Ceux qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées au paragraphe II, ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux articles III et IV, seront considérés comme *absents sans excuse*, et perdront par suite le montant des droits d'examen. — V. Les fautes typographiques entraînent le refus de la thèse. Il est interdit de consigner pour la thèse avant d'avoir subi avec succès la dernière épreuve du 5e examen probatoire.

7° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 prairial an XI, est abrogé. A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente ; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur ; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales ; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

Avis relatifs aux changements de résidence. — L'article 12 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités, est ainsi conçu : « En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, « ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu « de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces rési- « dences. »

Service militaire des Etudiants (1).

Dispense pour continuation d'études. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences, comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

« Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer, pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat modèle G, délivré par le Doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'Ecole de Médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit à la Faculté des Sciences de..... et à l'Ecole de Médecine de..... comme aspirant au doctorat en Médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première le...., la deuxième, le...., etc., ne sont pas périmées. »

« Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyen et Directeur de la Faculté et des Ecoles de Médecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire. »

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889 détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de révision les diplômes indiqués ci-dessus doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incorporation, ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de Pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Ledit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine ; dans les départements, par un certificat du maire prési-

(1) Pour la nouvelle loi du service militaire de deux ans du 25 mars 1905, voir à la fin du numéro : *Derniers renseignements.*

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'âge auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

dent de la commission administrative, visé par le préfet (*modèle G.*)

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du décret sont présentées : 1° au conseil de révision ; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de révision, et dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, le certificat prévu à l'art. 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service, imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires ; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix-huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

« ... Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire à l'appui de cette demande les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de révision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du décret du 20 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

« Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

« Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes de contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée. »

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée doit être faite avant le 1er novembre qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

Scolarité Médicale.

Conditions requises pour la délivrance des inscriptions trimestrielles.

1re année. — 1re *Inscription* : novembre ; *Travaux pratiques*: hiver, 1er trim. : dissection (N. B. La 2e inscription est délivrée en janvier, si les notes du 1er trimestre de dissection sont satisfaisantes). — 2e *Inscrip.*, janvier ; *T. P.*, hiver, 2e trim. : dissection (N. B. La 3e inscription est délivrée en avril, si les notes du 2e trimestre de dissection sont satisfaisantes).— 3e *Inscrip.*, avril ; *T. P.*, été : histologie, chimie biologique, physique, physiologie. (N. B. La 4e inscription n'est délivrée qu'après accomplissement de tous les travaux pratiques de 1re année, et si les notes sont satisfaisantes). — 4e *Inscr.*, juillet ; *T. P.*, comme à la 3e inscription.

2e année. — 5e *Inscr.*, novembre. (Le 1er examen entre la 6e et la 8e inscription, c'est-à-dire, après 4 trimestres de dissection.) *Examens* : épreuves pratiques de dissection, épreuve orale (Anatomie, moins l'anatomie topographique) ; *T. P.*, hiver, 1er trim. : dissection ; *Stage hospitalier* : médecine ou chirurgie (services généraux). (N. B. La 6e inscription est délivrée en janvier, si les notes du 3e trimestre de dissection sont satisfaisantes, et si l'élève est stagiaire régulier). — 6e *Inscr.*, janvier ; *Exam.* comme à la 5e inscr. ; *T. P.*, hiver, 2e trim : dissection ; *S. H.* comme au précédent. (La 7e inscription est délivrée en avril si les notes du 1er trimestre de stage et du 4e trimestre de dissection sont satisfaisantes. Dans tous les cas, un élève n'est admis à subir le 1er examen que s'il a accompli régulièrement 4 trimestres de dissection). — 7e *Inscr.* : avril ; *Exam.* comme pour la préc. inscr. ; *T. P.*, été : physique, histologie et physiologie ; *S. H.*: été, comme en hiver. (N. B. Pour prendre la 8e inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi le 1er examen avec succès ; 2° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour tous les travaux pratiques de 2e année et les deux premiers trimestres du stage). — 8e *Inscr.*: juillet : *Exam.*: comme au préc. ; *T. P.*, comme au préc. ; *S. H.* : été, comme hiver.

3e Année. — 9e *Inscr.* : novembre. (Le 2e examen entre la 8e et la 10e inscription). 2e *Exam.* : histologie, physiologie, y compris la chimie biologique ; *T. P.*, hiver : parasitologie, anatomie pathologique ; *S. H.*, comme au préc. (La 10e inscription est délivrée en janvier si le 2e examen est subi avec succès et si l'élève est stagiaire régulier.)— 10e *Inscr.* : janvier ; *Exam.*, comme au préc. ; *T. P.*, comme aux préc. ; *S. H.*, comme aux préc. (Pour prendre la 11e inscription en avril, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de parasitologie et d'anatomie pathologique ; 2° avoir accompli régulièrement le 8e trimestre de stage.)— 11e *Inscr.* : avril : *Exam.*, comme le préc.; *T. P.*, été : Médecine opératoire, chimie pathologique ; *S. H.*, comme le préc. (Pour prendre la 12e inscription en juillet, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de médecine opératoire et de chimie pathologique ; 2° avoir accompli régulièrement le 4e trimestre de stage). — 12e *Inscr.* : juillet ; *Exam.*, comme les préc., *T. P.*, comme les préc., *S. H.*, comme les préc.

4e Année. —13e *Insc.* : novembre. (Le 3e examen entre la 13e et la 16e inscript.) 3e *Exam.* 1re part.: Epreuve prat. de médecine opératoire. Epreuve orale (Médecine opératoire et anatomie topographique ; pathologie externe ; accouchements) ; *S. H.* ; Spécialité ou accouchements, au choix de l'élève. (Pour prendre la 14e inscription en janvier, il faut être stagiaire régulier.)— 14e *Inscr.* : janvier ; *Exam.*, comme les pr. ; *S. H.* ; spécialité (si le stage d'accouchement a été fait en hiver). (La 15e inscription est délivrée en avril, si le 1er trimestre de stage est satisfaisant (spécialité ou accouchement). — 15e *Inscr.* : avril ; 3e *Exam.* 2e partie : épreuve pr. d'anat. pathologique. Epreuve orale (pathologie générale ; parasites animaux, végétaux ; microbes ; pathologie interne) ; *S. H.*, accouchement (si le stage de spécialité a été fait en hiver. (Pour prendre la 16e inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi avec succès toutes les épreuves du 3e examen ; 2° avoir accompli régulièrement les deux derniers trimestres de stage (spécialité ou accouchement). — 16e *Inscr.* : juillet ; *Exam.*, comme au préc. ; *S. H.*, comme le préc. (*En 4e année pas de travaux pratiques obligatoires.*)

Actes de la Faculté. Ouverture des Cours, etc.

(Voir à la fin du numéro.)

Enseignement médical dans les hôpitaux. (Année 1906)

Cours et conférences cliniques faites par MM. les chefs de services.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Brissaud, maladies du système nerveux, mercredi 9 h. 1/2. Salon de la salle Sainte-Madeleine. — M. le Dr Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours 9 h. 1/4. Salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — M. le Dr G. Ballet, maladies du système nerveux, samedi 9 h. 1/2. Salon de la salle Sainte-Anne. Leçon le dimanche à 10 heures, Amphithéâtre Trousseau, à partir du 1er dimanche de février. — M. le Dr André Petit, Conférences sur les maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Salle Sainte-Martine. — M. le Dr Guinard, conférences de clinique chirurgicale, jeudi 10 h. 1/2, Amphithéâtre Desault. Leçon le jeudi à 10 h. 1/2, Amphithéâtre Desault. Opérations, mardi et samedi 9 h. 1/2. Amphithéâtre Desault. Examen des malades par les élèves, lundi, vendredi 10 heures. Salles Saint-Côme et Sainte-Marthe. Examen gynécologique, mercredi, 10 h. Salle Sainte-Marthe. — M. le Dr Enriquez, médecin des hôpitaux, examen des malades, clinique médicale, tous les jours (excepté le jeudi), 9 h. 1/2. Salle de la consultation. — M. le Dr Marion, chirurgien des hôpitaux, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours 9 heures. Salle de la consultation.

Pitié. — M. le Dr Babinski, maladies du système nerveux, samedi, 10 h. 1/4. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr Thiroloix, conférences cliniques, lundi, vendredi, 9 heures. Salle Monneret et Cruveilhier. — M. le Dr Dalché, gynécologie médicale, jeudi, 10 h. Amphithéâtre des cours ; mercredi, 9 h., Salle Valleix. — M. le Dr Lion, Leçons sur les maladies de l'estomac, samedi, 10 h. 1/4. Salle Grisolle. — M. le Dr Louis Rénon, maladies du cœur et du poumon, vendredi, 10 h. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr Claisse, maladies des voies respiratoires et maladies infectieuses, mercredi, 10 h. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr Walther, visite des malades, tous les jours, 9 h. Salles Broca et Gerdy. Opérations et conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. Pavillon Gerdy.— M. le Dr Lepage, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Service d'accouchement.

Charité. — M. le Dr Moutard-Martin, conférences cliniques,

tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Oulmont, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Roger, conférences cliniques, mercredi, vendredi, 9 h. au lit des malades. — M. le Dr Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, samedi, 10 h. 1/2. Au lit des malades. Opérations, mardi, samedi. Amphithéâtre Potain. — M. le Dr Maygrier, clinique obstétricale, jeudi 10 h., Amphithéâtre Potain. — M. le Dr Josué, médecin des hôpitaux, conférences cliniques, mardi, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Saint-Antoine. — M. le Dr A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salles Bichat et Chomel. — M. le Dr Béclère, maladies des organes thoraciques : Examen clin. des malades, et radiothér. tous les jours 9 h. 1/2 . Salles Magendie et Grisolle. Examen radioscopique des malades, samedi 10 h., Laboratoire Grisolle, Conférences de radiologie médicale. Pour les conférences et les exercices pratiques de radiographie dans le laboratoire du Dr Béclère (*voir affiches spéciales*). — M. le Dr Thoinot, examen des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Marjolin, Roux et Corvisart. — M. le Dr Vaquez, maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, mardi, jeudi 10 h. Pavillon Lorain. — M. le Dr Le Noir, maladies du tube digestif et de la nutrition. Conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 h., Salle Axenfeld. — M. le Dr Mosny, maladies du poumon et de la plèvre, jeudi, 9 h. 1/2, Salle Louis. — M. le Dr Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles : examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 h. Opérations, lundi, vendredi, 10 h. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr Bar, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2 ; leçon, samedi, 10 heures. Maternité. — M. le Dr Macaigne, médecin des hôpitaux. Examen des malades, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Necker. — M. le Dr Huchard, leçons de clinique thérapeutique, vendredi, 10 h. Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr Barth, leçons cliniques, tous les jours 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Hirtz, Leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. Traitement des maladies de l'appareil pulmonaire, jeudi 10 h. Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr Routier, clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures. Au lit des malades.

Cochin. — M. le Dr Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi 10 heures. Amphithéâtre du service. — M. le Dr Widal, médecine générale, tous les jours 9 h. 1/2, Au lit des malades. Lundi 10 h. 1/2, Amphithéâtre du service. — M. le Dr Schwartz, chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi 9 h. 1/2; Au lit des malades. — M. le Dr Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Cochin (annexe). — M. le Dr Alexandre Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, 10 h. 1/2. Salle de la 3e division. — M. le Dr Queyrat, maladies de la peau (Policlinique), lundi 9 heures. Policlinique. Maladies des voies urinaires. Traitement des syphilitiques (Policlinique), mardi, vendredi 8 h. 1/2, Policlinique. Maladies vénériennes : Conférences cliniques, jeudi 10 heures, Salle des cours ; Examen des nouveaux malades (conférence clinique), mercredi, samedi 9 heures. Salle de la consultation. — M. le Dr Humbert, examen des malades et opérations, mardi et vendredi 10 h. 1/2. Salle d'opérations.

Beaujon. — M. le Dr Troisier, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Lacombe, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Albert Robin, clinique, thérapeutique, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr Bazy, conférences sur les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades. Opérations de gynécologie, mardi, vendredi 9 h. 1/2. Pavillon Dolbeau. — M. le Dr Tuffier, Clinique et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Clinique, lundi, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Michaux, chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. ; chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. Au lit des malades.

Lariboisière. — M. le Dr Landrieux, clinique médicale (Gynécologie), jeudi, 9 h. 1/2, Salle de Gynécologie. — M. le Dr Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Brault, clinique médicale, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Galliard, clinique médicale, tous les jours 9 heures. Salles Rabelais, Aran. — M. le Dr Le Gendre, clinique médicale et thérapeutique, tous les jours, 9 h 1/2. Au lit des malades. Conférences de pratique médicale et de déontologie, samedi 10 h. 1/2, Amphithéâtre. — M. le Dr Paul Reynier, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades ; samedi, 10 h., amphithéâtre Gosselin. — M. le Dr Chaput, opérations, mardi, mercredi, vendredi, samedi ; clinique chirurgicale, lundi, jeudi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Poirier, opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. Au lit des malades. — M. le Dr Hartmann, opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Amphithéâtre du service Civiale ; Examen des malades, mardi, jeudi, samedi 9 heures 1/2. Salle Civiale et Lailler, (Policlinique externe). — M. le Dr P. Sébileau, laryngologie, rhinologie, otologie, lundi, mardi, samedi 9 h. (Salle de la consultation et salles Woillez et Davaine. Stomatologie (Leçon clinique) mercredi, vendredi, 9 h. au grand Amph. Opérations, mercredi, jeudi 9 h. (Pavillon Davaine). — M. le Dr Morax, maladies des yeux, tous les jours 9 heures. Opérations, mercredi, samedi 9 heures. Salle de la consultation d'ophtalmologie. — M. le Dr Bonnaire, clinique obstétricale : Leçon clinique, mardi 10 heures. Au grand amphithéâtre ; Conférences théoriques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi 9 heures, dans le service.

Tenon. — M. le Dr Achard, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Ménétrier, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Launois, clinique médicale, tous les jours y compris le dimanche, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Klippel, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Florand, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Jeanselme, clinique dermatologique, mercredi, samedi, 10 h. 1/2. A la consultation. — M. le Dr Gaussade, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Parmentier, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Boissard, clinique obstétricale, tous les jours, excepté le dimanche, 10 heures. Au lit des malades.

Laënnec. — M. le Dr Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades ; leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades ; leçons de séméiologie et de clinique sur les maladies du cœur, mercredi 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Bourcy, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades ; conférences de clinique, samedi 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Pierre Delbet, examen des malades, et leçons cliniques, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/4. Au lit des malades ; opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre. — M. le Dr L. Hudelo, médecin des hôpitaux, conférences de clinique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr J. Belin, médecin des hôpitaux, conférences de clinique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Bichat. — M. le Dr Talamon, visite des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Louis et Bazin. — M. le Dr Hippolyte Martin, visite des malades, tous les jours 9 heures. Salles Andral et Récamier. — M. le Dr Picqué, examen clinique des malades, lundi, vendredi 9 h., Salles Chassaignac et Jarjavay ; conférence clinique, mercredi 10 h. Laboratoire ; opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Salles Chassaignac et Jarjavay. — M. le Dr Laffite, médecin des hôpitaux, conférences clinique, jeudi, 9 h. 1/2. Salle de la consultation. — M. le Dr Baudet, chirurgien des hôpitaux, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Andral. — M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives, mardi 9 heures. Salle de la consultation spéciale.

Broussais. — M. le Dr Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Potherat, chirurgie générale, clinique et opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2 ; gynécologie, mardi, samedi, 9 h. 1/2.

Boucicaut. — M. le Dr Letulle, conférences de clinique et d'anatomie pathologique, tous les jours 9 h. 1/2. — M. le Dr Nélaton, opérations, mardi, mercredi, vendredi, samedi, 9 heures ; visite des malades et leçons cliniques, lundi, jeudi, 9 heures. M. le Dr Doléris, visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures : grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi 10 heures. Maternité. Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Maternité ; Exercices pratiques d'obstétrique et de gynécologie, vendredi 10 heures. Maternité. — M. le Dr F. Bezançon, méd. des hôpitaux, maladies de l'appareil respiratoire, jeudi 10 h. 1 2 ; salle de la consultation de médecine. — M. Michon, chirurgien des hôpitaux, examen des malades, et petite chirurgie, voies urinaires, mercredi, 9 h. : Gynécologie, vendredi, 9 h., salle de la consultation de chirurgie.

Saint-Louis. — M. le Dr Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférence clinique), jeudi, 2 h. 3/4. Salle des conférences. Toute l'année, sauf pendant les vacances. — M. le Dr Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi 9 h. Salles Bichat et Biett ; Examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), lundi, jeudi 9 h. Salles Bichat et Biett. — M. le Dr Balzer, conférences cliniques, vendredi, 9 h. 1/2. Salle Alibert. — M. le Dr De Beurmann.

Examen des nouveaux malades, vendredi 9 h. 1/2. Salles Gazenave et Gibert ; opérations dermatologiques, mardi 9 h. 1/2. Laboratoire Gibert. — M. le Dr BROCQ, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 8 h. 1/2. A partir du mois de décembre ; traitement chirurgical des maladies de la peau, mardi, 8 h. 1/2 ; examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), lundi, 8 h. 1/2, Salle Hillairet. — M. le Dr RICARD, opérations, samedi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre. — M. le Dr BEURNIER, conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2 ; opérations gynécologiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 h 1/2. — M. le Dr GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux, conférences de clinique et thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures. Salle de la consultation.

Broca.— M. le Dr THIBIERGE, leçons sur la syphilis, dimanche, 10 h. ; conférences pratiques sur la syphilis, mardi, samedi, 9 h., Salle de la consultation. — M. le Dr DARIER, conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. Salle de la consultation (entrée, 76, rue Pascal). Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, mardi, samedi, 9 h., Salle Cullerier.

Enfants-Malades. — M. le Dr MOIZARD, leçons cliniques, mercredi, samedi. Au lit des malades. — M. le Dr COMBY, leçons de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures. Salle de consultation. Leçons cliniques, mercredi, 9 heures. Salle de Chaumont. — M. le Dr VARIOT, leçons cliniques, mardi, 10 heures 1/2. Salle Gillette, jeudi, consultation. — M. le Dr RICHARDIÈRE, maladies infantiles : Examen des nouveaux malades, jeudi, 9 heures. Au lit des malades. Leçons cliniques, samedi 9 heures. Au lit des malades. Thérapeutique clinique, mercredi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr MARFAN, leçons cliniques sur la diphtérie, tous les jours 10 heures. Dans le service. S'inscrire à la Faculté de médecine. — M. le Dr BROCA, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/4. Salle Archambault. Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 heures. Salle de consultation. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD, leçons cliniques d'ophtalmologie, tous les jours, 2 h. Au lit des malades.

Bretonneau. — M. le Dr SEVESTRE, examen des malades, clinique médicale infantile, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Pavillon Archambault. Salles J. Simon et Molland. — M. le Dr JOSIAS, clinique médicale infantile, tous les jours 9 heures. Pavillon Archambault. Salles Barthez et Labric. — M. le Dr FÉLIZET, clinique chirurgicale infantile, tous les jours 9 heures. Pavillons Flaubert et Marjolin.

Trousseau. — M. le Dr NETTER, clinique infantile, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Salle Bergeron. — M. le Dr GUINON, clinique infantile et thérapeutique, jeudi, 9 h. 1/2. Salle Archambault.

Herold. — M. le Dr H. BARBIER, leçons de pathologie infantile, vendredi, 10 h. 1/2. Pavillon Pasteur. — M. le Dr LESAGE, leçons sur les maladies des nourrissons, mercredi, 10 h.

Salpêtrière. — M. le Dr DÉJERINE, maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/4, jeudi, 5 heures. Salle de la consultation externe. Le cours du jeudi commencera en mai. — M. le Dr Paul SEGOND, clinique, tous les jours, 10 heures. Gynécologie, samedi, 10 heures. — M. le Dr J. VOISIN, maladies mentales, jeudi, 10 h. Section Esquirol, de fin décembre à avril. — M. le Dr CHARPENTIER, maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, 10 heures. Section Pinel. — M. le Dr DENY, maladies mentales, jeudi, 10 heures. Section Rambuteau de mai à août.

La Rochefoucauld. — M. le Dr DUPRÉ, policlinique psychiatrique, vendredi, 10 heures. Salle de la consultation.

Session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 6 novembre 1906.

I. — *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : 1° Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ? 2° Un extrait de leur casier judiciaire. 3° Soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures ; 4° Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscription, etc. ; 5° un certificat individuel, délivré par M. le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

II. — *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir : 1er examen, les 23 et 24 octobre 1905 ; 2e examen, les 20 et 21 novembre 1905 ; 3e examen, les 18 et 19 décembre 1905.

Les Candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme, fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme). Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

III. — *Dates des examens.* — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir : 1er examen, du 6 au 18 novembre 1906 ; 2e examen du 4 au 16 décembre 1906 ; 3e examen, du 8 au 20 janvier 1906.

Institut de médecine légale et de psychiatrie.

Comité de Direction : le Doyen, le Professeur de Médecine légale, le Professeur de Clinique des Maladies mentales.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale* : M. le Professeur THOINOT commencera le cours de Médecine légale, le lundi 5 novembre 1906, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — *Cours pratique de médecine légale* : Ce cours commencera à la Morgue, le mercredi 7 novembre 1906, à deux heures de l'après-midi et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les mercredis, M. le professeur THOINOT. Les vendredis, M. le Dr DESCOUTS, chef du laboratoire de Médecine légale. Les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — *Conférences de médecine légale pratique* : M. le Dr THOINOT, agrégé, dirigera deux fois par semaine des conférences pratiques portant sur l'examen des blessés, des victimes d'accidents du travail, sur la rédaction des rapports médico-légaux, etc. Ces conférences auront lieu à l'hôpital Saint-Antoine les lundis et vendredis, à 9 h. 1/2 du matin, à partir du lundi 13 novembre 1905. — *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie* : Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (Caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), et auront lieu, à dater du samedi 3 novembre 1906, les lundis, mercredis et vendredis. Les vendredis, à 4 heures, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale. Les lundis, à 3 heures 1/4, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. Les mercredis, à 3 heures 1/4, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Psychiâtrie — *Cours clinique de psychiatrie* : M. le Professeur JOFFROY commencera ce cours à l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, le samedi 17 novembre 1906, à dix heures du matin et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. — *Cours théorique de psychiatrie* : MM. les Drs JUQUELIER et VURPAS, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront ce cours, à l'Amphithéâtre de la Clinique des Maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, le samedi 3 novembre 1906, à dix heures, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure et les samedis suivants à 9 heures 1/4 pendant les mois de novembre, décembre et janvier. — *Cours théorique de psychiatrie médico-légale* : M. le Dr DUPRÉ, agrégé, commencera ce cours le jeudi 1er février 1907, à 10 heures 1/4 à l'Amphithéâtre de la Clinique des Maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. — *Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports* : MM. les Drs Juquelier et Vurpas, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, les mardis et jeudis, à 9 heures 1/4 et commenceront le mardi 13 Novembre 1906, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie : Les Docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de seize inscriptions) et étrangers sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 fr., 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 75 fr., soit, 300 fr. ; 1 droit d'examen, 100 fr.

Conférences de Psychiâtrie médico-légale.

Le Dr E. DUPRÉ, agrégé, commencera le samedi 24 novembre, à 3 heures, ses conférences de *Psychiâtrie médico-légale clinique* à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, quai de l'Horloge, 3, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants pourvus de

16 inscriptions sont seuls admis à suivre ces conférences, après inscription au Secrétariat de la Faculté.

A partir du 1er février 1907, le Dr Dupré fera, à la clinique de la Faculté, à Sainte-Anne, des leçons de psychiâtrie médico-légale, les mardis et jeudis, à 10 heures 1/4. Tous les vendredis, à 10 heures, consultations pour les maladies mentales et nerveuses, à la Maison de La Rochefoucauld, avenue d'Orléans, 15.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

(*Rattaché à la Faculté de Médecine de Paris.*)

L'Institut de médecine coloniale, fondé grâce à l'initiative de M. le professeur R. Blanchard (1), a déjà rouvert ses cours. Pour cette cinquième session, 30 élèves sont inscrits, dont 19 étrangers ; presque tous sont des docteurs en médecine.

Les excellents résultats obtenus pour les quatre premières sessions ont consacré l'utilité de l'Institut de médecine coloniale. Une telle institution est appelée à rendre les plus grands services, en procurant à nos colonies des médecins instruits ayant des connaissances précises sur la pathologie, l'épidémiologie et l'hygiène des pays chauds. La sphère d'action de l'Institut de médecine coloniale est plus vaste encore, puisque, parmi les élèves qui viennent suivre les cours, on compte une notable proportion d'étrangers : il a donc la plus heureuse influence au point de vue de la diffusion de la science française.

L'enseignement doit être court et condensé. Il s'adresse soit à des docteurs en médecine, soit à des étudiants de cinquième année, auxquels il est inutile de parler de médecine générale ; aussi le programme des cours et des travaux pratiques est-il étroitement spécialisé. Chaque session dure environ trois mois, à la fin desquels un examen confère aux méritants un diplôme de Médecin colonial.

L'Institut de médecine coloniale est distinct de la Faculté de médecine, bien qu'il emprunte à celle-ci ses laboratoires et son personnel. Il a pu se constituer grâce à une subvention annuelle de 30.000 francs qui lui a été accordée par M. Doumer, alors gouverneur général de l'Indo-Chine. Il jouit de la personnalité civile et peut, par conséquent, recevoir des dons et legs. Il est très désirable que des personnes généreuses lui fassent d'importantes donations, car ses moyens d'action en deviendront plus puissants et il pourra rendre d'éminents services à la cause de la colonisation. Il est superflu d'insister ici sur ce point pourtant capital de la question, car on sait ce que les Anglais font pour leurs écoles similaires de Londres et de Liverpool. L'honneur de notre pays et de notre science exige que nous ne fassions pas moins.

Les règlements de l'assistance publique s'opposant à ce que des malades étrangers à l'agglomération parisienne soient reçus dans les hôpitaux de Paris, il a fallu trouver ailleurs un hôpital pouvant accueillir des malades revenant des colonies. Grâce à des négociations heureusement menées par M. le professeur R. Blanchard, l'Association des Dames françaises a traité avec l'Institut de médecine coloniale et a mis à la disposition de celui-ci le service de médecine du bel hôpital qu'elle possède à Auteuil, 93, rue Michel-Ange. C'est là que se fait l'enseignement clinique, ainsi que la consultation externe. Ce cours est fait par M. R. Wurtz, agrégé, avec le titre de chargé de cours.

L'Institut est administré par un conseil ayant pour président le doyen de la Faculté de médecine. La sixième session aura lieu dans le courant de 1907, à une date qui sera ultérieurement indiquée. Le prix à payer par les élèves pour suivre cet enseignement et subir l'examen final est fixé à 150 francs.

***

L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1906 a commencé le 9 octobre et sera terminée vers le 25 décembre. — *Peuvent s'inscrire* : Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers. — *Diplôme* : A la fin des Cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme. — *Dispositions générales* : L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les Laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée, Parasitologie, Hygiène.* L'enseignement clinique est donné à l'Hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange. Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt) ; Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange). — 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour). — 3° Bateaux-Mouches (Point-du-Jour). L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique. L'enseignement clinique deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'Hôpital d'Auteuil.

Programme des Cours.

I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le Professeur Roger (15 leçons et démonstrations pratiques) : Stérilisation, Milieux de culture, Méthodes de coloration, Méthodes de culture, Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales. — Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le Professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques) : Parasites animaux, Examen du sang de l'homme et des animaux, Analyse des matières fécales, Parasites du sang. Fièvres palustres, Filaires, Bilharzia, Nématodes, Cestodes, etc., Animaux venimeux, Parasites végétaux, Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, M. le Dr Morestin, agrégé, (6 leçons au petit amphithéâtre de la Faculté. — I. Considérations générales, les hépatites. — II. Traitement chirurgical des hépatites. — III. La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, rupture.). Lésions chirurgicales de la filariose. — IV. Lésions chirurgicales de la filariose (*Suite*). La bilharziose. La fièvre de Médine. — V. L'éléphantiasis des Arabes. — VI. Bubon d'Orient. Aïnham. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, 4 leçons, par M. le Professeur De Lapersonne (à l'Hôtel-Dieu) : I. Ophtalmies. II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses. III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques. IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Epidémiologie exotique*, par M. le professeur Chantemesse, (7 leçons et exercices pratiques). I. Prophylaxie de la peste et du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde (4 leçons). — II. Hygiène à bord (1 leçon). — III. Désinfection (2 leçons).

VI. *Pathologie et hygiène tropicales*, M. le docteur Wurtz, agrégé, chargé de cours. — Pathologie exotique (17 leçons) : Peste. Fièvre jaune, Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique, Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béribéri. Aïnhum. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil. Fièvre japonaise de rivière, etc. Hygiène tropicale (10 leçons). — 3 de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes. — 20 exercices de diagnostic bactériologique appliqués aux maladies tropicales (Laboratoire d'Hygiène).

VII. *Affections de la peau*, 8 leçons à l'hôpital Saint-Louis. — 1° 4 leçons par M. le Professeur Gaucher, Lèpre, Boutons d'Orient. Ulcères des pays chauds. — 2° 4 leçons, par M. le Docteur Jeanselme, agrégé. — Syphilis exotique. Pian ou Framboesia. Dermatomycoses exotiques : Tokelau ; Caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux Hygiène de la peau sous

(1) On n'a pas oublié les remarquables articles que notre collaborateur et ami, M. le professeur R. Blanchard, a publiés ici même, sur la nécessité d'organiser en France, à l'usage des médecins civils, un enseignement de la médecine des pays chauds (*a*); on sait que, sur sa proposition, le *Congrès de médecine* de 1900 a émis à l'unanimité un vœu dans ce sens. La création et l'organisation de l'*Institut de médecine coloniale* annexé à la Faculté de médecine de Paris sont aussi, en grande partie, son œuvre (*b*).

(*a*) *Progrès médical*, 3e série, tome X, pages 38 et 289, 1899.

(*b*) Voir sur ce point : R. Blanchard, l'Institut de médecine coloniale. Histoire de sa fondation. (*Archives de Parasitologie*, VI, 1903.)

...es tropiques. Technique histologique et bactérioclinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

Droits à verser : 1 droit d'immatriculation, 20 fr. ; 1 droit de bibliothèque. 10 fr.; 1 droit de laboratoire, 150 fr.; 2 examens (gra...s. *Conditions d'admission* : Envoyer les demandes par écrit, au Doyen de la Faculté de Médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté (Guichet nº 1). Les titres et diplômes, et de plus. pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Le *Progrès médical* publie toutes les semaines la liste des thèses et des examens de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, nº 3, et quai de Gesvres, nº 4. Directeur : M. G. MESUREUR. — Secrétaire général : M. THILLOY. — Chef du cabinet : M. André MESUREUR. — Chef du service du personnel : M. CAILLENS. — Sous-chef du bureau du personnel médical : M. R. AUBERT.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 543 lits et 65 berceaux. Directeur : M. RICHER.— *Médecins* : M. LACOMBE. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). — M. le Pr DEBOVE, professeur de clinique ; chef de clinique : M. Ferrand ; chef adjoint : M. Rathery ; chef des travaux chimiques : M. Jousset ; chef des travaux d'anatomie pathologique : M. Castaigne, Salles Béhier (F.) Sandras et Legroux (H.) Crèche. — Consultations pour les maladies du thorax et de l'abdomen le jeudi, à 10 h. 1/2. — M. TROISIER, Salles Monneret (H.) et Vulpian (F.). — M. le professeur Albert ROBIN, professeur de clinique thérapeutique ; chef de clinique : Docteur Michel. Salles Louis (H.) et Axenfeld (F.). — *Chirurgiens* : M. MICHAUX. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Opérations le mardi. — M. BAZY. Salles Gosselin et Robert (H.) et Huguier (F). Opérations le mercredi. Consultation pour les maladies des voies urinaires, assistant : Dr Eug. Regnauld, à 9 heures, les lundi, jeudi (hommes) ; mercredi, samedi (femmes). — M. TUFFIER, Salles Malgaigne et Ambroise Paré (H.), Jarjavay et Verneuil (F.). Consultation pour les maladies chirurgicales du thorax et de l'abdomen, le mercredi, à 10 heures. Pavillon Dolbeau (chirurgie (F.) commun aux trois chirurgiens. — *Accoucheur* : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur chargé de l'école externe d'élèves sages-femmes de la Faculté. Chef de clinique : M. le Dr LE LORIER ; chef adjoint : M. le Dr RAOUX. Maternité. Consultations tous les jours à 9 heures. — *Pharmacien* : M. LÉGER. — *Dentiste* : M. le Dr FERRIER. Consultations externes les mercredi et samedi. à 9 heures. Tous les jours, consultations externes. *Médecine*. M. le Dr BRUHL, médecin des hôpitaux ; M. le Dr SAINTON. suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr HERBET. chir. des hôp. ; M. le Dr GÉRAUD, suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

Cours annexes et cliniques. — MM. les Drs TROISIER, médecin, BAZY et TUFFIER, chirurgiens.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes ; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 3.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 300 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — Directeur : M. MULHEIM. 1912 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, dont 30 chambres de reposants, population réelle environ 1870 ; 1245 lits pour les *aliénes* et les *épileptiques* ; dans ce dernier chiffre. sont compris 418 enfants épileptiques ou arriérés et 90 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. P. MARIE. — *Chirurgien* : M. VILLEMIN. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits, à l'infirmerie, en médecine et en chirurgie, pour des malades du dehors ; ceci a été fait : 52 lits (26 en chirurgie et 26 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundi, mercredi, vendredi, et pour la médecine, les mardi, jeudi et samedi. — *Division des aliénés* : 1re section, M. CHASLIN. — 2e section, M. SÉGLAS. — 3e section, M. NAGEOTTE. — 4e section, M. FÉRÉ, ... 9 heures 1/2 (maladies nerveuses des enfants). — Médecin adjoint : M. A. RICHE. Fondation Vallée (fillettes arriérées), Docteur BOURNEVILLE. — A Bicêtre, il n'y a pas d'externes, il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a eu besoin qu'exceptionnellement de recourir à des externes, ou à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. L'éclairage des corridors est illusoire. Dix internes seulement, sur 14. sont logés. Des dix chambres qui leur sont affectées, six sont à peu près habitables. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis longtemps ; il est très désirable qu'on en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Pharmacien* : M. BERTHOUD. — *Médecin dentiste* : Dr Léon FREY.

Fondation Vallée. — *Médecin* : M. BOURNEVILLE. — Cette fondation, qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 238 enfants. Un interne de l'hospice est chargé, sous la direction du médecin-chef de service, d'assurer le service médical. — Les internes de Bicêtre ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (1).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1898), elle compte aujourd'hui plus de 3.725 volumes (2). Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Jusqu'à cette année, un crédit de 600 francs était affecté par le Conseil municipal pour l'achat d'ouvrages nouveaux, et intégralement employé à cet usage. Ce crédit, réduit à 180 francs, ne permet plus de renouveler les abonnements aux périodiques étrangers, ni d'acquérir les ouvrages classiques récents. A peine suffit-il à payer la reliure d'ouvrages antérieurement acquis. Nous insistons sur la nécessité qu'il y a d'allouer aux bibliothèques des hôpitaux excentriques un crédit suffisant qui permettrait aux internes attachés à ces établissements de trouver sur place des renseignements et des moyens d'étude. — Les internes de l'hospice ont l'avantage de pouvoir disposer pour la dissection et la médecine opératoire d'un sur trois des corps de l'amphithéâtre non réclamés. La subvention pour 1906 est de 300 francs.

Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle*. — *Cours théoriques* : *Administration*, M. MULHEIM, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie*, M. BONNAIRE ; — *Pansements et petite chirurgie*, M. NOIR ; — *Hygiène*, M. LAURENS ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. MOUCHOTTE ; — *Petite pharmacie*, M. CORNET. Massage, M. de FRUMERIE ; Directeur : BOURNEVILLE.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 193 lits et 3 berceaux. Directeur : M. AUBERT. — *Médecins* : M. TALAMON. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. MARTIN-ROUX. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. PICQUÉ. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — *Pharmacien* : M. FRANÇOIS.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours (fêtes et dimanches compris) à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr LAFFITTE, médecin des hôpitaux ; M. le Dr SIMON, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr BAUDET, C. H. ; M. le Dr VIVIER, suppléant.

Consultations spéciales faites par M. le Dr PICQUÉ. — *Gynécologie* : assistant, M. le Dr N. . . . . lundi, vendredi, 9 heures ; *Voies urinaires* : assistant, M. le Dr N . . ., mercredi, 9 heures ; *Laryngologie* : assistant, M. le Dr N. . . ., mercredi, 8 heures 1/2.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal de 100 fr., contient environ 1400 volumes.

Hôpital Boucicaut, rue de la Convention : 237 lits, 25 berceaux. Directeur : M. CHARLOT DE COURCY. — *Médecin* : M. le Dr LETULLE : Consultations, salles Jean Petit, Villemin, Sainte-Marguerite, Davilliers, Michel Moring ; d'ophtalmologie (Dr WUIL-

(1) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ? L'équité le voudrait.

(2) La subvention municipale annuelle est de 180 francs.

LOMENET), mercredis, samedis à 9 h. ; de laryngologie (Dr COLLINET (assistant), les mardis et vendredis, à 11 heures ; d'électrothérapie (Dr D. LABBÉ, assistant), les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures. — *Chirurgien* : M. le Dr NÉLATON, consultation pour la chirurgie générale et les maladies des femmes, les lundis et jeudis, à 9 h. — *Accoucheur* : M. le Dr DOLÉRIS : Salles Moreau de la Sarthe, Depaul. Pavillon d'observation. Consultations tous les jours à 9 heures ; gynécologie, les mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Dentiste* : M. le Dr GOURC, le jeudi à 9 heures. — *Pharmacien* : M. TIFFENEAU.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. *Médecine* : M. le Dr F.BEZANÇON, médecin des hôpitaux. M. le Dr POULAIN, suppléant.— *Chirurgie* : M. le Dr MICHON, chirurgien des hôpitaux, M. le Dr BLANDIN, suppléant.

Bibliothèque des internes en médecine : crédit : 200 francs.

Hôpital Bretonneau, rue Carpeaux : 228 lits et 33 berceaux. Directeur : M. BARBIER. — *Médecins* : MM. les Drs SEVESTRE, Salles Molland, J. Simon et Crèche, Bouchut et Parot (A. et N.) : Salles Barthez, Labric et Pouponnière, Henri Roger. — *Chef du Laboratoire de la diphtérie* : M. le Dr BEAUVY, Salles Barrier, Legroux, Triboulet et Parrot B. — *Chirurgien* : M. le Dr FÉLIZET, Salles Verneuil, Bergeron, St-Germain, Nicaize et Crèche. — *Dentiste* : M. le Dr QUEUDOT. Consultations externes, mardi, vendredi 10 h. (pour enfants seulement). — *Pharmacien* : M. HÉRISSEY.

Consultations de médecine (maladies des enfants), lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. Dr SEVESTRE ; Mardi, jeudi, samedi à 9 heures, N... — Dimanche à 10 heures à tour de rôle par les 2 médecins. — *Consultation de chirurgie.* Tous les jours à 10 heures, Dr FÉLIZET.

Bibliothèque des internes en médecine : crédit : 200 francs.

Hôpital Broca, no 111, rue Broca : 307 lits. Directeur : M.GUTZWILLER.—*Médecins* : M. DARIER, Salles Cullerier et Natalis-Guillot (vénériennes), Salle Vidal (Dermatologie). — M. G. THIBIERGE : Salles Astruc, Goupil et Van Swieten (vénériennes), Salles Bouley et Fracastor (dermatologie). — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. le prof. POZZI. Salles Alph. Guérin, Broca, Huguier et Récamier, chambres isolées (10 lits) et infirmerie chirurgicale (10 lits). La salle Récamier contient 6 lits pour accouchements de vénériennes et 6 berceaux. Chef de clinique : M. le Dr DARTIGUE ; Chef de clinique adjoint : M. le Dr LŒWY. Chef de laboratoire : M. LATTEUX. Préparateur : M. BENDER. Aide-prépar. d'électrothérapie : M. ZIMMERN. — Opérations : mardi, jeudi, samedi à 10 heures : démonstrations d'histologie pathologique (gynécologie), le samedi à 10 heures, par le Dr LATTEUX ; leçons les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures, par M. POZZI.

Pharmacien : M. DELÉPINE. — *Dentiste* : M. le Dr BRUNEAU.

Consultations pour les maladies vénériennes. -- Tous les jours à 9 heures : Dr DARIER, les lundis, mercredis, et vendredis ; Dr G. THIBIERGE, les mardis, jeudis et samedis.

Consultations de dermatologie. — Dr DARIER, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. — Dr THIBIERGE, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures.

Consultations de gynécologie. — Prof. POZZI. Tous les jours à 9 heures du matin à l'annexe Pascal, à l'angle de la rue Pascal et de la rue Corvisart, assistant de consultation, M. le Dr JAYLE.

Bibliothèques des Internes en médecine et en pharmacie. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine et une somme de 300 fr. pour celle des internes en pharmacie. Depuis, il a voté tous les ans une subvention. Crédit 200 fr.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot : 275 lits. Directeur : M. SAINT-MARTIN. — *Médecins* : M. GILBERT. Salles Laségue et Parrot (H.). Cazalis et Gubler (F.). Consultation pour les maladies de l'estomac et du foie, le mercredi à 10 heures. — M. ŒTTINGER, Salles Delpech et Hillaret (H.). Archambault et Axenfeld (F.). Consultation pour les maladies de l'estomac et de l'intestin, le vendredi à 9 heures 1/2. — *Chirurgien* : M. POTHERAT, Salles Follin (H.) et Broca (F.). Consultation pour les maladies des voies urinaires, le jeudi à 9 heures 1/2. — *Pharmacien* : M. COUSIN. — *Dentiste* : M. le Dr ROY.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 9 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr CARNOT : médecin des hôpitaux ; M. le Dr HERSCHER, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr AUVRAY, chir. des hôp. ; M. le Dr LEURET, suppléant.

Bibliothèque des internes. — Médecine : 200 fr. Pharmacie : 100 fr.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob : 596 lits et 54 berceaux. Directeur : M. MAGDELAINE. —*Médecins* : M. LABADIE-LAGRAVE. Salles Beau (F.) et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). — M. MOREL-LAVALLÉE. Salles Cruveilhier (F.), Corvisart (H.), et Damaschino (H.). — M. TOUPET. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.). — M. ROGER. Salles Frère Côme (F.), et Laënnec (H.). — M. MOUTARD-MARTIN. Salles Andral (F.) et Louis (H.). — M. H. M. OULMONT, Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). — Commun à tous les chefs. Isolement des agités : 5 lits. — *Clinique chirurgicale.* Prof. : M. P. RECLUS ; Chef de clinique, M. le Dr SCHWARTZ ; Chef de clinique adjoint, M. le Dr PIQUANT ; Chef du laboratoire d'anatomie pathologique, M. le Dr LESNÉ ; Chef adjoint du laboratoire des travaux bactériologiques et chimiques : M. DREYFUS. — Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 heures. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). — *Chirurgien* : M. CAMPENON. Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.). Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophtalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Accoucheur* : M. le Dr MAYGRIER. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 h. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 heures, et pour les nourrissons, le mardi à 9 h. 1/2. — *Pharmacien* : M. GUINOCHET. — *Dentiste* : M. le Dr CRUET. Assistant : M. le Dr P. ROBIN, D. H. Consultations les mardis et samedis à 9 heures.

Cours annexes de chirurgie : M. le Dr CAMPENON, chirurgien. — M. le Dr MAYGRIER, accoucheur.

Service d'électrothérapie : M. le Dr REGNIER ; M. le Dr DONATIEN LABBÉ, suppléant.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr JOSUÉ, méd. des hôp. ; M. le Dr LIPMANN, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr CUNÉO, chir. des hôp. ; M. le Dr N., suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit une subvention chaque année du Conseil municipal. Crédit : 150 fr.

Clinique d'accouchements Tarnier, rue d'Assas, 89 : 123 lits et 81 berceaux. — Sous la direction du directeur de la Maternité.— *Accouchements* : M. le Pr BUDIN ; Chef de Clinique : M. COUDERT ; Chef de clinique adjoint : M. CATHALA ; Chef de laboratoire : M. NICLOUX ; Chef adjoint : M. LEQUEUX. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par la Faculté. Actuellement, outre les stagiaires, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire, pour suivre assidûment le service, sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements et dirigés par des moniteurs. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. — *Service des consultations.* Tous les jours à 3 heures et les dimanches et fêtes à 9 heures du matin, consultations pour les femmes enceintes. — Le jeudi, consultation à 9 heures, pour les femmes atteintes d'affections gynécologiques consécutives à l'état puerpéral. — Le mercredi et le vendredi, à 9 heures. Consultation pour les nourrissons. On sait quels grands services rendent ces Consultations dont la première a été créée en 1892, par M. Budin ; on y dirige l'alimentation et l'hygiène des enfants après leur sortie du service.— *Moniteurs du Service*, MM les Drs BARLERIN, BURON, DONZEAU, PIERRA, QUILLIER, BINET, DEVRAIGNE.— *Dentiste* : M. le Dr H. DIDSBURY ; — *Pharmacien* : un Interne sous la surveillance du Pharmacien de la Maternité.

Un cours complet d'accouchement, cours essentiellement pratique, est fait par deux anciens chefs de clinique pendant chaque période de stage ; il est principalement destiné aux élèves du service et a lieu tous les jours à 5 heures. Ce cours sera fait cet hiver par M. le Dr MACÉ, ancien chef de clinique, accoucheur des hôpitaux et par le Dr C. JEANNIN, ancien chef de clinique. Il commencera le 3 novembre.

Clinique d'accouchements Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal : 106 lits et 75 berceaux (Salles Duguès, La Chapelle, Leuret, Pavillon central, Pavillon Tarnier), sous la direction du directeur de la Maternité. — M. PINARD, professeur. Chef de clinique : M. MOUCHOTTE. Chef de clinique adj. : M. LACASSE. Chef de laboratoire : M. COUVELAIRE. Consultations pour les fem-

mes enceintes, tous les jours de 8 heures du matin à 6 heures du soir ; gynécologie, les mardi, jeudi et samedi, à 9 h. Cet établissement, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle Roze : — *Pharmacien* : M. Béhal, pharmacien de la Maternité. — *Dentiste* : M. le Dr H. Didsbury.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 500 lits. Directeur : M. Baron. — *Médecins* : M. F. Widal. Salles Lasègue, Woillez et Antheaume (H.) ; Salles Beau et Viel (F.). Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Chauffard. Pavillon Claude-Bernard (Hommes) : Salles Chauffard, Hanot, Straus, Dujardin-Beaumetz : Pavillon-Potain (Femmes) : Salle Delpeuch. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particuliers sont annexés au service. — *Chirurgiens* : M. le Dr Schwartz. Pavillon Lister : Salles Demarquay et Gosselin, (H.) : chambre d'isolement, 7 lits (H.) ; Salles Richet et Sédillot, (F.) : chambres d'isolement 6 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr Quénu. Salles Cochin et Boyer, (H.), Pavillon Pasteur, 40 lits. (F.) : Salles Richet, Lorain et Bichat. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs Chauffard et Widal, médecins, Schwartz et Quénu, chirurgiens.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Claude, médecin des hôpitaux, M. le Dr Ribierre, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Riche, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Duclaux, suppléant.

Gynécologie chirurgicale. — M. le Dr Richelot, pavillon Velpeau. Ce service n'est pas ouvert aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi à 8 h. 1/2.

Traitement des maladies des dents : M. le Dr H. Didsbury, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin ; pour les malades, à la demande de MM. les chefs de service. — *Pharmacien* : M. Grimbert.

La Bibliothèque des internes en médecine a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 500 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. *La bibliothèque des internes en pharmacie* a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 150 fr. et compte déjà plus de 1.000 volumes.

Hôpital Cochin-Annexe, anciennement du *Midi*, 111, boul. de Port Royal : 317 lits sous la direction du directeur de Cochin. — *Médecins* : M. Queyrat, Salles VI et VII (peau), salle VIII (syphilis). Consultations les mercredis et samedis à 9 h. — M. le Dr Alex Renault. Salles IX, XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie). Consultations les mardi et vendredi à 9 heures. — *Chirurgien* : M. Humbert. Salles I, II, III, IV. Consultations les lundis et jeudis à 9 h. Consultations le dimanche matin à 9 h., à tour de rôle par les Drs A. Renault, Queyrat et Humbert. Consultations du soir, tous les jours à 8 heures, lundi et jeudi ; Dr Hudelo, médecin des hôpitaux ; mardi et vendredi, M. Quéyrat ; mercredi et samedi, Dr Griffon, médecin des hôpitaux. — Le musée, créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin*, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin*. — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux : elle est d'ailleurs très bien entretenue. — *Dentiste* : M. le Dr Bruneau. — *Pharmacien* : M. Grimbert, de l'hôpital Cochin. Chambres payantes : 21 lits. Drs Renault, Queyrat et Humbert.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 636 lits et 74 berceaux. Directeur : M. Jansse. — M. le Pr Grancher (ou le chargé de cours, M. Méry) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service ; le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr Veillon ; le lundi et jeudi, maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le Dr Cuvillier ; le mardi, électrothérapie par M. Larat, à 9 h. 1/2. Consultations de nourrissons, M. Mery, samedi à 10 h. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. le Dr Armand-Delille ; chef de clinique adjoint : M. Babonneix. Chef de laboratoire : M. Veillon ; préparateur de chimie : M. Auclair ; moniteur : M. Guillemot. Consultation le lundi à 9 heures. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 2 lits et 20 berceaux). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Variot. Consultations le jeudi à 9 heures (conférences cliniques). Salles Damaschino (G.) et Gillette (F). Leçons cliniques à l'amphithéâtre et à la salle Gillette, le mercredi à 10 heures. — M. Comby. Consultation le mardi à 9 heures. Salle de Chaumont (F.). — M. le Dr Moizard. Salles Guersant (G.) et H. Roger (G. et F.). Consultation le vendredi à 9 heures. — M. Richardière. Consultation le mercredi à 9 heures. Salle Blache (G. et F.).

Pavillons d'isolement. — Les deux pavillons (pavillons Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 25 lits y compris 10 lits d'isolement et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Ces pavillons sont depuis le 30 mai 1900 affectés au traitement de la scarlatine. Le service de la diphtérie installé depuis le 8 février 1900 dans un pavillon neuf est dirigé par M. le Dr Marfan. — Un laboratoire y est annexé, dont le chef est M. le Dr B. Weill. — Consultation le samedi à 9 h. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font actuellement peu de trachéotomies et de nombreux tubages. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois, comme à Trousseau, à Bretonneau et à Herold. — Le service spécial des rubéoliques est dans un pavillon spécial, récemment fondé, ouvert le 8 février 1900, il est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — On y avait construit jadis un pavillon (Système André) de 24 lits pour le traitement des scarlatineux ; mais ce pavillon n'existe plus ; il a été transporté à Aubervilliers. — (Voir plus haut la note concernant la scarlatine.) Installation d'un service de crèche de 26 berceaux et 6 lits de nourrices dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 1896. Chef : M. le Dr Moizard, salle H. Roger.

Chirurgiens. M. le Pr Kirmisson, professeur de clinique ; chef de clinique : M. Tridon ; chef-adjoint : M. Auffret ; chef du laboratoire : M. le Dr Bize ; préparateur : M. Maheu. Visite à 9 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis et vendredis à 10 heures. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le mardi, samedi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le jeudi, consultation d'orthopédie, à 10 h. Salles Giraldès, Baffos (G.), salles Baudelocque et Bouvier (F.) ; deux sexes en crèche chirurgicale infantile. M. A. Broca, salles Molland (G.) et crèche de chirurgie infantile ; Bilgrain (F.) et Archambault (G. et F.). Consultations les mardis, jeudis, samedis, à 10 heures. — *Ophtalmologiste* : M. le Dr A.-F. Terrien ; assistant, M. le Dr Delogé ; assistant adjoint, M. le Dr Hubert. Salles Bazin (G. et F.). Consultations, tous les jours à 2 heures (pour enfants seulement). — *Pharmacien* : M. Sonnié-Moret. — *Dentiste* : M. le Dr Galippe. Consultations externes les lundis et vendredis à 9 h. (pour enfants seulement).

Cours annexes de clinique : MM. les Drs Marfan, médecin (service de la diphtérie) et A. Broca, chirurgien.

Consultations de médecine et de chirurgie le dimanche à tour de rôle par les médecins et les chirurgiens.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 1.600 volumes environ, M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau : 802 lits. Directeur : M. May. — *Médecin* : M. Hutinel. Salles Archambault, Roger et Valleix. Pavillon Pasteur destiné aux enfants de la consultation. — *Chirurgien* : M. Jalaguier. Salles Giraldès et Bouvier. Pavillon Verneuil. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants-Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. En outre, des consultations spéciales sont faites sous la direction du Dr Jalaguier, les lundi et vendredi, à 1 heure après-midi, par le Dr Poulard, assistant (ophtalmologie) ; et le vendredi à 10 heures du matin, par le Dr Chauveau, assistant (oto-rhino-laryngologie pour enfants seulement. Entrée, rue Denfert-Rochereau, no 76. — Un pavillon contenant 48 lits a été annexé à la consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations qui ne peuvent pas être pratiquées à la consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — *Pharmacien* : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la Maternité, est chargé de la pharmacie. — *Dentiste* : M. le Dr Thomas. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures 1/2 (pour enfants seulement).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque,

fondée il a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 100 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. le Dr Bourier.

Une autre annexe a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athrepsiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés en province. — Médecin : M. le Dr Barbillion.

Hôpital Herold, place du Danube : 224 lits et 4 berceaux. — Directeur : M. Hayet. — *Médecins* : MM. Barbier. Salles Gubler, Trousseau, Bazin, Pasteur. M. Lesage. Salles Guéneau de Mussy, Hardy, Bouillaud, Potain, Moutard-Martin. — Chef du laboratoire de la diphtérie : M. le Dr Zacchiri. — *Chirurgien* : M. le Dr Arrou. En raison de la reconstruction de l'hôpital, le service de chirurgie est transféré provisoirement à l'hôpital Saint-Louis. — Consultation de médecine (maladies infantiles), à 9 heures, lundi, mercredi, vendredi, Dr H. Barbier ; mardi, jeudi, samedi, Dr Lesage : dimanche à tour de rôle par les 2 médecins. — *Dentiste* : M. Rousseau (consultations les lundis et vendredis à 9 heures), pour enfants seulement. — *Pharmacien* : M. Goris.

Bibliothèque des internes en médecine. — Crédit : 200 francs.

Hôtel-Dieu. Parvis Notre-Dame : 607 lits et 4 berceaux. Directeur : M. Joret. — *Médecins* : M. le Prof. Dieulafoy. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). — M. Brissaud. Salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). — M. Faisans. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). — M. A. Petit. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. Muselier. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie) (F.). — M. Ballet. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens* : M. le professeur Le Dentu. Salles St-Jean (F.) (gynécologie), Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. Guinard, Salles Ste-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). — M. le professeur de Lapersonne. Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.) et crèche (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.—Assistant : M. le Dr Joseph, assistant-adjoint M. le Dr Landolt.

Consultations de médecine et de chirurgie.— Tous les jours à 9 h. *Médecine* : M. le Dr Enriquez, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Audistère, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr Marion, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Cottu, suppléant. Consultations spéciales : Maladies nerveuses : mercredi à 9 h. Dr Brissaud, samedi, à 9 h. 1/2. Dr Ballet : maladies du cœur ; jeudi à 10 h.. Dr Muselier. — Mardi, à 9 heures, Dr André Petit. — Consultations d'orthopédie (appareils orthopédiques). (Prof. Kirmisson), le mercredi à 10 h. ; bandages (Dr L. Beurnier), les mardi et samedi à 10 heures. Les appareils et bandages sont délivrés aux personnes munies d'un certificat émanant du Bureau de Bienfaisance de leur arrondissement.

Cliniques de la Faculté : MM. Dieulafoy, de Lapersonne et Le Dentu, prof.—M. Dieulafoy, chef de clin. M. Crouzon. Chefs des laboratoires : MM. Gouraud et Gautier : aide-prépar. de laryngologie : M. Bonnier : aide-prépar. d'électrothérapie : M. Lacaille : prépar. de dermatologie : M. Dehu. — M. Le Dentu ; consultation de gynécologie le lundi, mercredi et samedi à 9 h. 1/2. Consultations pour les maladies du nez et des oreilles, mardi et samedi à 4 heures. Chef de clinique chirurgicale : N.. ; Chef de laboratoire : M. Pettit. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux : prof. M. de Lapersonne ; Chef de clinique ophtalmologique : M. Monthus ; chef de clinique adjoint : M. Cantonnet, consultation tous les jours à 9 heures. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophtalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophtalmoscopique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — Chef du laboratoire : M. Cantonnet : chef des travaux d'optique : M. Pley ; chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie : M. Gellé. — *Préparateur* : M. Mettey. — *Pharmacien* : M. Villejean. — *Dentiste* : M. le Dr Pietkiewicz. Consultations les lundis et vendredis, à 9 heures.

Cours annexes de clinique : MM. Ballet et Petit, médecins. M. Guinard, chirurgien.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3.000 volumes et de 6.000 thèses ; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 250 fr. chaque année depuis 1878.

Hôtel-Dieu (*annexe*) sous la direction du Directeur de l'Hôtel-Dieu. — 1° *Services temporaires de médecine*. 158 lits. M. Legry (M. H.), salles Saint-Antoine et salle Saint-Pierre (H.) ; M. Lamy (M. H.), salles Saint-Bernard, et salle Saint-Raphaël (H.).

2° *Maternité*. — *Accoucheur* : M. le Dr Champetier de Ribes. Assistant : M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, Ac.Hôp., 53 lits et 53 berceaux. Salle de travail et isolement. Salles Baudelocque et Mauriceau. Consultation tous les jours à 8 heures 1/2.

Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. 596 lits et 20 berceaux. Directeur : M. L. Mouton. — *Médecins* : M. Landouzy. Prof. de clinique ; Chef de clinique : M. Laignel-Lavastine ; Chef adjoint : M. Salomon ; chef de laboratoire : M. Marcel Labbé ; chef adjoint : M. Henri Labbé. Salles Chomel (H.), Broca (F.), Guersant (F.) et (crèche). — M. Merklen. Salles Larochefoucauld (H.), Claude-Bernard (F.,) — M. Barié. Salles Grisolle (H.), Monneret (F.). — M. Bourcy. Salles Cruveilhier (H.), Legroux (F.) 2 services temporaires de médecine (H.), sont dirigés par MM. les Drs Hudelo (Salles Béhier, Beau, Trousseau, Rostan) et J. Belin (Salles Louis, Quesnay, Damaschino et Piorry), médecins des hôpitaux. — *Chirurgien* : M. Pierre Delbet. Salle Malgaigne et Verneuil (H). Féréol et Chassaignac (F)., Alexis Boyer (H. et F.) (pavillon Récamier) (grandes opérations). *Ophtalmologiste* : M. le Dr Rochon-Duvigneaud, assistant : M. le Dr Onfray ; assistant-adjoint : MM. Caillaud. — *Pharmacien* : M. Bourquelot. — *Dentiste* : M. le Dr Sauvez.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs Barié et Bouvey, médecins. Delbet, chirurgien. — *Consultations de médecine et de chirurgie*. — Tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Labbé (Marcel), médecin des hôpitaux ; M. le Dr G. Hauser, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Lenormant, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Dupuy, suppléant.

Consultations spéciales : pour les maladies du cœur, le mercredi (Dr X....) et le vendredi (Dr Barié) à 10 heures ; pour les maladies du thorax et de l'abdomen, le lundi (Prof. Landouzy) et le jeudi (Dr Bourcy) à 10 heures ; pour les maladies des yeux, tous les jours de 8 à 9 heures.

M. X....., visite et conférence de *séméiologie*, tous les jours, à 9 h. 1/2, au lit des malades ; leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche à 10 heures. Amphithéâtre. M. le Dr Barié, conférences de *clinique et de thérapeutique*, tous les jours, à 9 heures 1/2, au lit des malades ; leçons de *séméiologie et de clinique* sur les maladies du cœur, mercredi à 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Bourcy, conférences cliniques tous les jours, 9 heures 1/2, au lit des malades ; conférences de *clinique*, samedi à 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr Pierre Delbet, lundi, mercredi et vendredi, opérations ; mardi et samedi, leçons clinique et visite ; jeudi, appareils. — M. le Dr J. Belin, médecin des hôpitaux, conférences de *clinique*, tous les jours à 9 h. 1/2, au lit des malades.

Quelques laboratoires sont annexés à différents services(1), d'autres sont installés dans le bâtiment des laboratoires. Un laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, depuis le décès de M. Damaschino, et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital : il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe ; on y trouve, indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc. L'établissement possède en outre une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Bibliothèque des internes en médecine : crédit 250 fr.

Hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré : 916 lits et 64 berceaux. — Directeur : M. Faure. — *Médecins* : M. Le Gendre. Salles Grisolle (H.), Bernutz (F.). Consultation pour les maladies professionnelles. Assistant : M. le Dr Plicque (intoxications provenant de certaines professions) le mercredi à 9 h. M. Galliard. Salles Aran (F.), Rabelais (H.).— M. Landrieux. Salles Trousseau (F.) J. Bouley (H.), et Langle A. (F.). — M. Brault. Salles

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit, sur notre rapport, après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts. (B.)

Maurice Raynaud (F.), Lasègue (H. A.) et Langle B. (F.) — M. TAPRET. Salles Louis (F.), Bazin (H.) et St-Vincent de Paul. — *Oto-rhino-laryngologiste* : M. Pierre SÉBILEAU. Assistant : M. le Dr GIBERT. assistant-adjoint. M. le Dr LEMAITRE Salles Davaine (F.) Woillez, (H.) — Les consultations pour les maladies *du larynx, du nez et des oreilles* ont lieu les lundis, mardis, vendredis et samedis à 9 heures. Leçons cliniques par M. SÉBILEAU. — *Chirurgiens* : M. CHAPUT. Salles Nélaton, (H.) et Denonvilliers (F.). — M. REYNIER. assistant M. SAVARIAUD. chir. des hôp.. Salles Gosselin(F.). Ambroise Paré (H.), Husson (F.), Voillemier (H.) et Barth (F.) — M. le prof. POIRIER, Salles Elisa Roy (F.), et Chassaignac (H.). Examen des malades, les lundis et jeudis ; opérations les mardis et vendredis.

Service des maladies des yeux. — M. MORAX ; M. le Dr BÉAL, assistant, M. le Dr DRUAIS, assistant-adjoint. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h. Salle Demours (F.) et Daviel (H.).

Service Civiale (voies urinaires). — M. le Dr HARTMANN; assistant, M. le Dr LAVENANT. assistant, M. le Dr DELAAGE, assistant-adjoint. Consultation tous les jours à 9 heures, sauf le dimanche : salles Civiale (H.) et Lailler (F.)

Service d'accouchements. — M. BONNAIRE. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement salle Perreau). Consultations tous les jours, à 9 heures. Consultation de gynécologie, les mardis et samedis à 9 h. Consultations de nourissons le dimanche à 9 h. Les élèves autorisés par le chef de service et *munis de cartes* délivrées par l'Administration, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des acouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchements et les sages-femmes agréées de la ville. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs BRAULT et LEGENDRE, médecins, SÉBILEAU, chirurgien.

Pharmacien : M. PATEIN. *Dentiste* : M. le Dr RODIER. Assistant : M. le Dr PAGE, dentiste adjoint des hôpitaux. Consultations externes les lundis et vendredis à 10 h.

Service annexe d'électrothérapie : M. le Dr HISCHMANN. M. le Dr COQUELET, suppléant. — Séances les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr GOUGET, médecin des hôpitaux ; M. le Dr LEGROUX, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr SOULIGOUX, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr FREDET, suppléant.

Bibliothèque des internes en médecine. — Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2.500 volumes. Crédit actuel : 350 fr.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886-1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. FAURE, directeur de Lariboisière. — *Anatomie* : M. le Dr DAURIAC, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ex-interne provisoire des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr ISCH-WALL. ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr L. TISSIER, accoucheur des hôpitaux. *Hygiène* : M. le Dr CORNET, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — *Petite pharmacie* : Mme CHABOSEAU-NAPIAS, lauréate de l'Ecole de pharmacie. — *Massage* : M. le Dr DE FRUMERIE. Directeur de l'enseignement : Dr BOURNEVILLE (1).

Maison municipale de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200, 301 lits. Directeur : M. LEBLANC. — *Médecins* : MM. COURTOIS-SUFFIT et P. BOULLOCHE. — *Chirurgiens* : MM. X.... et MAUCLAIRE. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 900 volumes, dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle. La Maison municipale de santé possède deux laboratoires, un pour chaque service de médecine. — *Pharmacien* : M. GUERBET.

(1) Rappelons que M. le Dr Bourneville est directeur de l'Enseignement des *quatre écoles municipales d'Infirmières* de l'Assistance publique de Paris.

Maternité (Maison-Ecole d'accouchements), 119, boulevard de Port-Royal, 207 lits, et 181 berceaux. Directeur : M. E. L'HUILLIER. *Médecin* : M. CHARRIN, professeur au Collège de France. Consultation de gynécologie : mardi et samedi à 10 heures (Salles Cruveilhier, Mauriceau et crèche). — *Accoucheur en chef, professeur en chef* : M. le Dr PORAK. Assistant : M. le Dr O. MACÉ (A. H.). Consultations tous les jours à 9 heures du matin, et à 2 heures du soir. — *Accoucheur-adjoint* : M. le Dr POTOCKI, accoucheur des hôpitaux. Consultations de gynécologie les lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. — Consultations de nourrissons, le samedi à 9 heures. — *Pharmacien* : M. BÉHAL. — *Dentiste* : M. le Dr DIDSBURY. — *Sage-femme en chef*, Mlle HÉNAULT. Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement ; un externe est attaché au service du médecin, en raison de la consultation externe que fait, les mardis et samedis, M. Charrin pour les maladies de la grossesse. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse, cette réception est faite chaque jour, à 2 heures par la sage-femme, sous le contrôle de l'accoucheur en chef. Une salle contenant 30 lits (dortoir) est destinée aux femmes enceintes valides. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 30 lits, l'autre de 12 lits. (Salles Désormeaux). Le service d'accouchement se compose de quatre salles, de 18 lits chacune (Salles Chaussier, Baudelocque, A. Dubois, P. Dubois), pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 15 lits (Salle Danyau) et de 10 chambres à un lit (Salle Boivin) pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'un service de 10 chambres où les femmes malades peuvent être isolées. (Salle Tarnier). Il y a donc, au total, 107 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Huit nourrices sont attachées au service d'accouchement ; trois au service de médecine.

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte environ 40 places (couveuses ou berceaux), 14 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Ce service est placé sous la direction de M. Porak, accoucheur en chef de la Maternité.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants droit. Le prix de la pension est fixé, par an, à 1,000 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement fait par l'accoucheur en chef et l'accoucheur-adjoint, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement, sur les antiseptiques et les éléments de physique et de chimie faites par le pharmacien. Le cours d'anatomie est complété par des démonstrations sur le cadavre faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux ; il a, comme professeur en chef, la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait) ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis ; elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité. Une consultation pour les maladies de la grossesse a lieu les mardi et samedi à 10 heures (Dr CHARRIN).

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 454 lits et 16 berceaux. Directeur : M. LONGEPIERRE. — *Médecins* : M. GARNIER. Consult. pour les maladies du système nerveux le lundi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèches). — M. HUCHARD. Consultations pour les maladies du cœur, le mardi à 9 h. 1/2, Salles Trousseau (H.), Monneret (F.). - M. BARTH : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Consultation pour les maladies des organes respiratoires le mercredi à 9 h. 1/2. — M. HIRTZ, salles Chauffard (H.), et Delpech (F.). Consultations pour les maladies du foie et des veines le jeudi à 10 h. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le Pr Paul BERGER. Chef de clinique : M. le Dr GUIBÉ. Chef adjoint : M. LÉO. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultation pour les maladies des femmes les lundis et

samedis à 9 heures. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale*: Chef du laboratoire : M. HERRENSCHMIDT. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr ALBARRAN. Chef de clinique : M. CATHELIN. Chef de clinique adjoint : M. ISELIN. Salles Velpeau et Richet (H.) et Lauger (F.). Consultations et traitement externe mardi, jeudi, samedi à 8 h. 1/2. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçons cliniques et opérations, le mercredi à 9 h. ; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique : M. MOTZ. Chef du laboratoire de chimie : M. DEBAINS. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Chirurgie générale* : M. ROUTIER. Salle Le Fort (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations de gynécologie les mercredis et vendredis à 9 h. Les consultations ont lieu salle Foucher. — *Dentiste* : M. le Dr BROCHARD, Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — *Pharmacien* : M. MEILLÈRE.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs BARTH, médecins et ROUTIER, chirurgien.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr P. SERGENT, médecin des hôpitaux ; M. le Dr OPPENHEIM, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr GOSSET, chirurgien des Hôpitaux ; M. le Dr MOUCHET, suppléant.

Laboratoire central de radiographie : Chef de Laboratoire : M. CONTREMOULINS.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, et de M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection de *Bulletins de la Société anatomique* ; 2° en 1881, des *Archives de physiologie* ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie* ; en 1886, du *Dict. de Dech*. Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 657 lits et 23 berceaux. Directeur : M. ROGER. — *Médecins* : M. LION. Salles Rostan (H.) et Grisolle (F.) Consultation pour les maladies de l'estomac le lundi à 9 h. 1/2. — M. CLAISSE. Salle Valleix (F.) et Serres (H.). — M. BABINSKI. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultation pour les maladies nerveuses, le mercredi à 9 h. 3/4. — M. THIROLOIX. Consultation pour les maladies des femmes, mercredi à 9 h. Salles Monneret (H.) et Cruveilhier (F.). — M. RÉNON. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Consultation pour les maladies du cœur le mardi à 9 h. — M. THIROLOIX. Salles Trousseau (F.) et Rayer (H.). — *Chirurgiens* : M. TERRIER, professeur de clinique chirurgicale ; Chef de clinique : M. ALGLAVE, chef de clinique ; Adjoint, DESJARDINS ; Chef de laboratoire : MM. LEGROS. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Pavillon Lisfranc (F.). Leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi. Consultations pour les maladies du thorax et de l'abdomen, le lundi, à 10 heures. — M. WALTHER. Salles Gerdy (F). et Broca (H.). Pavillon Gerdy (F.). — *Accoucheur* : M. LEPAGE. Tous les matins à 9 h. 1/2 consultations d'accouchements. Consultations de nourrissons, le jeudi à 9 h. — *Pharmacien* : M. LAFONT. — *Dentiste* : M. le Dr MOIROUD. Consultations externes les mardis et samedis à 9 heures.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs RÉNON, médecin ; LEPAGE, accoucheur.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours à 9 h. — *Médecine* : M. le Dr AUCLAIR, médecin des hôpitaux ; M. le Dr MAUTÉ, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr ROBINEAU, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr ALEXANDRE, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883 ; 500 fr. de 1884 à 1900. Crédit actuel : 200 fr. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est beaucoup trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. — Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours ; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques*: *Administration*, M. ROGER, directeur de l'hôpital ; — *Anatomie*, M. MOREL ; *Physiologie*, M. le Dr POULARD. — *Pansements*, M. le Dr PETIT-VENDOL ; — *Hygiène*, M. le Dr RÉGNIER ; — *Soins aux femmes en couches*, M. le Dr L. DUBRISAY. — *Petite pharmacie*, M. le Dr VIRON, pharmacien de la Salpêtrière. — *Massage*, M. le Dr DE FRUMERIE.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine : 789 lits et 76 berceaux. Directeur : M. P. BRU. — *Médecine*. M. HAYEM, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. ROSENTHAL, chef de clinique adjoint : M. AGASSE-LAFONT. Chefs des travaux d'anatomie pathologique et bactériologique : M. GHIKA et M. BENSAUDE; chef des travaux de chimie : M. WINTER ; Salle Béhier (H.), Salles Moïana et Vulpian (Crèche). Chambres isolées 8 lits. — M. SIREDEY. Salles Bichat et Malgaigne (H.), Salle Andral (H.) Consultations pour les maladies des femmes (gynécologie médicale), le mardi et le samedi à 9 h. — M. VAQUEZ. Salles Damaschino et Littré (F.). Salle Lorain (H.). Consultations pour les maladies du cœur le mardi à 9 h. 1/2. — M. LE NOIR. Dr J. CAMUS, assistant. Consultations pour les maladies du tube digestif, le mercredi à 9 h. 1/2. Le 1er dimanche de chaque mois, à 9 h., consultations spéciales pour les maladies professionnelles (intoxications provenant de certaines professions), 9 h. Salles Axenfeld et Andral n° 2 (F.). — M. LERMOYEZ. Assistant : M. P. LAURENS. Assistant : M. HAUTANT. Consultations pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, les mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Salle Itard (H.), salle Isambert (F.). — M. MOSNY, salle Louis (H.). ; Salle Nélaton (F.). — M. BÉCLÈRE. Salles Magendie (H.) et Grisolle (F.). — M. JACQUET. Consultations pour les maladies de la peau, le mardi et samedi à 10 heures. Salles Aran et Broussais (H.), Salle Rostan (F.). — M. THOINOT. Salles Marjolin (H.), Roux-Corvisart (F.). — M. MATHIEU. (Salles Barth (H.). et Chomel. (F.). Consultation pour les maladies de l'estomac, (Dr J.-Ch. ROUX, assistant), le jeudi à 9 h. — *Chirurgie*. M. LEJARS Salle Broca (H.), salle Cruveilhier (F.), consultation de gynécologie, le mercredi à 9 heures. — M. BLUM : Salle Dupuytren (H.), salle Lisfranc (F.). Consultation de gynécologie le samedi à 9 heures. — Pavillon Gosselin pour les grandes opérations ; 10 lits (H.), placé sous la direction des deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Maternité*. M. BAR, accoucheur ; M. BRINDEAU, accoucheur des hôpitaux, assistant. Consultation mardi et vendredi à 9 h. ; Consultation de nourrissons le mercredi à 9 heures.

Cours annexes de clinique : MM. les Drs SIREDEY, médecin, LEJARS, chirurgien, BAR, accoucheur.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr MACAIGNE, médecin des hôpitaux ; M. le Dr R. LABBÉ, suppléant. — *Chirurgie*: M. le Dr THIÉRY, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr BAUMGARTNER, suppléant.

Radioscopie, radiologie, samedi 10 heures, Dr BÉCLÈRE. Préparateurs : MM. les Drs HARET et J. BELOT. Laboratoire central de radiographie, Chef du laboratoire, Dr LERAY, tous les jours, de 9 h. du matin à 5 h. du soir.

Examen clinique des maladies justiciables de la radiothérapie et de la radiumthérapie, lundi à 9 heures.

Le *Pavillon des Internes*, construit en 1883 (1), est un modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les internes, qui est dejà importante.

Pharmacien : M. HÉRET.

Dentiste : M. le Dr GAILLARD ; assistant : M. le Dr PITSCH, dent.-adj. des hôp. Consultations externes mardi et vendredi à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40 ; salle de consultations, même rue, n° 38 ; 1.167 lits, dont 874 consacrés aux affections cutanées, 42 lits et 42 berceaux aux accouchements et 251 aux affections chirurgicales. Directeur : M. CARON.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital ; mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée. Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine, les jours suivants, les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir, chaque matin, entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. BALZER. Consultation externe le mardi. Salles Alibert (F.) et Devergie (H.), M. le Dr Balzer a, en outre, la direction de l'Ecole Lailler (enfants teigneux). Il est assisté, dans ce dernier service, d'un chef de laboratoire, M. le Dr SABOURAUD. — M. le Pr GAUCHER, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. ROSTAINE ; Chef adjoint : M. LOUSTE ; Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. GASTOU ; Chef du laboratoire de

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

Physiologie : M. Edmond Fournier; Chef du laboratoire de chimie : M. Desmoulières. Tous les jours de 8 à 10 heures du matin ; ... Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, leçon au lit des malades (à 9 heures) ; les dimanches, leçon à l'Amphithéâtre (10 h.). — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi ; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Brocq Consultation externe le vendredi. Salles Hillairet (H.) et Lorry (F.) — M. Danlos. Consultation externe le vendredi. Salles Bichat (H.) et Biett (F.) et Pavillon Emery (F.). — M. de Beurmann. Consultation le jeudi. salles Cazenave (H), Gibert (F.) et pavillon Gabrielle(H.) — Radiothérapie : préparateur, Dr P. Degrais.

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure ou 2 heures par les chefs du service : des assistants leur sont adjoints matin et soir ; MM. les Drs Léon Brodier et Edmond Fournier sont assistants de consultation titulaires ; MM. les Drs Paris et Lacapère sont assistants de consultation suppléants.

Consultations de l'après-midi : lundi, M. Gaucher ; mardi, M. Brocq ; mercredi, M. de Beurmann ; jeudi, M. Hallopeau ; vendredi, M. Balzer ; samedi. M. Danlos.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées ; mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs.

Le service d'accouchements, dirigé par M. Auvard, contient 42 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour ; 1.000 environ par an ; 4.539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation tous les jours à 9 h. et plus spécialement pour la gynécologie les lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 33.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2.200 en moyenne sont traités dans les salles. Les chirurgiens, chefs de service, sont : M. le Dr Ricard, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.), pavillon d'opérations Cruveilhier Consultation de gynécologie (lundi à 9 heures) (F.) — M. le Dr Beurnier pavillon (H.) et pavillon (F.). — M. le Dr Rochard. salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain (F.).

Consultation de gynécologie à 9 h. — MM. Ricard, le jeudi ; Rochard, le dimanche ; Beurnier, le mercredi.

Cours annexes de clinique : M. le Dr Ricard, chirurgien.

Pharmacien : M. Portes.

Dentiste : M. Combe ; assistant : M. le Dr Chompret, dentiste-adjoint des hôp. Consultations externes les mardi et samedi à 9 h.

Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr Guillemain, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins, à 9 heures. Suppléant : M. le Dr Kendirdjy.

Maladies du cuir chevelu (*Ecole Lailler*). — (140 lits garçons, 97 lits filles). Laboratoire de la ville de Paris : Dr Sabouraud. — Durant toute l'année scolaire : cours technique d'examen des « teignes » les lundis 9 h. 1/2. Leçon clinique sur les maladies du cuir chevelu, le mercredi 9 h. 1/2.

Musée pathologique (Musée Feulard). — Le Musée, ouvert tous les jours, de 8 h. à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1.833 moulages reproduisant les principes cutanés et parasitaires, 300 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient ... moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale, fondée en 1888, par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionnée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque contient, outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler, et en 1897 des collections données par la veuve du Dr Feulard.

Le conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr L. Wickham. Une autre *bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886, par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine et de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1.500 volumes. Elle a reçu en 1884 un legs de M. Hillairet.

Hôpital provisoire d'enfants.— *Médecine* : M. le Dr Apert médecin des hôpitaux, 58 lits et 12 berceaux. Consultations tous les jours à 9 heures. — *Chirurgie* : (Service transféré provisoirement à Saint-Louis pendant les travaux de reconstruction de l'hôpital Hérold). M. le Dr Arrou, 72 lits. Consultation tous les jours à 9 h.—*Orthopédie avec traitement externe* : Dr Vivier, assistant, le mercredi à 9 h.

Hospice de la Salpêtrière (*Femmes*). 47, boulevard de l'Hôpital : 3.834 lits. dont 121 pour les malades, 2.929 pour les vieillards, 105 pour les enfants, et 724 pour les aliénées. Directeur : M. Montreuil. — *Médecins* : MM. Raymond et Déjerine. — *Chirurgien* : M. le Dr Paul Segond. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Voisin, Charpentier et Deny. — *Médecin adjoint* : M. Roubinovitch. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond, professeur. Chef de clinique : M. Lejonne. Chef de clinique adjoint : M. Dreyfus-Rose. Directeur des laboratoires : MM. P. Richer (honoraire) et Huet (titulaire). Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. Alquier. Service ophtalmologique : MM. Dupuy-Dutemps et Kœnig. Otologie : M. Gellé. Laryngologie : M. Cartaz. Psychologie clinique : M. Janet. Travaux chimiques : M. Yvon, et travaux photographiques : M. Infroit. Moulages : M. Hurel.

Service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies nerveuses : M. le Dr Huet.

Pharmacien : M. Viron.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., le dimanche et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr Duval, chir. des hôp. Suppléant : M. le Dr Lance.

Le service de *consultation externe* fonctionne de la manière suivante. *Médecine* : Consultation externe. M. Raymond, le mardi, à 8 h. et demie ; — M. Déjerine, le mercredi, à 9 h. 1/2 ; — M. Charpentier, le dimanche et le lundi, à 8 heures ; — M. Deny le vendredi, à 10 heures ; — M. J. Voisin, le samedi, à 10 heures. — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 44 lits de médecine pour les malades externes, hommes, et 42 lits de chirurgie pour les malades externes femmes.

Laboratoire de radiographie : chef, M. Infroit.

Institut municipal d'Electrothérapie.— M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Consultation le jeudi.

Bibliothèques. Il existe à la Salpêtrière deux bibliothèques : 1° la *Bibliothèque Charcot* annexée à la clinique et comprenant 7.000 volumes. Cette bibliothèque formée par le professeur Charcot a été donnée à l'Assistance par son fils, M. le Dr Jean Charcot ; 2° une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine*. Elle se compose actuellement de plus de 3,000 volumes. Elle a reçu, en 1867, une subvention de 2.000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1900. Crédit actuel : 500 fr. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie, dans lequel il se fait de nombreuses analyses biologiques. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'Infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. Montreuil, directeur de l'hospice ; — *Anatomie*, M. le Dr Schwartz, ancien interne des hôpitaux, prosecteur des hôpitaux ; — *Physiologie*, M. le Dr J.-B. Charcot. — *Pansements*, Mme le Dr Pilliet-Edwards ; — *Hygiène*, M. le Dr Paul-Boncour :— *Petite pharmacie*, M. Viron ; — *Soins à donner aux femmes en couches*, M. le Dr H. de Rothschild. M. le Dr Netter, supplant. *Massage*, M. le Dr de Frumerie.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 878 lits et 99 berceaux. Directeur, M. N... — *Médecins* : M. Ménétrier. Salles Andral (H.), Béhier, Cl. Beynard (F.) et annexe(H. chroniques). — M. Klippel. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.)—M. Achard. Salles Bichat (H.), Magendie, Laënnec et Valleix (F.) et crèche. — M. Jeanselme (consultation pour les maladies cutanées et syphilitiques les mercredi et samedi) à 10 h. 1/2. Salles Axenfeld (H.) et Colin (F.). — M. Florand. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.).— M.

LAUNOIS. Salles Gérando (H.), Rayer (F.). — M. PARMENTIER. Salles Parrot et Lorain (H.). Salle M. Raynaud (F.), Consultation pour les maladies de l'estomac les mardi et samedi à 9 h. 1/2. — M. CAUSSADE. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Duflocq (F.) — *Chirurgiens* : M. LEGUEU. Salles Velpeau, Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. Consultations pour les maladies des voies urinaires, mercredi et samedi à 10 h.—M.DEMOULIN.Salles Dupuytren, Seymour, Montyon et Delessert (F.) Opérations tous les jours. — M. FAURE. Salles Bouilly, Terrillon et Tenon (gynécologie) ; salles A. Paré et Boyer (crèche). Opérations et consultations tous les jours à 9 heures.

Accoucheur : M. BOISSARD. Salle Tarnier : 63 lits et 51 berceaux, Consultations pour les femmes enceintes, tous les jours à 9 heures ; consultation pour les nourrissons, le mardi, à 9 h.

Caurs annexe de clinique : M. le Dr ACHARD, médecin.

Pharmacien : M. GASSELIN.

Dentiste : M. le Dr RICHER (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 h.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr N. (méd. des hôp.) ; M. Roger VOISIN, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr LAPOINTE, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr KATZ, suppléant.

Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1877), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2.000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4.000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au prorata de leurs journées de présence.

Hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot. — 305 lits et 48 berceaux. Directeur : M. PRIOLLET. — *Médecins* : M. le Dr NETTER. Salle Bergeron (garçons) ; salle Cadet de Gassicourt (filles). — M. le Dr Louis GUINON. Salle Roger (garçons) ; salle Archambault (filles). Consultation de nourrissons le samedi à 9 hs. — *Chef du laboratoire de la diphtérie* : M. le Dr RIBADEAU-DUMAS. — *Chirurgien* : M. le Dr RIEFFEL. Salles Verneuil et A. Guérin (G. et F.) et Bouvier (garçons), Guersant et Marjolin (filles). Consultation pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles chez les enfants, les mardi et samedi à 9 h., Dr COLLINET, assistant.—*Orthopédie avec traitement externe*: M. le Dr JUDET, assistant, le jeudi à 9 h., (pour les enfants seulement).

Les pavillons de contagieux (diphtérie, scarlatine, rougeole et coqueluche) et de douteux sont répartis par roulement entre les deux médecins.

Pharmacien : M. BOUGAULT.

Dentiste : M. le Dr JARRE. Consultations externes, les mardis et vendredis, à 10 heures (pour enfants seulement).

Consultations externes de médecine et de chirurgie, tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr NETTER, mercredi ; M. le Dr GUINON, jeudi ; M. le Dr J. RENAULT, médecin des hôpitaux. (Dr DECLOUX, suppléant), lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche. — *Chirurgie*, M. le Dr RIEFFEL.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés.

Hôpital Claude-Bernard. (Porte d'Aubervilliers). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). 287 lits et 23 berceaux (Pavillons Ch. Mourier, Proust, Jenner, Pasteur, Davesne). Directeur : M. MORA. — Médecin : M. le Dr H. MÉRY, suppléé par M. le Dr TEISSIER, médecin des hôpitaux.

Bastion 29 (Porte de Flandre). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 100 lits, plus 16 berceaux. Directeur : M. MORA. — Médecin : M. le Dr CHANTEMESSE.

Bastion 27 : 180 lits. Directeur : M. MORA. — Médecin M. le Dr DUFOUR, médecin des hôpitaux.

Consultation externe de médecine. — Tous les jours à 9 h. M. le Dr J.-A. SICARD, m. des hôp.; suppléant: M. le Dr DELAMARE

Hospice d'Ivry, à Ivry-sur-Seine. 2.323 lits. Directeur : M. ENJOLRAS. — Médecin : M. le Dr SOUQUES. — Chirurgien : M. le Dr THIÉRY.—Dentiste : M. le Dr ROY. — Pharmacien, M. RICHAUD.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mardis, mercredis, vendredis ; celles de chirurgie, les lundis et jeudis.

Maison de retraite des Ménages, 51, rue J.-J. Rousseau à Issy-Les-Moulineaux. 1462 lits. Directeur : M. COMTE. — *Médecin* : M. le Dr WURTZ. — Le service de la pharmacie est provisoirement assuré sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades, par un assistant de pharmacie pourvu du diplôme de pharmacien de 1re classe.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. 15, avenue d'Orléans. 247 lits. Directeur : M. BOITEAU-CADIOT. — *Médecin* : M. le Dr E. DUPRÉ.— Consultations des maladies mentales et nerveuses le vendredi à 10 h. du matin. — *Pharmacien* : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Cochin.

Institution Sainte-Périne. 11, rue du Point-du Jour, Paris-Auteuil. 284 lits. Directeur : M. GRANDRY. — *Médecin* : M. le Dr AVIRAGNET.— Un interne, nommé à la suite d'un concours spécial, est logé dans l'établissement. Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

Fondation Alquier-Debrousse, 148, rue de Bagnolet. 216 lits. Directeur : M. CAPOULUN. — *Médecin* : le Dr TRIBOULET. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

Fondation Chardon-Lagache, 1 rue du Point-du Jour, Paris-Auteuil. 180 lits. Directeur : M. GRANDRY. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne, nommé à la suite d'un concours spécial, y est logé.

Fondation Rossini, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil, 69 lits. Directeur : M. GRANDRY.— Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Chardon-Lagache qui est chargé aussi de cette Maison.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 718 lits. Directeur : M. CHAMPROUX. — *Chirurgien* : M. MÉNARD. Assistant : M. le Dr CALVÉ — Trois internes en médecine résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

Hospice Saint-Michel (Fondations Boulard et Lenoir-Jousseran), à Saint-Mandé. 206 lits. Directeur : M. CONDOM. — *Médecin* : M. DIVERNERESSE.

Hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). 357 lits. Directeur : M. COQ. — *Médecin résidant* : M. GILLE. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. BOURQUELOT, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

Hôpital de Forges-les-Bains. 248 lits. Directeur : M. BOURGEON. — *Médecin* : M. DOUMENGE. Pavillon de convalescence pour le personnel féminin hospitalier, 25 lits. Orphelinat Riboutté-Vitallis (garçons de 7 à 16 ans), 40 lits. Fondation Albert Hartmann (garçons de 7 à 16 ans), 18 lits.

Fondation Galignani, boulevard Bineau, 53 et 55 à Neuilly-sur-Seine. 104 lits. — Directeur : M. BLACHETTE. — *Médecin* : M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE.

Fondation Belœuil, 57, rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine. 54 lits. — Directeur : M. BLACHETTE. — *Médecin* : M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE.

Hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). 982 lits. Directeur : M. PICOT. — *Médecin* : M. R. MARIE, médecin des hôpitaux (1). — Trois internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Le service de la pharmacie est provisoirement assuré sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Trousseau par un assistant de pharmacie pourvu du diplôme de pharmacien de 1re classe.

Maison de convalescence de La Roche-Guyon (pour les enfants). 111 lits. Directeur : M. JANSSE. Econome M. AYROLES. — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon. M. le Dr BOSC.

Sanatorium de Hendaye (pour les enfants) 252 lits. — Directeur : M. IRIBE. — Médecin : M. le Dr CAMINO.

Sanatorium d'Angicourt (Sanatorium Villemin). Fondé par l'Assistance publique de Paris, près de Liancourt (Oise) à une heure de Paris (ligne d'Amiens).

(1) Avant 1904, le médecin était pris en dehors des hôpitaux. Nous avons protesté contre ce système. Nous croyons que les internes devraient être pris aussi parmi les internes des hôpitaux, et non recrutés par un concours spécial.

Ses 148 lits sont réservés, en principe, aux tuberculeux *indigents de Paris* pour lesquels on peut espérer qu'un traitement de 6 à 10 mois procurera *le retour de l'aptitude au travail* pendant un temps prolongé.

Les demandes d'admission doivent être adressées au directeur général de l'Assistance publique à Paris : les candidats sont examinés successivement à l'hôpital Lariboisière, par le médecin en chef du Sanatorium et par une Commission spéciale.

(Placé sous la direction du Directeur de Lariboisière). — *Médecin en chef* : M. le Dr Küss.— *Médecin assistant* : M. le Dr DÉCOBERT. — *Assistant de Pharmacie, chef de Laboratoire* : M. LOBSTEIN.

Organisation d'un concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux. (Voir les conditions du concours dans le *Numéro des Etudiants* de 1903, p. 328.)

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. LAMY, LEGRY, TEISSIER, HUDELO, BRUHL, J. RENAULT, F. BEZANÇON, GOUGET, MACAIGNE, ENRIQUEZ, DUFOUR, BELIN, CLAUDE, R. MARIE, AUCLAIR, M. LABBÉ, L. FOURNIER, APERT, BERGÉ, JOSUÉ, CARNOT, LAFITTE (A.), SERGENT, BROUARDEL (G.), SICARD, GASNE, DE MASSARY, LESNÉ, P.-H. PAPILLON, GRIFFON, L. BERNARD, RIST, GANDY, M. GARNIER, MILIAN, JOUSSET (André), GUILLAIN.

Chirurgiens : MM. GUILLEMAIN, MORESTIN, SOULIGOUX, LAUNAY, AUVRAY, MARION, P. RICHE, MICHON, SAVARIAUD, OMBREDANNE, ROBINEAU, CUNÉO, GOSSET, LENORMANT, HERBET, DUVAL, BAUDET LAPOINTE, DUJARIER, VEAU PROUST, WIART, LABEY (Georges).

Accoucheurs : MM. Léon TISSIER, POTOCKI, DEMELIN, BOUFFE, DE SAINT-BLAISE, BRINDEAU, RUDAUX, MACÉ (O.).

Ophtalmologiste : M. POULARD, DUPUY-DUTEMPS.

Oto-rhino-laryngologistes : MM. LOMBARD et BOURGEOIS.

Dentistes : MM. CHOMPRET, PITSCH, CAPDEPONT, NOGUÉ, ROBIN (P.), MAHÉ, PAGE, LEBEDINSKY.

Consultations spéciales à l'Hôtel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, 10 heures, (docteur BEURNIER); Orthopédie : les mercredis, à 10 heures (professeur KIRMISSON).

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Cours et exercices techniques du trimestre d'hiver 1906-1907

Sous la direction de M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.

Les cours et exercices pratiques du semestre d'hiver commenceront le lundi 5 novembre. — Les cours qui seront faits pendant ce semestre sont les suivants :

1° *Cours d'anatomie topographique*, par M. Pierre Sebileau, professeur agrégé et chirurgien de Lariboisière, et par MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs.

Ce cours aura lieu du 12 novembre au 15 février et comprendra trente leçons. Il aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 2 h. 1/2 et sera ouvert à tous les étudiants.

2° *Conférences pratiques de bactériologie médicale*, par M. Macaigne, agrégé, medecin des hôpitaux.

Ce cours aura lieu du 15 janvier au 28 février et comprendra vingt leçons. Il aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 80 francs. Le nombre des élèves sera limité.

3° *Conférences pratiques d'anatomie pathologique*, par M. Pautrier, sous-chef du Laboratoire.

Ce cours comprendra deux séries ; la première du 12 novembre au 12 décembre ; la seconde du 1er février au 1er mars. Il comprendra douze leçons. Il aura lieu les lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 30 francs. Le nombre des élèves sera limité.

4° *Conférences de médecine opératoire*, par MM. Chifoliau et Chevrier.

Ce cours aura lieu les jeudi et samedi, du 19 janvier au 14 février, et comprendra douze leçons. Il sera rétribué. Droit d'inscription : 50 fr. Le nombre des élèves sera limité.

5° *Conférences de physiologie expérimentale et de technique des anesthésies générales*, sous la direction de M. le Dr Sébileau.

Ce cours aura lieu du 19 au 28 février et comprendra cinq leçons. Il aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à 2 h. 1/2. Il sera ouvert à tous les étudiants.

6° *Conférences pratiques, avec exercices, sur la confection des appareils plâtrés et l'immobilisation des articulations et des os*, sous la direction de M. le Dr Sebileau.

Ce cours aura lieu du 12 décembre au 16 janvier et comprendra douze leçons. Il aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 1 h. 1/2. Ce cours sera ouvert à tous les étudiants. Le droit d'inscription pour les exercices pratiques sera de 30 francs et le nombre des élèves sera limité.

Tous les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux ; les pavillons de dissection sont ouverts à tous les internes et à tous les externes.

Sur leur demande, les étudiants sont autorisés, en nombre limité, à disséquer dans le laboratoire personnel du directeur, moyennant le versement d'un droit de 50 francs.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

N....., directeur.

Cet établissement important, situé quai de la Tournelle, est chargé d'approvisionner toutes les pharmacies spéciales des hôpitaux et hospices qui dépendent de l'Administration générale de l'Assistance Publique.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs d'aliénistes, d'ophthalmologistes, d'oto-rhino-laryngologistes ; 2° de prosecteurs (voir AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX) ; 3° de dentistes, 4° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements ; 5° de pharmaciens ; 6° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat.* — Art. 243. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élève externe (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination de date récente ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 245. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

En ce qui concerne le mode de fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours (partie contenant les dispositions extraites du Règlement sur le service de santé).

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours de l'**Externat** (2).

Concours de 1895. — 1° *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus ; — Muscles masticateurs ; — Artère sous-clavière ; — Os maxillaire supérieur ; — Muscles obturateurs ; — Caractères distinctifs des vertèbres cervicales ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Muscles de l'éminence thénar ; — Tronc cœliaque ; — Rapports de l'estomac ; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil ; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque ; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal ; — Artère carotide externe ; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; — Calcanéum et cuboïde ; — Muscles du pied ; — Ligament large ; — Artères du pied ; — Tronc de la veine cave inférieure ; — Long et court supinateur ; — Nerf médian ; — Cordon spermatique.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Fractures du péroné ; — Epistaxis (causes et traitement) ; — Oreillons ; — Complications

(1) Le concours de l'externat commence le 3e lundi du mois de septembre. Les externes sont nommés pour deux ans. Ils peuvent être prorogés successivement pendant une 3e, une 4e, une 5e et une 6e année par arrêté du Directeur de l'Administration sur le vie de leurs notes individuelles.

(2) Voir les questions données au concours, de 1872 à 1891 inclusivement, dans les *Numéros des Etudiants* de 1883, à 1894.

et traitement des fractures compliquées de la jambe ; — Ulcère variqueux de la jambe ; — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits ; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus ; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie ; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période ; — Luxation de la mâchoire ; — Complication et traitement de la blennorragie ; — Erysipèle de la face ; — Examen chimique des urines ; — Le panaris ; — Thoracentèse ; — Mal de Pott ; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente ; — Cancer de l'utérus ; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple ; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale ; — Les adénites suppurées.

Concours de 1896. — *Anatomie.* — Nerf radial ; rapports du duodénum ; articulation tibio-tarsienne ; artères de la main ; muscle grand oblique de l'abdomen ; configuration intérieure du cœur ; description de la face inférieure de l'encéphale ; vésicule biliaire ; omoplate ; prostate ; muscle psoas-iliaque ; enveloppes du testicule ; muscles moteurs du globe oculaire ; muscles fléchisseurs communs des doigts ; veines superficielles du membre inférieur ; artère humérale et ses branches ; configuration extérieure et rapports du rein ; os occipital ; os maxillaire inférieur ; configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie ; veine cave inférieure ; ligaments et synoviales de l'articulation du genou ; muscles péroniers latéraux ; configuration extérieure et rapports des poumons. Muscles péroniers latéraux ; description macroscopique et rapports de l'œsophage ; muscles de la région sus-hyoïdienne ; veines jugulaires ; tiers supérieur du fémur ; artère poplitée et ses branches ; description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pathologie. — Fractures de la rotule ; de la chloroformisation et de ses accidents ; hémoptysies ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire ; complications du rhumatisme articulaire aigu ; foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend ; différentes formes de traitement des fractures de jambes ; signes et complications de la blennorragie chez l'homme ; de la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons ; avec quoi peut-on confondre l'ascite ? Signes de la syphilis ; des renseignements donnés par la palpation et la percussion dans les maladies de la plèvre et du poumon ; signes de la cirrhose atrophique de Laënnec ; signes et diagnostic du cancer de la langue ; signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; complications de la rougeole ; signes et diagnostic de l'angine diphtérique ; signes de la coxalgie ; signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; traitement de l'angine diphtérique et du croup ; de l'examen des crachats ; séméiologie de la langue ; de la délivrance et de ses affections ; étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible ; examen clinique des urines ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement.

Concours de 1897. — *Anatomie.* — Surfaces articulaires et ligament de l'épaule ; maxillaire inférieur ; muscle psoas-iliaque ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; paroi osseuse des fosses nasales ; muscles masticateurs ; artère poplitée et ses branches ; péroniers latéraux ; tronc cœliaque et ses branches ; veines jugulaires, nerf radial ; ligaments et synoviale de l'articulation du genou, nerf médian ; configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; muscles de la main ; muscles de la région antéro-latérale de l'abdomen ; artère fémorale et ses branches ; os iliaque ; artère de la jambe et du pied ; sciatique poplitée externe et sciatite poplitée interne ; parois osseuses de l'orbite ; calcanéum et astragale ; articulation temporo-maxillaire ; vulve et vagin ; articulations occipito-atloïdienne, atloïdo-axoïdienne ; oreillette et ventricule droits ; région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique ; causes et symptômes de la péritonite aiguë ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; panaris ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; manière de faire une autopsie ; ascite ; symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique ; fractures de côtes ; signes et complications de l'érysipèle ; des différents modes d'anesthésie générale et locale ; causes et signes de la fièvre typhoïde ; examen clinique des urines ; fracture de la rotule ; hydarthrose ; épistaxis ; cathétérisme évacuateur de l'urètre ; hydrocèle ; symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique ; varices ; saignée (indications et manuel opératoire) ; fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe ; les lavements ; fistules à l'anus ; toucher rectal ; délivrance.

Concours de 1898. — *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; muscles pectoraux ; os maxillaire inférieur ; articulation scapulo-humérale ; rapports de l'estomac ; extrémité supérieure du fémur ; calcaneum et astragale ; configuration extérieure et rapports de la trachée ; muscles antérieurs et externes de la jambe ; os occipital ; nerf cubital ; artères de la main ; muscle diaphragme ; rapports de la vessie ; muscle sterno-mastoïdien ; omoplate ; muscles psoas-iliaque et petit psoas ; parois osseuses des fosses nasales ; muscle trapèze ; rapports des reins ; configuration et rapports du cœur ; nerf cubital ; anatomie du testicule ; région anale ; du périoste.

Pathologie. — Fractures de côtes ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement ; fractures du péroné ; érysipèle de la face ; causes et signes de l'ascite ; ponction abdominale ; examen clinique des urines ; épistaxis et son traitement ; symptômes et marche de la fièvre typhoïde ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; furoncle ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; autopsie ; signes et complications de la rougeole ; indication, manuel opératoire et accidents du cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; souffles cardiaques, leurs caractères, leur valeur diagnostique ; saignée ; hydarthrose du genou ; panaris ; fractures des côtes ; vaccine ; vaccination ; symptômes des cavernes pulmonaires ; brûlures ; fractures de la rotule ; diagnostic de la grossesse au début du neuvième mois ; ictère catarrhal ; luxation de l'articulation temporo-maxillaire ; délivrance.

Concours de 1899. — *Anatomie.* — Artère fémorale ; os maxillaire inférieur ; muscles péroniers latéraux ; articulation du coude ; muscles pectoraux ; rapports de la trachée ; nerf médian ; tronc de la base du crâne ; veines superficielles du membre inférieur ; rapports du foie ; crosse de l'aorte ; omoplate ; rapports de la vessie ; muscles fessiers ; sacrum et coccyx ; muscles masticateurs ; artère poplitée ; configuration externe et rapports de l'œsophage ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; artère sous-clavière ; rapports du rein ; rapports du rectum ; rapports de l'utérus ; configuration extérieure et rapports du cœur ; rapports de l'estomac ; configuration et rapports des poumons.

Pathologie. — Saignée ; épistaxis ; tamponnement des fosses nasales ; fracture de côtes ; examen clinique des urines ; fractures de l'extrémité inférieure du radius ; érysipèle de la face ; hydrocèle de la vaginale ; cathétérisme de l'urètre ; de la conduite à tenir en présence d'un sujet en état d'asphyxie ; signes de la pneumonie franche aiguë ; de l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther ; hémoptysies ; signes de la tuberculose pulmonaire chronique ; vaccine et vaccination ; fractures du péroné ; panaris ; fractures de la clavicule ; ascite ; signes et complications de la rougeole ; manière de faire une autopsie ; oreillons ; coqueluche ; symptômes et diagnostic du mal de Pott ; phlegmatia alba dolens ; muguet ; métrorragies ; rétrécissement mitral. — Epreuve supplémentaire : Indications, manuel opératoire et dangers de la thoracenthèse.

Concours de 1900. — *Anatomie.* — Articulation tibio-tarsienne ; configuration extérieure et rapports de l'utérus ; veine cave inférieure ; crosse de l'aorte ; veines superficielles du membre inférieur ; squelette des fosses nasales ; région anale ; omoplate ; face inférieure du foie ; muscles grand et petit pectoral ; artère poplitée ; configuration extérieure et rapports du cœur ; articulation temporo-maxillaire ; nerf médian ; muscles pelvi-trochantériens ; vertèbres dorsales ; occipital ; muscle sterno-cléido-mastoïdien ; artères de la main ; Extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; articulation du coude ; rapports du rectum ; plèvre ; rapports de l'estomac ; système pileux ; voies biliaires.

Pathologie. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale ; coqueluche ; ostéomyélite ; saignée ; injection de sérum physiologique ; orchite blennorrhagique ; varicocèle ; fracture de côtes ; signes et diagnostic de la scarlatine ; coliques hépatiques ; hémoptysies ; symptômes, diagnostic et traitement du cancer du sein ; Insuffisance aortique ; chloroformisation ; hernie inguinale ; Indication technique ; accidents de la thoracentèse ; fractures malléolaires ; de l'hémostase ; rétrécissement de l'œsophage ; muguet ; symptômes et diagnostic du mal de Pott ; diagnostic et traitement du croup ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; phimosis et paraphimosis ; torticolis ; délivrance. — Epreuve supplémentaire : Vaisseaux du poumon.

Concours de 1901. — *Anatomie.* — Articulation scapulo-humérale ; artère sous-clavière ; parois osseuses de l'orbite ; configuration extérieure et rapports des poumons ; artères de la main ; rapports de l'estomac ; articulation temporo-maxillaire ; rapports du rectum ; diaphragme ; configuration extérieure du cerveau ; muscle triceps sural (jumeau et soléaire) ; nerf radial ; extrémité supérieure du fémur ; rapports de l'œsophage ; artère carotide externe ; des côtes ; aorte abdominale ; vertèbres cervicales ; veines superficielles du membre inférieur ; rapports de la vessie ; veine porte ; muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; nerf médian ; appendice cæcal ; glandes sous-maxillaires ; orifice mitral et sa valvule ; pylore ; vésicule biliaire ; muscle releveur de l'anus.

Pathologie. — Fracture du péroné ; diagnostic de la fièvre ty-

...e à la période d'état ; indication et manuel opératoire des in-...ons de sérum artificiel ; symptômes de l'angine diphtérique ; ...gnostic des épanchements liquides des plèvres ; examen clini-...e des crachats ; complications du diabète sucré ; indication et ...nuel opératoire des appareils plâtrés ; cathétérisme de l'urètre ; ...naris ; complications de la blennorrhagie ; signes et diagnostic ...la rougeole ; de l'ascite ; technique et accidents de la chloro-...misation ; signes physiques de la tuberculose pulmonaire chro-...ique ; érysipèle de la face ; fracture de l'extrémité inférieure du ...dius ; indication et manuel opératoire de la saignée ; causes, ...gnes et diagnostic de l'insuffisance aortique ; colique hépatique ; ...des moyens chirurgicaux pour arrêter les hémorrhagies ; signes et ...gnostic de l'étranglement herniaire ; signe et diagnostic des ...xations antéro-internes de l'épaule ; complications viscérales du ...humatisme articulaire aigu ; diagnostic de l'hématurie, fracture ...la rotule ; examen clinique d'un tabétique ; signes et diagnos-... des méningites aiguës cérébro-spinales ; examen gynécologique ; ...omplications de la coqueluche. — Epreuve supplémentaire : si-...nes du mal de Pott dorso-lombaire.

Concours de 1902. — *Anatomie.* — Muscles fessiers ; extré-...mité inférieure du fémur ; veines saphènes ; nerf médian ; muscle sterno-cléido-mastoïdien ; articulation du coude ; rapports des reins ; os occipital ; configuration extérieure et rapports du cœur ; nerf sciatique poplité externe ; artères de la main ; les trois mus-...les adducteurs de la cuisse ; astragale et calcaneum ; face infé-...rieure du foie ; ligaments de l'articulation du genou ; artère axillaire ; nerf radial ; crosse de l'aorte ; configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; clavicule : configuration extérieure et rapports de la langue ; vagin ; configuration extérieure et rapports de la glande sous-maxillaire ; muscle biceps brachial ; configura-...tion extérieure et rapports de la vessie chez l'homme.

Pathologie. — Technique et accidents de la chloroformisation ; symptômes, diagnostic et complications des fractures de côtes ; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique ; causes signes et diagnostic de l'ascite ; appareil plâtré pour fractures de jambes ; recherche de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; symptômes et diagnostic de la rougeole ; cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; du panaris ; entorse de l'articulation tibio-tarsienne ; technique de l'autopsie des cavités thoraciques et abdominales ; signes physiques des épanchements de la plèvre ; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique à la première période ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; luxation de la mâchoire inférieure ; foyers d'auscultation du cœur et caractères des souffles qu'on y entend ; tubage du larynx ; symptômes et diagnos-...tic de l'hématocèle rétro-utérine ; complications de l'ulcère simple de l'estomac ; complications de la lithiase biliaire ; signes et dia-...gnostic de la méningite tuberculeuse ; abcès du cerveau ; rétrécis-...sement du rectum ; délivrance. — Epreuve supplémentaire : symp-...tômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

Concours de 1903. — *Anatomie.* — Maxillaire articulaire ; ar-...ticul. tibio-tarsienne, rapports du cœur, rap. de l'œsophage ; sa-...crum ; muscles de la patte d'oie ; muscles péroniers, veines super-...ficielles du membre supérieur, artères de la main, tronc cœliaque et ses branches, trous de la base du crâne, muscles de l'éminence thénar ; rapports des reins ; muscles masticateurs et leurs nerfs ; nerf cubital ; os frontal ; articulation de la clavicule ; parois os-...seuses des fosses nasales ; radius ; carotide primitive ; face infé-...rieure du foie ; calcanéum et astragale ; le système pileux, cor-...don spermatique ; rapport du rectum chez l'homme ; col de l'uté-...rus ; voies lacrymales ; oreillette droite du cœur ; système dentaire.

Pathologie. — Erysipèle de la face ; saignée ; pneumonie franche aiguë ; fracture de la clavicule, hémoptysie, luxations de l'épaule en avant ; confection et application des appareils plâtrés, anthrax ; rhumatisme articulaire aigu franc ; fracture des côtes ; péritonites aiguës ; croup ; pleurésie purulentes ; examen clinique des urines ; méningites tuberculeuses ; désinfection des mains et du champ opératoire ; scarlatine, technique et accidents de la chloroformisa-...tion ; hydarthrose du genou ; variole ; lithiase rénale ; polypes de l'u-...térus : fibromes naso-pharyngiens ; traitement de l'avortement ; mal de Pott ; maladie du sommeil (typanosome de Castellani).

Séance supplémentaire. — Phlegmatia alba dolens.

Concours de 1904. — *Anatomie.* — L'artère humérale et ses branches ; articulations du coude ; artère poplitée et ses branches collatérales ; le sacrum ; le diaphragme sans les rapports ; nerf cubital ; les 3 muscles fessiers ; parois osseuses des fosses nasa-...les ; articulation tibio-tarsienne ; crosse de l'aorte ; muscle qua-...driceps crural ; rapports de la vessie chez l'homme ; os occipital ; ...veines jugulaires interne et externe ; le masséter et les deux muscles ptérygoïdiens ; surfaces articulaires, capsule et ligaments ...articulation coxo-fémorale ; muscle psoas-iliaque.

Pathologie. — Symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; rétrécissement de l'urèthre chez l'homme ; symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; symptômes et diagnostic des fractures ; anthrax ; de la manière de prendre une observation médicale ; symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu ; coxalgie ; signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; cancer du sein ; symptômes et diagnostic de la tuberculose au 2e degré ; examen clinique du cœur ; érysipèle de la face ; étranglement herniaire ; appareils plâtrés ; moyens hémostatiques ; chloroformisation ; luxation de l'épaule. —

Epreuve supplémentaire : Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire..

Concours de 1905. *Anatomie.* — Muscle sterno-cléido-mastoïdien, rapports de l'estomac, artère poplitée et ses branches ; ligaments de l'articulation coxo-fémorale ; artères de la main ; os maxillaire inférieur, muscle fléchisseur commun superficiel des doigts et muscle fléchisseur commun profond des doigts ; surfaces articulaires et ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; muscle biceps brachial ; tiers supérieur du fémur, surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude ; artère fémorale ; crosse de l'aorte ; muscles grand pectoral et petit pectoral ; rapports des reins ; face inférieure du foie.

Pathologie. — Appareil plâtré pour les fractures de la jambe ; désinfection du chirurgien et du champ opératoire ; symptômes et évolution de la pneumonie franche aigüe ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; technique des autopsies de la cavité thoracique et de la cavité abdominale ; symptômes de la coxalgie ; émissions sanguines thérapeutiques ; technique et accidents de la chloroformisation par la méthode de la compresse ; technique des injections hypodermiques, examen clinique du cœur cathétérisme évacuateur de la vessie, symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; panaris ; ponctions aspiratrices ; épistaxis ; symptômes et complications articulaires de l'uréthrite aiguë blennorrhagique chez l'homme ; symptômes de la fièvre typhoïde à la période d'état.

Epreuve supplémentaire. — Symptômes et diagnostic des pleurésies purulentes.

Concours de 1906. — *Anatomie.* — Muscle sterno-cléido-mastoïdien, artère axillaire sans les branches ; ligaments de l'articulation du genou ; articulation tibio-tarsienne ; insertions et rapports du muscle psoas-iliaque ; veines superficielles du membre inférieur ; insertions et rapports du diaphragme ; configuration extérieure et rapports de la crosse de l'aorte, rapports du rectum, nerf radiéal, artère poplitée et ses branches, configuration extérieure et rapports de l'estomac ; face inférieure du foie ; configuration extérieure et rapports de la trachée ; surfaces articulaires et ligaments de l'articulation de l'épaule ; rapports des reins ; artère fémorale.

Pathologie. — Symptôme et diagnostic des hémoptysies, symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ; technique des injections médicamenteuses sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses ; symptômes et diagnostic de l'ascite ; phlébite des membres inférieurs (symptômes et complications) ; érysipèle de la face ; fractures du crâne ; angine diphtérique ; symptômes et complications des hernies étranglées ; de l'asepsie et des diverses modes de stérilisation du matériel opératoire ; complications de la blennorrhagie ; vaccination contre la variole ; coxalgie ; panaris ; chloroformisation ; cancer de l'estomac ; fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Epreuve supplémentaire. — Perforations intestinales.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif au Concours de l'Internat en médecine.

Art. 247. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 7 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 15 mai précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Art. 249. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candi-

dat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points, 15 pour l'anatomie et 15 pour la pathologie : pour l'épreuve orale, 20 points.

Questions écrites données dans ces dernières années (1). — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires : érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptômes et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorragies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.) ; symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cæcum ; abcès péricæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques ; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte ; perforation intestinale. — 1897. Plèvre ; cancer de l'œsophage. — 1898. Anatomie de l'S iliaque. Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. — 1899. Nerf maxillaire supérieur ; complications du diabète. — Concours supplémentaire : Prostate ; complications des otites moyennes suppurées. — 1900 : Tronc de l'artère sous-clavière ; diagnostic et traitement des pleurésies purulentes. — 1901 : Nerf médian ; signes et diagnostic du goitre exophtalmique. — 1902 : Glande sous-maxillaire : signes, diagnostic et traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — 1903 : Creux poplité ; complications de la scarlatine. — 1904. Anatomie macroscopique du nerf radial et de ses branches au-dessous du plexus brachial ; signes et diagnostic du tabes. — 1905. Canal cholédoque. Séméiologie des ascites. *Epreuve supplémentaire* : Artère sylvienne. Signes et diagnostic de l'hydronéphrose.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des *questions orales* (2).

Concours de 1895. — Rapports du larynx : laryngite striduleuse ; Médiastin postérieur ; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel ; — Vésicule de Graaf ; Diagnostic des kystes de l'ovaire ; — Nerf sciatique poplité externe ; Plaies des nerfs : — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; — Sacrum ; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique ; — Parois osseuses des fosses nasales ; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens : — Artères de la jambe ; Phlegmatia alba dolens ; — Glotte ; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup : — Arrière-cavité des épiploons ; Signes et valeur séméiologique de l'ascite ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; — Cordon séminal : Kyste du cordon ; — Rapport de la carotide ; Oreillons ; — Muscles de l'éminence thénar ; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines : — Rapports de l'uretère ; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; — Les oreillettes du cœur ; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Concours de 1896. — Nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Canal inguinal ; hernie inguinale congénitale chez l'homme — Muqueuse utérine à l'état de vacuité ; signes de la grossesse normale. — Glande sous-maxillaire ; stomatite mercurielle. — Rapports de la crosse de l'aorte : signes et complications de l'anévrisme de l'aorte. — Rapports du rein ; coliques néphrétiques. — Creux poplité ; arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne ; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche) ; rétrécissement mitral. — Cordon ombilical ; délivrance à terme. — Rapports de la trachée ; signes de la gangrène pulmonaire. — Portion extra-cranienne du nerf facial ; signes et diagnostic du tétanos.

Concours de 1897. — Col de l'utérus ; symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus. — Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine ; signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos. — Muqueuse de l'estomac ; Formes cliniques et diagnostic de l'urémie. — Rapports de la glande parotide ; paralysies diphtéritiques. — Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; signes, diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires. — Vaisseaux sanguins du cœur ; symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme. — Epiploon gastro-hépatique ; diagnostic de l'occlusion intestinale. — Muscles intrinsèques du larynx ; signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Lèvres, chancre induré. — Trompes ; abcès du sein. — Racines rachidiennes ; causes, symptômes et diagnostic de la chorée. — Trompes utérines ; causes, signes et diagnostic des abcès du sein. — Artère axillaire ; zones. — Nerf sciatique poplité externe ; panaris. — A la suite de la dernière séance, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre les trois candidats qui avaient obtenu le maximum des points, soit 46 1/2. — Questions proposées : Eléments figurés du sang ; signes et diagnostic de la grippe.

Concours de 1898. — Anatomie du nerf phrénique ; causes et symptômes de la péricardite avec épanchement. — Trompes utérines ; signes de la grossesse au cinquième mois. — Vésicule biliaire ; colique hépatique. — Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale ; fracture du col du fémur. — Configuration et rapports de la rate ; fièvre typhoïde au huitième jour. — Artère de la base de l'encéphale ; symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Nerf radial ; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière. — Rapports du poumon gauche ; signes et diagnostic de l'emphysème pulmonaire.

Concours de 1899. — Artère fémorale et ses branches ; grenouillette. — Artères de l'utérus ; diagnostic et traitement des accidents éclamptiques. — Les trois muscles constricteurs du pharynx ; polypes naso-pharyngiens. — Cordon spermatique : tuberculose du testicule (anatomie pathologique, signes et diagnostic). — Nerf radial ; signes et diagnostic des luxations scapulo-humérales en avant et en dedans. — Rapports de la vessie : calculs vésicaux (signes et diagnostic). — Rapports du corps thyroïde ; complication de la rougeole. — Hile du poumon ; des hémoptysies. — Valvule mitrale ; signes et complications du rétrécissement mitral. — Veine jugulaire interne ; anévrysme artério-veineux. — Cordon ombilical ; hémorragies de la délivrance après l'accouchement à terme (diagnostic et traitement). — Méninges rachidiennes ; mal de Pott dorso-lombaire. — Rapports des reins ; causes, signes et diagnostic des abcès périnéphrétiques.

Concours supplémentaire. — Extrémité inférieure du fémur ; corps étrangers articulaires. — Rapports des artères sous-clavières ; zona. — Les nerfs du diaphragme ; hémothorax traumatique.

Concours de 1900. — Parois osseuses de l'orbite ; symptômes du goitre exophtalmique. — Muscles de l'éminence thénar ; luxation métacarpo-phalangienne du pouce. — Anatomie des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe ; tarsalgie des adolescents. — Echancrure sciatique ; symptômes ; diagnostic du rhumatisme blennorragique. — Anatomie des muscles ptérygoïdiens ; symptômes et diagnostic du tétanos traumatique. Veine saphène interne ; symptômes et diagnostic des hémorroïdes internes. — Nerf crural ; signes et diagnostic des hématuries rénales. — Anatomie des muscles fléchisseurs des doigts ; paralysies saturnines ; symptômes et diagnostic. — Anatomie du muscle releveur de l'anus chez la femme. Symptômes et diagnostic des péritonites purulentes aiguës. — Etage moyen de la base du crâne ; stomatite mercurielle. — Muscles obturateurs ; symptômes et diagnostic des péricardites chroniques.

Concours de 1901 : Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; Complications articulaires de la blennorrhagie (symptômes et diagnostic) ; Muscles péroniers latéraux ; Causes et symptômes du mal perforant plantaire ; Artère linguale : Symptômes et diagnostic de la varicèle ; Muscle grand droit de l'abdomen ; Symptômes de l'hydro pneumo-thorax ; Canal cholédoque ; Symptômes de la colique hépatique ; Rapp. du muscle psoas-iliaque : Symptômes de la fièvre typhoïde au début du 2e septénaire ; Articulation temporo-maxillaire ; Luxation du maxillaire inférieur ; Epididyme : Diagnostic de la tuberculose du testicule ; Artère pulmonaire de son origine à son entrée dans les poumons : Symptômes de la péricardite aiguë ; Les articulations radio-cubitales : Symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius ; Appareils ligamenteux de l'articulation de la hanche ; Symptômes des fractures du col du fémur ; Anatomie de la trompe utérine : Signes de la grossesse normale à terme ; Artères vertébrales : Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire ; Muscles et tendons de la patte d'oie : Symptômes de la rougeole normale ; Les artères du pied : Symptômes et complications des oreillons ; Anatomie du nerf phrénique ; Symptômes et diagnostic de la colique de plomb ; Rapp. de l'œsophage ; Symptômes et complications des fractures des côtes : Artère poplitée : Symptômes de l'insuffisance aortique ; Anatomie de la veine-cave inférieure ; Symptômes des luxations de l'épaule en avant.

Concours de 1902. — Piliers du diaphragme ; pleurésie

(1) Voir dans le *No des Etudiants de 1901* (p. 320), les questions écrites de 1861 à 1874.

(2) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1894.

diaphragmatique ; artère sylvienne ; diagnostic de l'hémiplégie de cause cérébrale ; vaisseaux du rectum ; symptômes et diagnostic du cancer du rectum ; veines azygos ; symptômes et signes physiques d'une pneumonie franche lobaire aiguë évoluant sans complication, muscle sterno-cléido mastoïdien ; abcès du rétro-pharynx ; nerf moteur oculaire commun ; zona du tronc ; nerfs récurrents ; abcès du sein pendant l'allaitement ; vésicule biliaire sans l'histologie ni la physiologie ; colique de plomb ; cordon spermatique ; varicocèle ; appendice vermiforme du cæcum ; hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde ; nerfs intercostaux ; rétrécissement mitral ; nerfs de la main ; anévrysmes artérioso-veineux ; origine et tronc de l'artère pulmonaire (anat.) ; hémorrhagies pulmonaires chez les tuberculeux ; uretère ; phlegmon péri-néphrétique ; muscles masticateurs ; symptômes et diagnostic des fractures du rocher ; trompe de Fallope ; rétention placentaire dans l'avortement ; origine et tronc de la veine porte (anatomie) ; ulcère variqueux ; configuration et rapport du corps thyroïde ; symptômes et diagnostic de la dilatation des bronches ; bourses séreuses de la région du genou ; séméiologie de l'œdème des membres inférieurs.

Concours de 1903. — Appareil ligamenteux de l'articulation scapulo-humérale ; signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dehors ; trompes utérines, diagnostic et traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta ; artère iliaque externe ; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire ; veine cave supérieure ; pneumothorax ; valvule mitrale ; rétrécissement mitral ; muqueuse utérine ; à quels signes reconnaît-on qu'une femme est enceinte : articulation tibio-tarsienne ; fractures de l'extrémité supérieure du péroné ; cordon spermatique ; oreillons ; espace interscostal ; vomiques ; uretères ; coliques néphrétiques ; rapports du rectum ; hématocèle rétro-utérine ; pylore ; signes et diagnostic du cancer du pylore ; configuration extérieure et rapports du bulbe rachidien ; signes et diagnostic de l'épilepsie ; veines superficielles du membre supérieur ; signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens ; rapports de l'œsophage ; signes et diagnostic du cancer de l'œsophage ; artères mésentériques ; hémorrhagies intestinales ; gaines synoviales de la face palmaire de la main ; panaris.

Concours de 1904. — Rapports de l'œsophage ; symptômes et diagnostic des vomiques.— Articul. temporo-maxillaire (anatomie seulement) ; sympt. et diagn. du croup. — Région sous-maxillaire ; signes et diagnostic des anévrismes artérioso-veineux. — Col de l'utérus en dehors de la grossesse ; conduite à tenir dans l'avortement utérin. — Cordon spermatique ; rupture traumatique de l'urèthre chez l'homme. — Ganglions lymphatiques de la région inguino-crurale ; fracture bi-malléolaire de Dupuytren. — Sinus caverneux ; hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire. — Artères de la jambe : symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral pur. — Gaines synoviales des muscles fléchisseurs des doigts ; sympt. et diagn. des polypes naso-pharyngiens. — Epiploon gastro-hépatique ; complications articulaires de la blennorrhagie (sympt. et diagnostic). — Muscles obturateurs ; sympt. et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. — Artère pulmonaire jusqu'à son entrée dans le poumon ; sympt. et diagnostic de la colique hépatique. — Urèthre prostatique ; valeur séméiologique des hématuries. — Nerf médian depuis le pli du coude jusqu'à sa terminaison ; des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. — Muscles de l'éminence thénar ; sympt. et diagn. du mal de Pott sous-occipital.

Epreuve supplémentaire : Veine cave inférieure ; plaie des nerfs.

Concours 1905. — Artère de la main ; phlegmon de la paume de la main. — Nerf phrénique ; colique de plomb. — Ligament de l'articulation coxo-fémorale ; symptômes et diagnostic des fractures du col du fémur. — Anatomie du lobule pulmonaire ; signes, diagnostic et traitement de la gangrène pulmonaire. — Rapports du corps thyroïde ; diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Glande mammaire ; abcès chauds du sein. — Amygdales ; abcès rétro-pharyngiens. — Canal déférent ; signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. — Artère poplitée ; fractures de la rotule. — Structure de la peau ; symptômes et complications de la rougeole. — Nerf moteur oculaire commun ; signes et diagnostic de la paralysie infantile. — Ligaments larges ; des hémorrhagies de la délivrance dans l'accouchement à terme et de leur traitement. — Orifice aortique ; signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Tubes urinifères ; hématurie. — Muscle releveur de l'anus chez la femme ; symptômes, diagnostic et complications de la dysenterie. — Capsule interne ; signes et diagnostic de l'épilepsie jacksonienne.— Appendice iléocæcal ; œdème aigü du poumon. — Nerf grand hypoglosse ; traitement du croup.

Epreuve supplémentaire : Plexus bachial (ses branches terminales exceptées) ; formes cliniques de la pneumonie aiguë

Prix de l'internat. — Depuis 1888. le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progrès méd.*, 1888, 1er sem. p. 89), en deux concours portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages*. Maintenant il y a donc deux concours : un pour les *internes en chirurgie* de 4e année ; l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours pour 1888, ont eu lieu en décembre (1).

Concours de 1894. — *Section de Médecine : Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales.*

Concours de 1897. *Section de Médecine* : Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal ; ses contractures* : Question orale : *Gangrènes diabétiques. — Section de chirurgie* : Epreuve écrite :*Nerfs de la paume de la main ; plaie des nerfs* : Question orale : *Fractures bi-malléolaires.*

Concours de 1898. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Globules blancs, leucocytose* : Question orale : *Des gangrènes dans la fièvre typhoïde.—Section de Chirurgie et accouchements* Epreuve écrite : *Canal inguinal des épiplocèles* : Question orale: *Hématocèle rétro-utérine.*

Concours de 1899. — *Section de médecine.* — Epreuve écrite : *Circulation pulmonaire ; les pleurésies tuberculeuses* ; Question orale : *De la gastro-succorrhée. — Section de chirurgie et accouchements* ; Epreuve écrite : *Voile du palais* ; Question orale : *Diagnostic et traitement du cancer du rectum.*

Concours de 1900. — *Section de médecine.* — Epreuve écrite : *Artères cérébrales (anatomie et physiologie) ; diagnostic de la paralysie générale.* — Epreuve orale : *Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright. — Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *Fracture de Dupuytren.* — Epreuve orale : *Luxations anciennes de l'épaule : Abcès rétro-pharyngiens.*

Concours de 1901 — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Cellules hépatiques (anatomie et physiologie générales) : La maladie amyloïde.* — Epreuve orale *: Foie cardiaque. — Section de chirurgie et accouchement.* — Epreuve écrite : *Articulation médio-tarsiennes ; Osteomyélite chronique.* — Epreuve orale : *Septicémie gazeuse.*

Concours de 1902. — *Section de medecine.* — Epreuve écrite : *Glandes de l'estomac (anatomie et physiologie) : Cancer du pylore.* — Epreuve orale : *Insuffisance aortique. — Section de chirurgie. et accouchement.* — Epreuve écrite : *Carotide primitive ; diagnostic et traitement des complications intra-craniennes des otites moyennes suppurées.* — Epreuve orale: *Diagnostic et traitement des anévrysmes artériels poplités* (2).

Concours de 1903-04. — *Médecine.* — Epreuve écrite : *Structure et rôle physiologique de la muqueuse de l'intestin grêle, tuberculose intestinale (anatomie pathologie et symptômes).* — Epreuve orale : *Pathogénie et diagnostic des péritonites aiguës : pathologie et diagnostic des arthrites infectieuses. — Chirurgie et accouchement* : Epreuve écrite : *Muscles du pharynx, physiologie de la déglutition, polypes naso-pharyngiens* : Epreuve orale : *Luxations traumatiques de la hanche.*

Concours de 1904-05. — *Médecine* : : Epreuve écrite : *Circulation rénale ; rein des goutteux.* — Epreuve orale : *Le cœur du tuberculeux. — Chirurgie et accouchement* : Epreuve écrite : *Nerf maxillaire supérieur ; névralgie du trijumeau et son traitement chirurgical.* — Epreuve orale : *Plaies du cœur.*

Concours de 1905-1906. — *Médecine* : Epreuve orale : *Signe et diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique.* — Epreuve écrite : *Lobule pulmonaire (anatomie et physiologie). Symptômes et diagnostic de la pleurésie interlobaire. — Chirurgie et accouchement.* — Epreuve orale : *Complications de l'otite moyenne suppurée.* — Epreuve écrite : *Plèvres médiastines. Traitement des pleurésies purulentes.*

En raison de l'augmentation progressive des *services d'accouchement*, et par conséquent du nombre des internes, il conviendrait, à notre avis, de créer prochainement une *bourse de voyage* pour les internes des services d'accouchement. Il y aurait, alors, *trois bourses de voyage* : médecine, chirurgie, accouchements.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Legs Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Legs Desol* : donné au

(1) On trouvera dans le Numéro des Etudiants de 1900, la liste des questions données depuis 1877 jusqu'en 1888.

(2) Les questions de 1906 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*. Voir, pour les questions relatives autopsies : Bourneville et Bricon, **Manuel des autopsies**.

premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Legs Godard* : Boite ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Legs Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1.145 fr.— *Legs Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1,000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. — *Prix Fillioux* : Deux prix annuels de même valeur, l'un à l'interne, l'autre à l'externe qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Ces prix sont d'environ 850 fr. chaque. — *Prix Zambaco* à l'interne qui a obtenu l'accessit au concours des prix de l'internat (section de médecine). Valeur, 291 fr.

Les renseignements qui précèdent montrent combien *l'externat* et surtout *l'internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Herold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra muros (Bicêtre, Ivry, Ménages), ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 600 environ ; celui des copies remises de 400 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, etc., les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour de présence. — A la Maison de Santé, les externes ont une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois au prorata de leurs journées de présence.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses* : M. P. MARIE, le samedi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Fondation Vallée. — M. BOURNEVILLE, *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentation des malades) le samedi à 10 h. très précise. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) *Arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Hôpital Bichat, Bd. Ney, près la porte Saint-Ouen. — On y accède facilement par le tramway électrique de la Madeleine 13 minutes, et celui de Saint-Augustin, 12 minutes. Cet hôpital comprend un seul service de chirurgie dirigé par M. le Dr PICQUÉ et répond aux besoins d'une circonscription de 180.000 habitants. Deux salles de malades (hommes et femmes) composent le service. A chaque salle est annexée une salle d'opérations. Du côté des femmes existe un pavillon d'isolement. Des modifications importantes ont été introduites dans le service opératoire par M. Picqué, surtout au point de vue de la stérilisation de l'eau. Il existe en outre un service spécial pour la stérilisation des pansements et un laboratoire pour l'*électrothérapie* et la *radiographie*. Organisation de l'enseignement : tous les mercredis à 10 h., conférence clinique au laboratoire par M. Picqué. Une affiche ultérieure indiquera le jour et l'heure des conférences faites à la policlinique, sur les yeux, les oreilles etc., ainsi que des conférences de bactériologie faites au laboratoire par M. le Dr Mortier. Cette policlinique est spéciale à Bichat et n'existe dans aucun autre hôpital (arrêté du 18 mars 1900). Opérations mardi, jeudi, samedi. Visite tous les jours à 8 h. 1/2.

Hôpital Bretonneau, 2, rue Carpeaux (Montmartre). — M. SEVESTRE. Visite tous les matins à 9 heures. Pavillon Archambault, salles Molland et J. Simon (maladies aiguës). — Pavillon H. Roger (rougeole, coqueluche, scarlatine). — Pavillon Parrot (douteux). Pavillon Bouchut (diphtérie). — Examen des nouveaux et conférences cliniques au lit des malades les mardis, jeudis et samedis. Consultations externes les lundis, mercredis et vendredis.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr MAYGRIER, accoucheur. Visite tous les jours à 9 heures. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. Consultation spéciale pour les nourrissons le mardi à 9 heures. Les élèves bénévoles qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engagent à suivre, à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Toutefois, pendant les deux périodes du stage (du 1er novembre au 30 juin) leur nombre est subordonné à celui des stagiaires envoyés par la Faculté. L'enseignement comporte, outre la pratique des accouchements, pour laquelle les élèves sont mis en série, l'examen des femmes enceintes, la lecture des observations et des interrogatoires, des manœuvres sur le mannequin. Leçon clinique à l'Amphithéâtre Potain le jeudi à 10 heures.

Electricité médicale : Le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences le mardi 15 novembre, à 4 h. 1/2, au Laboratoire, et les continuera les mardis et samedis à la même heure. — *Sujet du cours* : Instruments employés pour l'électro-diagnostic et l'électrothérapie. Manuel opératoire. Applications de l'électricité aux maladies de la pratique journalière.

Hôtel-Dieu. — — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.* — Pendant le semestre d'hiver (en février et mars), M. Gilbert BALLET fait des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse : le dimanche à 10 heures. — L'ouverture du cours est annoncée par une affiche spéciale.— Samedi, toute l'année, consultation spéciale pour les affections mentales et nerveuses à 9 h. 1/2, et polyclinique.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. — M. le prof. F. DE LAPERSONNE, commencera son cours de clinique ophtalmologique le vendredi 9 novembre 1906. — *Ordre de service* : Lundi, à 9 heures : policlinique (salle de consultation). Mardi, à 9 heures : opérations. Mercredi, à 10 heures : examens ophtalmoscopiques. Jeudi, à 9 heures : opérations. Vendredi, à 10 heures : leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). Tous les matins, à 9 h. : consultation externe.

En outre, divers cours payants sont faits dans la journée en dehors des heures de la clinique.

1° *Cours pratique d'ophtalmologie* : Ce cours commencera le mardi 23 octobre 1906, à 3 heures, à l'Hôtel-Dieu. Il sera fait par M. le Professeur de Lapersonne, assisté des docteurs Monthus, Pley et Cantonnet. Il aura lieu tous les jours.

Ce cours, complet en 23 conférences suivies d'exercices pratiques, est destiné aux étudiants préparant le 5e examen de doctorat et aux praticiens. Il sert en même temps d'introduction indispensable pour les médecins qui désirent suivre la clinique. MM. les docteurs et les étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté seront admis à s'inscrire en vue de ce cours. Le droit à verser est de 50 francs. — Les bulletins de versement seront dé[illegible] vrés, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeu[illegible] et samedis, de midi à 3 heures.

2° *Cours de perfectionnement* (technique ophtalmologique). Ce cours commencera dans la semaine qui suivra les [illegible] Pâques. Il sera fait comme les années précédentes par MM. le professeur de Lapersonne, le professeur agrégé Weiss, les docteurs Monthus, Cantonnet et Gellé. Il a lieu tous les jours et [illegible] six semaines. Il comprend : 1° la médecine opératoire ; 2° [illegible] talmométrologie ; 3° l'anatomie pathologique et la bactériologie oculaire ; 4° la thérapeutique oculaire ; 5° la technique otor[illegible] logique.

3° *Cours de révision* (vacances) : Il sera fait, comme les années précédentes, par MM. les chefs de clinique et de laboratoire [illegible] le courant d'août et de septembre.

Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Le Dr GUISEZ, ancien interne des hôpitaux, commencera le mardi 6 novembre son cours pratique [illegible] les maladies de la gorge, larynx, nez, oreilles. Ce cours [illegible] complet en douze leçons, et aura lieu les mardis, jeudis et samedis [illegible] amphithéâtre Chornel) à 3 h. 1/2. Il comprendra toutes [illegible]

tions *pratiques* de la spécialité : (examen des malades, diagnostic, thérapeutique des affections courantes). S'inscrire à la consultation de laryngologie de l'Hôtel-Dieu les mardis et samedis de 1 à 6 heures. (Droits d'Inscription : 40 fr.)

Hôpital Laënnec.— *Service d'ophtalmologie.* Exercices pratiques de technique ophtalmologique, sous la direction du Dr Rochon-Duvigneaud, chef du service. Les Drs René Onfray et Gaillaud, assistants du service, commenceront le lundi 26 novembre, à 1 h. 1/2, une série d'exercices pratiques de technique ophtalmologique. Applications à la clinique des procédés d'optique, de l'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse, radiothérapie oculaire, etc.) et des procédés de laboratoire. Le cours sera complet en vingt leçons. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils ; leur nombre est donc limité. Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du Dr Onfray, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Hôpital Lariboisière. — *Clinique des maladies du larynx, du nez, des oreilles, de la face et du cou.* — M. le Dr Pierre Sébileau, agrégé, chargé de cours, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière : maladies du larynx, du nez, du cou et de la tête ; mardi, samedi à 9 heures. Maladies des oreilles ; lundi et vendredi à 9 heures. — Leçon clinique ; vendredi à 10 h. 1/2. Opérations ; mercredi et jeudi à 10 heures.

— M. le Dr P. Le Gendre, chargé de cours de clinique annexe par la Faculté, exercera chaque matin, à 9 h. 1/2, les stagiaires à *l'examen des malades*. Le samedi, à 10 h. 1/2, il fera, dans l'amphithéâtre, une leçon de *pratique médicale* (thérapeutique et déontologie).

Hôpital Saint-Antoine. 184, rue du Faubourg Saint-Antoine. — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction du Dr M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital St-Antoine, les Drs Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront le lundi 3 décembre 1906, un cours de pratique, de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du Dr Paul Laurens.

Cours pratique d'auscultation. — Sous la direction de M. le Dr Gosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Harvier, interne des hôpitaux, commencera le lundi 12 novembre 1906, un cours élémentaire pratique d'auscultation, qui aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en quinze leçons. Les élèves seront individuellement exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours est fixé à 40 fr. Le nombre des élèves étant limité, se faire inscrire d'avance le matin auprès de M. Harvier, interne.

— M. Vaquez : les mardis et jeudis, à partir du 8 novembre jeudis : Consultation externe. Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.

— *Radiologie médicale.*— Le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fait deux fois par an, dans une des dernières semaines d'octobre et dans la semaine avant Pâques, un cours *de vacances* sur les notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. Ce cours, librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, est complété par des exercices pratiques auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs. Les exercices pratiques de radiographie ont lieu pendant toute l'année. En dehors des deux cours de vacances, tous les samedis à 10 heures du matin, examen radioscopique des malades.

Tous les matins, sauf le dimanche, examen clinique et traitement des malades justiciables de la radiothérapie. Le laboratoire du Dr Béclère comprend une bibliothèque et un musée de radiologie médicale, ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Cancer et radiothérapie. — Le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 18 novembre, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans son laboratoire de l'hôpital, une série de conférences sur ce sujet : I. L'état actuel de la question du cancer. — II. La radiothérapie du cancer, ses succès. — III. Ses insuccès. — IV. Ses méfaits. — V. Ses indications. — VI. Sa technique. — VII. La lutte contre le cancer.

Service du Dr Le Noir.—Le 6 novembre commencera un cours de *Séméiologie et de clinique élémentaire* à l'usage des étudiants de 1re année. Conférence tous les matins à 9 heures.

Cours pratique sur les maladies de l'appareil digestif.—Sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, M. le docteur Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Saint-Antoine, et M. le docteur A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le docteur Mathieu, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, et de l'intestin le 12 novembre 1906. Le cours sera complet en un mois et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine, 20, rue de Citeaux, à 5 heures 1/2 du soir. Les travaux pratiques, (examen du suc gastrique, de la digestion intestinale et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours de 4 h. 1/4 à 5 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au Laboratoire de l'Hôpital Saint-Antoine, 20, rue de Citeaux, tous les matins de 8 heures à midi et tous les soirs de 1 heure à 6 heures, le mercredi excepté.

M. le Dr Lejars : leçons de *chirurgie pratique* : lundi, mercredi, vendredi à 9 h.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, dans la salle des conférences, le jeudi 11 octobre, à 3 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — *Pavillon central de chirurgie de l'Asile clinique, rue Cabanis* 1. Ce pavillon, créé par le conseil général, a été ouvert le 4 mai 1901, sous la direction de M. le Dr Picqué, chirurgien en chef de l'Asile. Il est exclusivement réservé aux aliénés de tout le département de la Seine répartis dans 8 établissements (Ville-Evrard, Maison Blanche, Maison de santé, Vaucluse, Colonie des arriérés, Villejuif, Asile clinique, asile de Moisselles), sur une population de 7.000 malades environ. C'est un pavillon exclusivement opératoire où les malades ne viennent que pour y subir l'opération déclarée nécessaire (voir 1er volume du Recueil des travaux. Librairie Masson). Ce pavillon, construit avec tous les perfectionnements désirables, n'est visible que sous la direction du chirurgien.

Asile de Villejuif. — *Maladies mentales et psychologie expérimentale.* — M. Toulouse. Un avis ultérieur indiquera les jours et les heures des conférences.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais, en 1873, l'administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux administrations de l'assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés et aux hôpitaux départementaux, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe pour Paris et la Seine, avec un *Conseil de surveillance* pour toute l'Assistance publique. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Règlement des Concours de l'Internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Arrêté réglementaire du 6 juin de 1906.

Article premier. — Il sera ouvert, chaque année, à Paris, au mois de mars ou d'avril, un concours public pour la nomination aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. Les concours seront annoncés un mois à l'avance par des affiches apposées dans Paris, notamment aux abords de l'École de médecine et dans les hôpitaux et hospices.

Art 2. — Pourront prendre part au concours les docteurs et médecins munis du diplôme délivré par les Facultés de l'Etat en les étudiants ou étudiantes en médecine, sans distinction de nationalité, possédant seize inscriptions de doctorat.

Art. 3. — Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (service des aliénés) : 1° Expédition d'acte de naissance ; — 2° Extrait du casier judiciaire ; — 3° Certificat de revaccination ; — 4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une des facultés ou écoles de médecine de l'Etat. Ce dernier certificat devra indiquer que l'intéressé n'a pas subi de peines disciplinaires graves ; — 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune ou le commissaire de police du quartier ; — 6° Un certificat de l'Assistance

publique indiquant les services hospitaliers du candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves. — Les candidats devront en outre n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er avril de l'année où aura lieu le concours. Les années de présence sous les drapeaux accomplies par les candidats français viendront en déduction de cette limite d'âge. La liste des candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

ART. 4. — Le jury sera composé, par voie de tirage au sort, de sept membres, savoir : Quatre médecins en chef désignés parmi les médecins titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police ; un médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ; un médecin des hôpitaux ; un chirurgien des asiles de la Seine, ou, à son défaut, un chirurgien des hôpitaux. — Le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins. La voix du Président est prépondérante.

ART. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le délégué du Préfet de la Seine, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

ART. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires ; nul ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie du jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

ART. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

ART. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ; — 2° une épreuve écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve ; — 3° une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde. Sur ces dix minutes, cinq pourront être utilisées par le candidat pour la réflexion. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Par question de garde on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine de chirurgie ou d'obstétrique.

ART. 9. — Le sujet des compositions écrites est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour l'épreuve orale, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance.

ART. 10. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. — Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre délégué du jury : elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des concurrents. Tout concurrent qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui en lisant sa composition, en a changé le texte primitif, est exclu du concours. Les épreuves orales sont publiques. Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats admis au concours.

ART. 11. — A la fin de chaque séance, il sera donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués. — ART. 12. — Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

ART. 13. — Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement. — ART. 14. — Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er mai qui suivra l'ouverture du concours.

ART. 15. — La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements.

ART 16. — Les internes provisoires peuvent se représenter au concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions exprimées dans l'article 3.

ART. 17. — La répartition des internes dans les divers services des asiles d'aliénés se fait le 1er mai de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait d'après l'ordre d'ancienneté. Tous ces choix ne seront définitifs qu'après ratification par l'administration.

ART. 18. — A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leur thèse pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le concours de l'adjuvat pourront être maintenus une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service.

ART. 19. — Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés.

ART. 20. — Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

	Traitement
1re année	800 francs
2e —	1.000 —
3e —	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés, ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement	Indemnité représentative de nourriture
1re année	600 francs	900 francs
2e —	600 —	900 —
3e —	600 —	900 —

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Maison-Blanche. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat, par application de l'article 18, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième. Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

ART. 21. — L'arrêté du 20 mars 1857 et le règlement sur le service de santé de l'Assistance publique sont applicables aux internes dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas réglementées par le présent arrêté. Toutes les questions soulevées au cours des opérations du concours et qui ne pourraient être résolues par l'application pure et simple des règlements précités feront l'objet d'un vote du jury qui statuera à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante.

ART. 22. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur du Personnel sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Ce concours a lieu également pour les *internes* de l'infirmerie spéciale des *aliénés* à la Préfecture de police. Ces internes recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la Préfecture de Police. L'emplacement des salles où auront lieu les diverses épreuves du concours sera indiqué ultérieurement.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données au concours de 1892 à 1904, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie), — C. de 1894 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie). — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1896 : *Plexus brachial* (anat. et physiologie). — C. de 1897 : *Nerfs de la main* (anat. et physiologie). — C. de 1898 : *Sillon de Rolando* (anat. et physiologie). — C. de 1899 : *Sympathique cervical* (anat. et physiologie.) — C. de 1900 : *Anatomie et physiologie du faisceau pyramidal et des voies motrices.* — C. de 1901 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche : Fracture du tibia compliquée de plaies.* — C. de 1902 : *Complications de la fièvre typhoïde : luxation de l'épaule.* — C. de 1903 : *Causes, symptômes et diagnostic de la gangrène. — Diagnostic, pronostic, et traitement des fractures bi-malléolaires.* — C. de 1904 : *Symptômes et diagnostic de la cirrhose atrophique. Symptômes, diagnostic et traitement de la coxalgie.* — C. de 1905 : *Symptomes, diagnostic et complications de la scarlatine. — Etranglement herniaire.*

Questions orales. — C. de 1892 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë : Hernie crurale. — Hemoptysie. — Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisanc*

mitrale. — Fractures de côtes. — Pleurésie purulente. — Luxation de la mâchoire. — C. de 1893 : Signes et diagnostic de l'étranglement interne. — Corps étrangers de l'œsophage. — Ulcère rond de l'estomac. — Luxation de l'épaule en avant. — Pleurésie purulente. — Fracture du col du fémur. — C. de 1894 : Urémie, Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie, symptôme et diagnostic. — Tumeur des bourses. — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds. — C. de 1895 : Substance grise de la moelle. — Anatomie et physiologie. — Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole (symptômes et diagnostic). — Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou. — Hématémèse. — C. de 1896 : Plexus brachial (anatomie et physiologie). — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dedans. — Signes et marche de la cirrhose atrophique du foie — Diagnostic et traitement de la pleurésie purulente. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Signes et diagnostic des plaies de poitrine. — Rétrécissement mitral. — C. de 1897 : Diagnostic des hémoptysies. — Luxation du maxillaire inférieur. — Symptômes et diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine. — Erysipèle. — Etranglement herniaire. — Angine de poitrine. — Les brûlures. — C. de 1898 : Signes et diagnostic de l'urémie. — Etiologie, symptômes et diagnostic du tétanos. — Causes, signes et valeur diagnostique des hémorragies intestinales. — Signes diagnostic et traitement des fractures du rocher. — Angine diphtérique ; — Indications et manuel opératoire de la trachéotomie. — Chlorose. — Plaies de l'intestin. — C. de 1899 : Des crises gastriques. — Symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Mal de Pott. — Pustule maligne. — Signes et diagnostic de la coxalgie ; — Formes cliniques de l'urémie. — C. de 1900 : Symptômes, signes et diagnostic de l'embolie pulmonaire. — Diagnostic et traitement de la rétention d'urine. — Symptômes et marche de l'insuffisance aortique. — Diagnostic et complications des fractures des côtes. — Séméiologie des hémorragies intestinales. — Diagnostic de l'occlusion intestinale. — C. de 1901 : Lobe frontal. — Branches du nerf facial. — Faisceau pyramidal. — Indications et technique du cathétérisme de l'urèthre chez l'homme. — C. de 1902 : Nerf spinal. — Région rolandique. — Racines postérieures. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. — Nerf glosso-pharyngien. — Nerf du cœur. — C. de 1903. Cordon antérieur de la moelle. — De la conduite à tenir en présence d'un accès de suffocation. — De la conduite à tenir en présence de rétention complète d'urine. — C. de 1904 : Plancher du 4e ventricule. — Région sylvienne. — Racines antérieures et postérieures de la moelle. — Indication et manuel opératoire de la thoracentèse. — Diagnostic et traitement des hémorragies utérines. — C. de 1905 : Nerf grand hypoglosse. — Faisceau pyramidal. — Traitement des fractures ouvertes du tibia. — Nous ne saurions trop encourager les candidats à organiser entre eux des *conférences* et non pas à la veille du concours, mais 8 ou 10 mois avant, ainsi que le font les candidats à l'internat des hôpitaux.

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er février 1905 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, asile de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche). — Le concours annuel pour les places vacantes en 1907 aura lieu au mois de janvier prochain.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 1070 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* : M. Maurice Guillot. — *Médecins, chefs de service* : M. Magnan (service de l'admission) ; M. [illegible], médecin assistant. MM. Dubuisson et Vallon (service de [illegible], femmes et hommes). M. Dagonet (chargé du service de consultation et des bains externes). — *Pharmacien en chef* : M. le Dr Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Joffroy, remplissant les fonctions médicales et administratives de médecin en chef (arrêté ministériel du 13 avril 1897). Chefs de clinique : MM. les Drs Juquelier et Turpas. Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. le Dr Rabaud. MM. les Drs Dumas et Serveaux, attachés au laboratoire d'expérimentation physiologique. — M. Magnan. mercredi à 9 h. 1/2, service d'alimentation. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 h., dans la salle des consultations externes. Dentiste : M. Touchard. Dentiste adjoint : M. Poinsot (Paul).

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (vingtième année). — Les cours ont lieu du mois de novembre au mois de juin, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils ont commencé le 19 octobre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr Simon. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr Mauclaire. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr Simon. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr Simon. — *Petite pharmacie*, professeur : M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Maison-Blanche. — *Administration*, professeur : M. Guillot directeur. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 h., à la direction de l'Asile, 1, rue Cabanis.

II. — Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). 974 lits. — *Directeur* : M. Sigismond Lacroix. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs Kéraval (division des femmes) ; Marandon de Montyel (division des hommes) ; Legrain (quartier spécial des alcooliques). — *Pharmacien en chef* : M. Moureu, agrégé de l'Ecole de Pharmacie. — *Dentiste* : M. Hach, chirurgien-dentiste.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef : M. le Dr Sérieux, pour médecin adjoint, M. le Dr Leroy.

III. — Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 721 lits. — *Directeur* : M. René Pichon. — *Médecins en chef* : M. le Dr Dupain (femmes), M. le Dr Vigouroux (hommes). — *Pharmacien en chef* : M. Valeur. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr Blin est médecin chef de service de la colonie. — *Dentiste* de l'Asile et de la Colonie : M. Martinier, chirurgien-dentiste.

Ecole d'Infirmiers et d'Infirmières. — *Anatomie et Physiologie* : M. le Dr Blin. — *Administration* : M. Pichon, directeur. *Hygiène* : M. le Dr Dupain. — *Pansements, Petite chirurgie* : M. le Dr Vigouroux. — *Petite Pharmacie* : M. Valeur, pharmacien en chef.

IV. — Asile de Villejuif (Seine), 1.140 lits. — *Directeur* : M. Monteil. — *Médecins chefs de service* : M. le Dr Marcel Briand (division des femmes, 2e section) ; M. le Dr Marie (division des hommes, 2e section); M. le Dr Toulouse (division des femmes, 1re section) ; M. le Dr Pactet (division des hommes, 1re section) ; M. le Dr Colin, chargé de l'organisation d'un quartier d'aliénés difficiles. *Pharmacien en chef* : M. Requier. — *Dentiste* : M. le Dr Pietkiewcz.

Ecole d'Infirmières. — *Hygiène* : M. le Dr Marcel Briand. — *Anatomie et Physiologie* : M. le Dr A. Marie. — *Pansements* : M. le Dr Colin. — *Pharmacie* : M Requier, pharmacien. — *Administration* : M. Monteil, suppléé par M. Verhiepe.

V. — Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), affecté exclusivement aux malades femmes, 700 lits. — *Directeur* : M. Druon. — *Médecins en chef* : M. le Dr Lwoff. (1re section). M. le Dr Boudrie (2e section). *Dentiste* : M. Hach.

VI. Asile de Moisselles, à Moisselles (Seine-et-Oise). — *Directeur-Médecin* : M. le Dr Trenel ; *dentiste*, M. le Dr Revertegat.

VII. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur-médecin* : M. le Dr Truelle. — *Médecins adjoints* : MM. les Dr Ameline et Capgras. — Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). — *Directeur-médecin* : M. le Dr Bonnet.

Ecole d'Infirmiers et d'Infirmières. — *Administration* : M. Druon, directeur. — *Anatomie, Physiologie, Hygiène* : M. le Dr Boudrie, médecin en chef. — *Pansements* : M. Lwoff, médecin en chef. — *Petite Pharmacie* : M. Thabuis, phamacien en chef.

Chirurgiens des Asiles de la Seine : M. le Dr Pozzi, chirurgien consultant. — M. le Dr Picqué, chirurgien en chef. — M. le Dr Mauclaire, chirurgien-adjoint.

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Ritti et Antheaume. — *Médecin suppléant* : M. le Dr Mignot. — *Chirurgien en chef* : M. le Dr Damalix. — *Chirurgien suppléant* : M. le Dr Beaussenat. — *Directeur* : M. Bonnier.

Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions. *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol. Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; *Diagnostic de la hernie inguinale.* — Le 2e concours a eu lieu en mars 1887 ; le troisième concours le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Nerf crural* ; *Dure-mère cranienne.* Question orale : *Symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Fractures du péroné.* Les autres questions étaient : *Ulcère rond de l'estomac, Symptômes et diagnostic* ; *Pansement des plaies* ; *Symptômes de la pneumonie gauche aiguë* ; *Panaris.* — Le concours suivant a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Dure-mère cranienne* ; *pneumogastrique.* Question orale : *Symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien.* Les autres questions étaient : *Diagnostic de la pneumonie aiguë franche* ; *luxation du maxillaire inférieur* ; *étiologie de la fièvre typhoïde* ; *rétention d'urine.* — Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles : le concours a été remarquablement brillant. Question écrite. *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue.* Question orale : *Pneumonie* ; *hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique* ; *Fracture du col du fémur* ; *Insuffisance mitrale* ; *Entorse.* — Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire : un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobes frontaux et cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Symptômes de l'hémorragie cérébrale* ; *Fracture des côtes* (symptômes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Entorse tibio-tarsienne* ; *Diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie* ; *Rétention d'urine.* — Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient fait inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde ; cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule* ; *nerf facial.* Question orale : *Coliques hépatiques* : *Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.* Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde, fractures du rocher* ; *Erysipèle de la face* ; *Rétrécissement de l'urèthre.* — Au concours qui a eu lieu le 22 mai 1898, neuf candidats s'étaient fait inscrire : cinq ont pris part à la première épreuve et quatre à la seconde ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf phrénique* : *cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Diphtérie, diagnostic et traitement* ; *Luxations de l'épaule.* Les autres questions étaient : *Cirrhose du foie, fractures du péroné* ; *Goitre exophtalmique, hémorrhoïdes.* — Au concours qui a eu lieu le 28 novembre 1899, dix candidats s'étaient fait inscrire ; sept ont pris part à la première épreuve, ainsi qu'à la seconde ; tous les sept ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Plexus lombaire.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobe occipital* ; *nerf glossopharyngien.* Question orale : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie* ; *hydrocele vaginale.* Les autres questions étaient : *Etiologie et diagnostic de la fièvre typhoide. Hématémèse et mal de Pott.* — Au concours qui eut lieu le 20 janvier 1903, neuf candidats s'étaient fait inscrire ; six ont pris part aux deux épreuves ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Des neurones. Anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf maxillaire inférieur* : *lobe de l'insula.* Question orale : *Grande attaque d'épilepsie* ; *traitement des fractures de jambe.* Les autres questions étaient: *Delirium tremens* et *synovites du poignet* ; *Hématémèses cervicales et adénites.* Deux concours ont eu lieu en 1904. Au premier qui eut lieu le 3 mai 1904, six candidats s'étaient fait inscrire ; trois seulement se sont présentés ; deux ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf radial* ; *anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Sinus de la dure-mère* ; *cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Urémie, symptômes et diagnostic* ; *cathétérisme de l'urètre* ; *indications et manuel opératoire.* Les autres questions étaient : *Coliques hépatiques et fracture de la clavicule* ; *pleurésie et hernie étranglée.* Au second qui s'est réuni le 20 septembre, quatorze candidats s'étaient fait inscrire : onze se sont présentés ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Méninges rachidiennes et liquide céphalo-rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf spinal* ; *corps opto-strié.* Question orale : *Symptômes, diagnostic et complication de la scarlatine* ; *les fractures de la clavicule.* Les autres questions étaient : *Etiologie, symptômes et diagnostic de l'appendicite et entorse tibio-tarsienne* ; *coliques néphrétiques* et les *hémorrhoïdes.* Le prochain concours aura lieu très prochainement. — On trouve, chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme de ce concours.

Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Entrée rue Moreau, n° 13, près la Bastille. Directeur : M. Vaughan. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations.

Conférences d'Ophthalmologie. — Les Médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 28 novembre, des leçons cliniques et les continueront les mardi suivants.

La leçon sera faite alternativement par l'un des quatre médecins de la Clinique, dans l'ordre et aux heures ci-après : Dr Trousseau, 1 heure 1/4 ; Dr Chevallereau, 1 heure 1/2 ; Dr Valude, 2 heures ; Dr Kalt, 2 heures. — Consultations et opérations à 1 heure.

Institution nationale des Sourds-Muets.

Rue Saint-Jacques, n° 254. — *Directeur*, M. Collignon. — *Service de santé* : M. le Dr Charles Leroux, médecin ; M. le Dr Tscherning, médecin-oculiste ; M. le Dr Jarre, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Chirurgien chef du service : M. Castex. — Chirurgiens-adjoints : MM. les Drs Grossard et Malherbe. — Cette clinique a en moyenne 3.000 malades chaque année, et donne environ 15,000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin à 9 heures. — Des ateliers de typographie, de sculpture sur bois, de menuiserie, de cordonnerie, de tailleurs, fonctionnent dans l'établissement. L'horticulture est également enseignée.

Institution nationale des Jeunes Aveugles.

Boulevard des Invalides, 56. — *Directeur*, M. Winter. — *Médecin* : M. le Dr Claisse ; *Médecin-oculiste* : M. le Dr Landolt ; *Dentiste*, M. Hartwick. — L'enseignement pour les élèves comprend spécialement : la musique et les arts qui s'y rattachent et des ateliers de travaux manuels, tels que la fabrication du filet, le cannage et l'empaillage des sièges, le tour, etc.

Asiles de convalescence de Saint-Maurice, du Vésinet, Asile Vacassy.

A. des convalescents (ancien asile de Vincennes) (hommes (420 lits). — *Directeur* : M. le Dr Bourrillon. *Médecins* : MM. Bloch et Defau. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1.500 fr. la 1re année ; 1.600 fr. la 2e ; 1.700 fr. la 3e.

A. Vacassy (hommes). — A côté de l'asile des convalescents, se trouve l'Asile Vacassy, créé en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, pour fonder « une maison de secours, aux victimes d'accidents *dans Paris*, soit par les voitures, incendies, soit aux ouvriers dans les travaux de construction des bâtiments, soit dans les fabriques ou enfin de quelque nature que ce soit. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'Asile des convalescents.

A. du Vésinet (femmes). — *Directeur* : M. Gros. — *Médecin résident* : M. Bellissent ; *Médecin adjoint* : M. Calbet (de Chatou). 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices. — Les deux asiles nationaux ont des maisons annexes à Paris en vue de faciliter la recherche du travail aux convalescents sortant de ces établissements.

POLICLINIQUE DE PARIS

48, rue Monsieur-le-Prince.

La Policlinique de Paris a aujourd'hui seize années d'existence ; on y a donné plus de 200.000 consultations ; c'est dire les services qu'elle a rendus et qu'elle rend encore.

Elle ne possède que des services spécialisés, qui tous, sauf celui de gynécologie, sont ouverts aux étudiants, ils peuvent y puiser des documents intéressants pour leur thèse. On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année, comme l'an dernier, deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations : les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches chimiques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances. Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1906-1907 :

MÉDECINE. — *Maladies du cœur et des reins*, Dr KORTZ, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux et Maladies mentales et nerveuses*, Dr L. LEGRAIN, vendredi, 4 h. du soir. — *Maladies des enfants*, Dr H. GILLET, lundi, mercredi vendredi, à 4 h. du soir. — *Maladies de la peau et syphilis*, Dr BUTTE, mardi, jeudi, samedi, à 6 h.— *Electrothérapie et maladies nerveuses*, Dr PEYROU, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. du soir.

CHIRURGIE. — *Chirurgie générale et voies urinaires*, Dr A. BRAINE, lundi, vendredi, 4 h. 1/2. — *Gynécologie, accouchements*, Dr A. OLIVIER, mardi, samedi, 3 h. — *Ophtalmologie*, Dr WUILLOMENET, lundi, mercredi, vendredi,3 h. ; Dr TSCHERNING, mardi, samedi, 11 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents*, Dr BLOCH, mardi, vendredi à 9 heures. — *Laryngologie, otologie, rhinologie*. Dr COURTADE, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Dr LEGRAIN. Des psychoses alcooliques. — Dr H. GILLET : Les grandes médications de l'enfance. — Dr BUTTE : La thérapeutique de la syphilis. — Dr BRAINE. Chirurrgie du rein. — Dr KORTZ : Les cardiopathies artérielles. — Dr OLIVIER : Les métrites. — Dr TSCHERNING : Notions de physique ophtalmologique ; démonstration (au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr WUILLOMENET : Maladies externes de l'œil ; exercices ophtalmoscopiques. — Dr COURTADE : Maladies du larynx.—Dr BLOCH : Dentisterie opératoire.—Dr PEYROU: L'électricité médicale. — Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

180, rue de Vaugirard (XVe arrondissement).

30 lits.

Directeur : A. DEBRAY.

Chirurgie générale et orthopédie. — M. le Dr BILHAUT, consultations les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures. Opérations les jeudis à 8 h. 1/2. — *Maladies de l'estomac, intestin, foie, chimisme gastrique* : M. le Dr P. CORNET, les mercredis, vendredis et dimanches à 9 heures. — *Maladies des voies respiratoires et du cœur* : M. le Dr F. FRÉBAULT, mardi, jeudi, samedi à 11 heures. — *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : M. le Dr LACAZE, consultations lundi, mercredi. vendredi à 2 heures, dimanche matin à 9 heures. Opérations, jeudi à 9 heures. — *Radioscopie et radiographie* : M. le Dr N..., lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. — *Maladies de la bouche et des dents* : M. le Dr E. TERRIER, mardi et vendredi à 11 heures. — *Maladies de la peau et des voies urinaires*, mardi, jeudi, samedi à 10 heures. — *Service de massage* : M. GUILLEMARE, lundi, mercredi et vendredi à 5 heures.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD

199, rue Marcadet. — Paris (XVIIIe).

Cet établissement, fondé en 1896 par le Dr H. de Rothschild sur un terrain appartenant à l'hôpital de Rothschild, 82, rue de Picpus, a été transféré en 1902, 199, rue Marcadet. Il avait été créé dans le but d'organiser des consultations avec distributions gratuites de lait et de médicaments, pour les nourrissons et les enfants malades.

Les nouveaux bâtiments, construits sur les plans de M. Nénot, architecte de la Sorbonne, membre de l'Institut, couvrent une superficie de 1400 mètres carrés ; ils se composent d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Au rez-de-chaussée : les bureaux de l'administration, la salle d'attente pour les malades, deux salles de consultations, la salle d'examen pour la laryngologie et l'ophtalmologie, la salle d'opérations, la salle de pansements, une salle de stérilisation (instruments et pansements chirurgicaux), une salle de consultations pour la chirurgie orthopédique, les laboratoires, une salle de conférences, avec appareils pour projections électriques, pouvant contenir 200 personnes, le cabinet du médecin en chef, celui de la directrice, la salle de garde des internes, le bureau du pharmacien en chef et la pharmacie.

Au premier étage : deux salles de malades de 12 lits chacune, deux autres salles de six lits chacune, les laboratoires de photographie et de radiographie, l'atelier de pose, le service d'isolement composé de 4 chambres, les appartements du personnel et enfin la bibliothèque qui contient déjà plus de 12.000 volumes concernant particulièrement la pathologie et l'hygiène infantiles.

Au sous-sol : l'amphithéâtre d'anatomie, les salles d'hydrothérapie, la buanderie, la cuisine.

L'éclairage est électrique ; le chauffage système Geneste et Herscher, à basse pression. Le téléphone relie tous les services intérieurs. Les salles d'opérations et de pansements ont été installées par les maisons Flicoteaux et Lequeux.

Cet établissement peut être considéré à l'heure présente non seulement comme un hôpital, mais encore comme un centre d'enseignement de la médecine infantile. Le médecin en chef, le Dr Henri de Rothschild, est secondé par le Dr Brunier, le Dr Bonnier pour les maladies de la gorge et des oreilles, le Dr Péchin, pour les maladies des yeux, le Dr L. Lévi pour les maladies nerveuses, le Dr Ducroquet pour la chirurgie orthopédique, le Dr Galippe, pour les dents, le Dr Roques pour les maladies infectieuses, le Dr Ehrhardt pour la chirurgie, le Dr Hauser pour les maladies de peau. Les consultations ont lieu tous les matins de 9 heures à midi.

Les cours de bactériologie, d'hygiène et de pathologie infantiles commenceront dès les premiers jours de novembre. La bibliothèque sera publique pour tous les médecins et étudiants inscrits à la Faculté de Paris.

La Polyclinique Henri de Rothschild recevra à toute heure du jour et de la nuit les blessés de la voie publique qui y seront pansés ou hospitalisés jusqu'à ce qu'ils soient dirigés sur un autre établissement ou à leur domicile. Pour visiter, s'adresser à la direction.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Voies digestives. — Le Dr Paul CORNET reprendra, le lundi 10 décembre 1906, à 9 h. du matin, à son laboratoire, 180, rue de Vaugirard, ses leçons de *chimie biologique*, appliquée à la digestion (suc gastrique, urine, fèces, etc.) et à l'alimentation. Le cours a lieu 2 fois par semaine et dure 3 mois. On s'inscrit au laboratoire.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Ch. ABADIE, 18, rue du Dragon. Jeudi : Leçon clinique et opérations, à 2 heures, par le Dr Ch. ABADIE ; mardi et samedi : conférences d'Ophtalmologie, par le Dr DUPUY-DUTEMPS, chef de clinique.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr GALEZOWSKI, 41, rue Dauphine. — Les cours auront lieu en novembre et mois suivants tous les lundis à 3 heures. — *Opérations.* Lundis, mercredis et vendredis. — Choix de verres et réfraction, mardi et samedi, examen ophtalmoscopique, le jeudi. — Conférences pratiques, par MM. les Drs J. GALEZOWSKI et A. BEAUVOIS, à partir du mercredi 3 novembre les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine. Examen ophtalmoscopique et réfraction.

Ophtalmologie. — M. le Dr E. LANDOLT fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 à 2 h. S'inscrire à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Nez, oreilles, larynx. — Dr Fernand LANDOLT, tous les jours à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts, à midi.

Clinique des maladies des yeux. — Clinique du Dr PÉCHIN, 5, place Jussieu. — Conférences. Présentation de malades. Exercices ophtalmoscopiques pour MM. les Médecins et les Etudiants.

Maladies des yeux. — Clinique du docteur A. DEHENNE, 24, rue Monsieur-le-Prince. Consultations publiques tous les jours de

1 h. 1/2 à 3 heures. Consultations payantes : à la Clinique, les mardis, jeudis et samedis, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Clinique du Docteur A. TERSON, 52, rue Jacob, à 1 h. 1/2. La clinique, fondée en 1898, est munie de tous les appareils nécessaires au traitement médical et chirurgical des maladies des yeux. Les diverses échelles, les optomètres, kératoscopes, chromatoptomètre de Chibret, ophtalmoscopes variés, œil artificiel pour les débutants, périmètre, etc., y sont annexés à la salle d'*examen* et à la *chambre noire*.

La *salle d'opérations* est pourvue des appareils destinés à la *stérilisation* par la chaleur sèche et l'ébullition, des électro-aimants (en particulier du *grand* électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers du corps vitré), des appareils pour la lumière électrique, l'éclairage par transparence, la cautérisation ignée, etc.

L'*enseignement* se divise en *deux* parties : conférence policlinique et opératoire, cours techniques.

Des planches murales, des préparations, une bibliothèque *iconographique* importante secondent la démonstration.

Ces divers cours sont annoncés à l'avance. L'enseignement porte sur le diagnostic, le traitement et la *technique*, mais en insistant sur l'*étiologie* et la *pathogénie*, bases du *traitement* rationnel, en cherchant à profiter des découvertes récentes et en exécutant des recherches personnelles.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr DUBOYS DE LAVIGERIE, 76, rue Saint-Dominique. Leçons cliniques et théoriques tous les jours, à 2 h. sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie. Réfraction et Ophtalmoscopie.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile BERGER, 3, rue Anatole-de-La-Forge. Conférences sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale, les lundi, mercredi et vendredi, de 9 à 10 heures du matin.

Maladies des yeux. — Dr KOPFF, Clinique : 13, rue Saint-Guillaume, tous les jours, de 1 à 3 heures.

Maladies des yeux. — Dr JOCQS, 60, rue Saint-André-des-Arts. Clinique et cours théorique les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs DE WECKER et MASSELON, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques et opérations par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 4 à 5 h. — Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par les Drs Masselon et Laignier, chefs de clinique.

Maladies des yeux.— Clinique du Dr GRELAULT, lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures. — Conférences particulières de réfraction et d'examen pratique de l'œil.

Maladies des yeux. — M. le Dr LEFÈVRE, boulevard St-Martin, 25. Les cours sont ouverts depuis le 15 octobre : mardi, jeudi, samedi de 2 à 4 h.

Préparation au Quatrième examen de doctorat. Conférences pratiques libres de Pharmacologie et de Matière Médicale. — Etude du droguier (5e année). — Conférences sur les applications à la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, par le Dr QUIDET, ex-moniteur des travaux pratiques de pharmacologie à la Faculté. Dans la conférence qui accompagne la présentation des principales substances médicamenteuses et des préparations officinales les plus fréquemment employées, les élèves trouvent brièvement exposées : 1° les notions essentielles de pharmacologie (description, provenance, composition, richesse en principes actifs usages thérapeutiques, doses, modes d'emploi) ; 2° l'interprétation de l'action physiologique sur l'organisme sain ou malade ; 3° l'indication des circonstances intéressant l'hygiène journalière ou professionnelle ; 4° les considérations médico-légales (symptomatologie des intoxications, lésions anatomiques, procédés de recherche). Les élèves sont individuellement exercés à reconnaître les produits et sont ensuite interrogés. Les conférences, au nombre de douze par série mensuelle, ont lieu les mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 3 h. à l'hôtel des Sociétés savantes. Cet enseignement constitue un mode de préparation sérieuse, méthodique et rationnelle au 4e examen de doctorat ; il vise plus encore au-delà de l'examen et tend à former pour le praticien une part bien classée du bagage scientifique indispensable. Pour s'inscrire (droit 50 fr.), s'adresser à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, où à M. le Dr QUIDET, 54, rue Bonaparte (les lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 3 h.).

Enseignement de l'histologie. — M. PETTIT, docteur ès-sciences, docteur en médecine, fait, chaque année, à partir du 15 octobre (environ), un enseignement (gratuit) pratique d'histologie comparée. Les leçons et manipulations ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 2 heures. S'inscrire d'avance, l'après-midi, 55, rue de Buffon, auprès du Dr Pettit.

Cours pratique de Technique microscopique et de diagnostic, d'histologie normale et pathologique. — Le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire de l'hôpital Broca, fait son cours tous les jours, excepté le samedi, de 4 h. à 6 heures, dans son Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

Cours de Technique bactériologique. — Essentiellement pratique, comme le précédent, il a lieu, tous les jours, excepté le samedi, de 2 h. à 4 h. Etude des principaux microbes (tuberculose, choléra, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.) Méthodes de coloration. Méthodes de stérilisation. Analyses de produits pathologiques. Inoculations, etc.

Dans ces deux cours, les élèves font une série de préparations qui servent de types et qui restent leur propriété, le cours terminé. De nouveaux cours commenceront le 20 novembre prochain. On s'inscrit chez le Dr LATTEUX, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 h. à 6 h.

Maladies des voies urinaires. — Clinique du Dr DESNOS et du Dr MINET, 15, rue Malebranche. — Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 4 h., démonstrations cliniques et exercices pratiques.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr LAVAUX. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), à partir du samedi 5 décembre 1904.

Thérapeutique médico-chirurgicale des maladies génito-urinaires. — Le docteur A. GUÉPIN, chef de service, commencera son cours, le 2e jeudi de novembre, à l'hôpital Péan et le continuera les mardis et jeudis à 9 h. 1/2 du matin ; le nombre des élèves est limité. — Se faire inscrire de suite à l'hôpital.

Clinique Apostoli-Laquerrière, 15, rue Montmartre (ancienne clinique du Dr Apostoli, fondée en 1882). — Est ouverte aux médecins et étudiants les mardi, jeudi et samedi à partir de 3 heures. Une installation complète, toujours tenue au courant des progrès les plus récents de l'instrumentation, permet aux élèves de s'initier aux applications des diverses modalités électriques à la *gynécologie*, *aux maladies du système nerveux*, du *tube digestif*, de la *nutrition* ; à la pratique de la *radioscopie*, de la *radiographie* et de la *radiothérapie*, à *l'électro-diagnostic*, aux *traitements des accidents du travail*, etc. Chaque année, de nombreux étudiants trouvent à la clinique le sujet de leur thèse inaugurale.

Conférences.— Deux fois par an, MM. LAQUERRIÈRE, directeur de la clinique, et DELHERM, ancien interne des hôpitaux, font une série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie (prix, 50 fr. — date de chaque série annoncée par le *Progrès Médical*) dont le programme est le suivant :

I et II. Electrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Maladies de la nutrition. — XII. — Applications chirurgicales. — Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires etc., etc.)

Ils font en outre plusieurs fois dans l'année d'autres conférences permettant d'étudier plus particulièrement telle ou telle branche de l'électrothérapie et de la radiologie.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Clinique de M. le Dr BARATOUX, 6, rue Jean Lantier (Châtelet). Exercices pratiques par les élèves les mardis et samedis de 4 à 6 heures. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et les oreilles, le mardi à 5 heures à partir du 12 novembre.

Otologie. — M. le Dr GELLÉ père. — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond. Dr G. Gellé fils, assistant.

— M. le Dr G. GELLÉ fils. — Le samedi, à 10 heures, à la *Salpêtrière*, service de M. le Pr Raymond. — Les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2, consultations d'*oto-rhinologie* à la *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu), service de M. le professeur de Lapersonne.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr MADEUF, bi-licencié ès sciences, a créé, depuis 1890, une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. 5, faubourg St-Jacques. Avril et Mai. Lundi, vendredi, de 4 à 6 h.

Cours pratiques de vacances organisés par l'*Association d'enseignement professionnel.* — Ces cours ont été fondés en 1902 par les docteurs Leredde et Marchais dans le but d'offrir aux praticiens un enseignement essentiellement pratique, aux époques de l'année où la clientèle leur laisse plus de liberté, au moment des vacances. Les cours ont lieu tous les ans aux vacances de Pâques et dans la dernière quinzaine de septembre.

L'enseignement se propose deux objets : l'étude des spécialités et la révision de la médecine générale.

Les cours de spécialités ne sont pas des cours de perfectionne-

ment destinées à former des spécialistes. Ils visent à donner aux praticiens les notions nécessaires et suffisantes pour établir un diagnostic, poser une indication, faire les pansements, petites opérations et applications thérapeutiques de pratique journalière. Le temps, très mesuré, sera employé non à discuter sur des cas rares ou à montrer des opérations extraordinaires, mais à exercer individuellement chaque élève à l'examen des organes, aux diagnostics, manœuvres et pansements fréquents et au maniement des appareils.

La révision de la médecine générale se fait dans le même esprit. Pas de bibliographie, pas d'érudition ; le moins de théorie possible, pas de longue étude des cas intéressants par leur rareté : ce qui n'est pas d'un intérêt journalier est laissé de côté. Aussi souvent que le sujet le comporte, la démonstration pratique remplace le discours.

Liste des cours. 1°) *A l'hôtel des Sociétés Savantes*, rue Serpente : Bactériologie, Dr Veillon ; Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde ; Massage, Dr Marchais ; Maladies des voies urinaires, Dr Noguès ; Electrothérapie, Dr Zimmern ; Accouchements, Dr Dubrisay ; Maladies nerveuses, Dr Roy ; Thérapeutique générale, Dr Landowski ; Hygiène et thér. infantiles, Dr Lesné ; Chirurgie dentaire, Dr M. Roy. Chirurgie infantile et orthopédie, Dr Barbarin. 2°) *Dans différents services* : Gynécologie, Dr Arrou ; Chirurgie pratique, Dr Souligoux ; Auscultation, Dr Caussade ; Mal. de l'estomac, Dr Enriquez ; Oto-rhino-laryngologie, Dr G. Laurens ; Ophtalmologie, Dr Morax ; Les cours durent quinze jours. Le prix de chacun est de 20 fr. — S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Marchais, 3, rue Cambacérès, Paris, 8e arrondissement.

Institut des Bègues de Paris, avenue Victor-Hugo, 82, Téléph. 684-31. — Fondé en 1867, avec le concours du Ministre de l'Instruction publique, pour le traitement du bégaiement et de tous les troubles de la parole. Subventionné par le Ministre de l'Intérieur, la Ville de Paris et le Département de la Seine. — Dr CHERVIN, Directeur. Tous les jours, de 1 h. à 2 h. et autres heures sur rendez-vous.

Enseignement pratique de la chirurgie dentaire. — Le Dr SIFFRE, chargé de l'enseignement dentaire aux médecins coloniaux, fera un cours libre de chirurgie dentaire réservé aux étudiants en médecine et aux docteurs désirant se spécialiser en art dentaire. Ce cours sera complet en 3 mois : il comporte 3 parties : A. Travaux pratiques de dentisterie sur mannequin. B. Clinique, opérations sur malades. C. Travaux pratiques de prothèse et applications cliniques. Le cours sera annoncé par affiche. — Clinique du Dr Siffre, 2, rue Huyghens.

Stomatologie et chirurgie dentaire. — Clinique du Dr R. NOGUÉ, 65, rue du Faubourg Saint-Antoine, ouverte tous les matins, de 8 à 11 heures. Technique opératoire. Anesthésie. Prothèse. Technique et pratique des aurifications. Enseignement réservé aux étudiants en médecine et docteurs.

Maladies nerveuses. — Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur des aliénés de la Seine, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le jeudi 24 janvier, à 10 heures du matin, à l'Institut psycho-physiologique 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours libre sur les applications de *l'Hypnotisme à la Pédiatrie et au traitement des psychonévroses*. Il les continuera les jeudis suivants.

Ecole française d'orthopédie et massage. — M. le Dr ARCHAMBAUD a repris ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, le mercredi 8 novembre, à six heures du soir, et les continue les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi, de 4 h. à 6 heures, à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation. Les étudiants en médecine ne payent que la moitié des frais d'inscription pour les cours.

Thérapeutique du mal de mer. — La Ligue contre le mal de mer fera, à partir de février, en son *local spécial*, de petites conférences sur les moyens de traitement contre le mal de mer. Ces conférences seront à l'usage des étudiants et des médecins qui se destinent à la navigation et des personnes qui souffrent du mal de mer. Les élèves apprendront la manière de se servir des appareils et des produits qui ont été envoyés de tous les points du monde à l'exposition de la Ligue. Ceux qui accepteront de soigner les malades sur le bateau que la Ligue se propose d'affréter pour le transport des congressistes à Lisbonne, au mois d'avril auront le passage gratuit. Jamais une pareille occasion ne se rencontrera de grouper tant de médecins pour la guérison du mal de mer qui n'est enseignée nulle part. S'inscrire 80, Bd Port-Royal, Paris, Ve, pour être prévenu directement. La Ligue envoie franco son journal à qui en fait la demande.

La Ligue a fait voter à l'unanimité le vœu suivant : Introduction de l'étude du mal de mer, au point de vue du *traitement pratique*, dans les programmes des médecins sanitaires et de marine. L'étude du traitement du mal de mer ne saurait donc plus les trouver indifférents. Sous peu, il fera partie du programme du médecin sanitaire.

Au Congrès médical de Lisbonne (23 au 26 avril 1906) *sur le bateau affrété par la Ligue du mal de mer.* — Les étudiants peuvent y aller gratuitement. Réduction aux adhérents qui s'inscriront de suite. — La Ligue est tellement convaincue qu'on peut être utile aux malades qui souffrent du mal de mer qu'elle n'a pas craint de faire accompagner, avec une grande partie de son matériel, les médecins qui allaient à Londres (sous la direction du Dr Sillonville) ; qu'elle fit accompagner aussi les parlementaires anglais, et qu'elle est allée chercher les médecins anglais à leur venue en France. Elle fit de même sur le bateau d'Ostende à Dunkerque, mis à la disposition du Congrès par le Gouvernement belge, lors de son exposition spéciale d'Ostende, sous le patronage du Roi et de la municipalité. — La Ligue a des filiales allemande, autrichienne, belge, grecque, italienne et plusieurs comités. Elle a publié un guide dont la traduction a été demandée cinq fois. Elle envoie son journal en plusieurs langues sur demande au Dr MADEUF, secrétaire-général, 80, boulevard Port-Royal, Paris.

Programme de l'exposition de l'art médical et d'hygiène au Congrès de Lisbonne (avril 1906). — La Ligue rappelle que les expositions congressistes, notamment celle de Rome, en 1894, ont obtenu un grand succès de propagande. Elle engage donc Messieurs les fabricants de produits spécialisés, d'appareils et d'instruments, les directeurs d'établissements sanitaires, de maisons de santé, de convalescence, les inventeurs, les propriétaires d'eaux minérales, etc., qui auraient des appareils, des photographies, des préparations, des statistiques, des pièces anatomiques, des procédés de traitement ou d'opération à faire connaitre à d'autres confrères que ceux de leur section, à ne pas négliger de profiter de ce puissant moyen de publicité. Le bateau affrété par la Ligue, prenant et ramenant dans chaque port les médecins congressistes et, en même temps, les objets exposés, il y aura possibilité pour les exposants de faire voir, pendant la durée du voyage, lesdits objets. Ceux-ci, cette fois, ne risqueraient pas d'arriver après le Congrès comme cela s'est vu à Madrid. Enfin, les frais d'installation seraient réduits au minimum. Ces frais, en tout cas, seront d'autant moins élevés qu'il y aura davantage d'exposants. Ces derniers ont donc tout intérêt à amener des adhérents, car une exposition attire d'autant plus de visiteurs qu'elle compte plus d'exposants.

Clinique du Dr Gabriel ARTHAUD, 5, rue Mazarine. — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 8 heures du soir. Dimanche, de 11 heures à 3 heures. — La clinique est consacrée à peu près exclusivement à l'étude de la *tuberculose*. Fondée en 1890, elle est ouverte depuis son début à tous les étudiants et à tous les docteurs en médecine. Le laboratoire annexé à la clinique est consacré à l'étude technique des procédés d'examen ou de traitement.

Chimie digestive. — M. le Dr Paul CORNET reprendra ses leçons de chimie digestive (analyses des sucs digestifs, bile, urines, fèces, etc.), le lundi 11 décembre 1905, à 9 heures, à son laboratoire. 180, rue de Vaugirard. Le nombre des auditeurs est limité. Pour tous renseignements s'adresser sur place.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

Cours élémentaires de syphiligraphie, vénéréologie. — Professeurs : MM. JULLIEN, VERCHÈRE, OZENNE, LE PILEUR et WICKHAM. 1er semestre, janvier, février ; 2e semestre, mai, juin. Ces cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 10 heures 1/2, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. Ils sont destinés aux docteurs en médecine et aux étudiants munis de 16 inscriptions. On peut se faire inscrire à la maison même, en se rendant aux cours. Des affiches annonceront le début des cours.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE.

Ecole d'application du Service de santé militaire.

Année 1905-1906.

Directeur : M. le médecin inspecteur DELORME.

Sous-Directeur : M. le médecin principal de 1re classe NIMIER.

MÉDECINS AIDES-MAJORS ÉLÈVES ET MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. les Professeurs chefs des services médicaux. — *Clinique chirurgicale* : MM. les professeurs chefs des services chirurgicaux.— *Clinique spéciale* (*ophtalmologie, otologie, laryngologie*) : M. SIEUR, professeur. — *Clinique des maladies vénériennes et cutanées* : M. BONNET, professeur agrégé.

Cours.

Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire : M. MIGNON, professeur. — *Hygiène militaire* : M. LEMOINE, professeur. — *Epidémiologie* : M. VINCENT, professeur. — *Chirurgie spéciale, service de santé en campagne* : M. SIEUR, professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaire* : M. SIMONIN, professeur. — *Chirurgie d'armée* : M. X..., professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. GEORGES, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène, vaccination : M. SACQUÉPÉE, professeur agrégé. — *Conférences de blessures de guerre, exercices de diagnostic chirurgical, radiographie* : M. TANTON, professeur agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. DOPTER, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques, exercices de médecine opératoire* : M. PICQUÉ, professeur agrégé. — *Exercices d'ophtalmoscopie, bandages et appareils, manœuvres d'ambulance* : M. X..., prof. agrégé. — *Conférences de législation et administration militaires, de médecine légale et autopsies, exercices de diagnostic médical* : M. CHAVIGNY, professeur agrégé. — *Microbie et bactériologie* : MM. VINCENT, professeur, et DOPTER, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. GAILLARD, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES. — **Cours et conférences.**

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. GEORGES, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* M. GAILLARD, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. LEMOINE, professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires* : M. SIMONIN, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale* : M. GAILLARD, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. DOPTER, professeur agrégé. — *Exercices et travaux pratiques* : MM. GEORGES, professeur et GAILLARD, professeur agrégé.

Ecole pratique des Hautes Etudes.

(Nouvelle Sorbonne.)

PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — M. Jules SOURY, directeur d'études, traitera, à partir du 7 novembre, *des localisations spinales et cérébrales dans les différentes classes des vertébrés*, les lundis, à 5 h. ; il exposera tous les vendredis, à la même heure, *la structure et les fonctions du système nerveux central.*

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.— Asile de Villejuif (tramway du Châtelet), annexé au service de M. TOULOUSE, directeur. Chef des travaux : M. N. VASCHIDE. Préparateur : M. H. PIÉRON. Les élèves sont exercés, sous la direction de M. Vaschide et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psychologie expérimentale. Des conférences, dont le programme sera ultérieurement publié, seront faites par le directeur, M. Toulouse, et ses collaborateurs. On est prié de se faire inscrire au préalable pour prendre part aux travaux pratiques, qui sont gratuits.

AVIS

THÈSES DE DOCTORAT.— *Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.*

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange, en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

COLLÈGE DE FRANCE

Cours d'anatomie générale. — M. RANVIER, professeur ; M. SUCHARD, suppléant, étudiera les organes de la circulation lymphatique : les mercredis et vendredis, à 5 heures (salle n° 2).

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. RANVIER, directeur ; M. MALASSEZ, directeur adjoint M. JOLLY, maître de conférences, MM. NAGEOTTE et ZACHARIADÈS, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait, de plus, deux cours particuliers par M. Jolly :

1° Sur la technique histologique, et l'histologie en avril, mai et juin :

2° Sur l'histologie normale et pathologique du sang. Ce dernier a commencé le 3 octobre, et a lieu les mardis, jeudis et samedis ; il durera un mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 heures à 4 heures.

Cours de Médecine. — Professeur : Dr D'ARSONVAL, sera remplacé cet hiver par M. le Dr BORDAS, qui s'occupera des eaux.

Laboratoire de physique biologique : Directeur : M. D'ARSONVAL.— Chef des travaux, Dr ROUSSY ; préparateur, Dr F. GUYON.

Cours de pathologie générale et comparée. — M. CHARRIN, professeur, étudiera la part de l'organisme dans la genèse des maladies infectieuses : les mardis et jeudis à 5 h.

Laboratoire de médecine expérimentale (hautes études). — M. CHARRIN, directeur ; MM. ANTHONY et DUMÉNY, chef des travaux.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. FRANÇOIS-FRANCK, professeur, continuera ses études expérimentales de mécanique respiratoire comparée chez l'homme et les animaux : mercredis, 3 h. 3/4, leçons théoriques. Vendredis, 11 h. matin, leçons de démonstration.

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. FRANÇOIS-FRANCK, directeur ; M. HALLION, chef des travaux ; M. LAMY, préparateur. Ce laboratoire, ouvert les lundis, mardis et samedis, est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. HENNEGUY, professeur, traitera de l'histogenèse, les mardis de 5 à 6 h. et les samedis de 3 à 4 heures.

Laboratoire d'Embryogénie. — M. HENNEGUY, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours de Chimie organique. — M. BERTHELOT, professeur.

Cours de Chimie minérale. — M. LE CHATELIER, professeur.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Le Chatelier sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre ; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

Le laboratoire maritime de Concarneau est annexé au Collège de France. MM. D'ARSONVAL, CHARRIN, HENNEGUY, RANVIER, directeurs, M. FABRE-DOMERGUE, directeur-adjoint. Ce laboratoire est ouvert de juin à fin septembre ; s'adresser à l'un des directeurs ou au directeur-adjoint.

Archives d'anatomie microscopique publiées par MM. RANVIER et HENNEGUY.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Cours du premier Semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 5 novembre 1906.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. G. DARBOUX, professeur, traitera des principes généraux de la géométrie infinitésimale. Il étudiera en particulier les systèmes de coordonnées curvilignes. — *Calcul différentiel et calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. GOURSAT, professeur, traitera des opérations du calcul différentiel et du calcul intégral. Eléments de la théorie des fonctions analytiques. (Voir aux conférences). — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. Paul PAINLEVÉ, professeur de mathématiques générales, traitera les lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Mathématiques générales* : Les lundis et jeudis, à cinq heures et demie, M. RAFFY (voir applications a la géométrie) et M. BLUTEL (voir aux conférences) exposeront la première partie du cours de mathématiques générales. — *Applications de l'analyse à la géométrie* : Les jeudis, à cinq heures et demie. M. RAFFY, professeur, traitera des applications géométriques de l'analyse en vue du certificat de mathématiques préparatoires à l'étude des sciences physiques. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. H. POINCARÉ, professeur, traitera des limites de la loi de Newton.— *Calcul des probabilités et physique mathématique* : Les mardis et samedis, à 10 h. 1/4. M. Bou-

sinesq, professeur, étudiera les frottements intérieurs des fluides avec applications, d'une part, aux phénomènes d'écoulement bien continus, d'autre part, à l'extinction graduelle des ondes.— *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis à 8 h. 1[2], et les jeudis, à 10 h. 1[4]. M. G. Kœnigs, professeur, traitera de l'étude cinématique et dynamique des machines. Les travaux pratiques auront lieu sous la direction de M. le professeur Kœnigs, le mardi, à quatre heures. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, traitera de l'électricité et du magnétisme (électrolyse exclue). Des manipulaions et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Physique* (Fondation de l'Université de Paris) : Les jeudis à 3 h. M. Pellat, professeur, traitera de la thermodynamique. — *Physique* (voir aux cours annexes.)— *Chimie* : Les mercredis et vendredis, à 2 h. M. A. Ditte, professeur, traitera des métaux sur les corps composés. — Etude générale des sels. (En vue du certificat de chimie supérieure. — *Chimie* : Les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. H. Moissan, professeur. Généralités. — Revision des métalloïdes par familles naturelles. — Métaux. — Généralités sur leurs composés. — Classification des corps simples. (En vue du certificat de chimie générale.) — *Zoologie, anatomie et physiologie comparées* : Les jeudis à 4 h., et les vendredis, à 2 h. 1/2. M. Y. Delage, professeur, traitera des spongiaires, des cœlentérés et des vermidiens.— *Evolution des êtres organisés* (Fondation de la Ville de Paris) : Les mercredis, à 2 heures et les samedis, à 11 heures. M. Alfred Giard, professeur, étudiera le mercredi, les problèmes de l'hérédité. Il traitera, le samedi, du mimétisme et de l'homochromie. Le professeur dirigera, les lundis, à deux heures, rue d'Ulm, nº 3, les travaux pratiques d'embryologie générale. — *Histologie* (Fondation de l'Université de Paris) : Les mercredis et vendredis, à 10 heures et demie. M. J. Chatin, professeur, traitera des tissus, puis il exposera l'histologie comparée des organes de nutrition. Les travaux pratiques auront lieu le jeudi, à une heure, sur des sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures d'histologie. — *Zoologie* (Introduction générale à l'étude des sciences naturelles) : Les mercredis, à 4 heures. M. Houssay, professeur, développera les méthodes et les conclusions communes à toutes les sciences de la nature et s'efforcera d'initier, par des exemples significatifs, à la diversité des techniques. — *Botanique* : Les mardis et vendredis, à 4 heures. 1/2. G. Bonnier, professeur, traitera de la morphologie et de Classification des thallophytes (algues, champignons, lichens). Les travaux pratiques auront lieu, sous la direction du professeur, les mardis (botanique), et les mercredis (physiologie végétale), à huit heures et demie. — *Géologie* : Les jeudis et samedis, à 2 heures. M. E. Haug, professeur, traitera, le jeudi des phénomènes volcaniques et de la dynamique externe ; il fera le samedi, l'étude détaillée des tertiaires et quaternaires aux points de vue stratigraphique et paléontologique. — Des conférences pratiques auront lieu aux heures de laboratoire. — *Géographie physique* : Les mercredis, à 2 h., et les samedis à 3 h. 1/2. M. Ch. Vélain, professeur, traitera de la géomorphogénie, et terminera par l'étude de l'Amérique du Nord. Il dirigera les lundis, à 1 h. 1/2, et les mercredis, à 9 heures, des travaux pratiques de géographie physique. Les vendredis, à 9 heures, M. A. Berger, docteur ès-sciences, fera dans le laboratoire des conférences de physique terrestre et météorologie et (2e semestre) des conférences d'océanographie et de topographie suivies de travaux pratiques.

Cours Annexes.

Théorie des fonctions : Les lundis, à cinq heures, M. E. Borel, professeur adjoint, chargé du cours, exposera la théorie générale de la croissance des fonctions et en fera quelques applications simples.— *Physique* : Les lundis, à 1 h. 1/2, Mme Pierre Curie, chargée du cours, exposera la théorie des ions dans les gaz et traitera de la radioactivité. — *Chimie physique* : les vendredis, à 5 h. 1/4, et les samedis, à 3 heures. M. Jean Perrin, chargé du cours, traitera (le vendredi) de la matière diluée, des Electrolytes et des Colloïdes, et (le samedi) de la Règle des phases, de la Mécanique chimique et de la photochimie. — *Chimie appliquée* (Fondation de l'Université de Paris) : les mardis, à 9 h. et les jeudis, à 11 h. M. C. Chabrié, chargé du cours, traitera de la purification de l'eau, des produits de la grande industrie et des combustibles. Des travaux pratiques en vue du Certificat de Chimie appliquée auront lieu les mardis et vendredis de 2 h. à 5 h. 1/2, sous la direction de M. le Professeur Moissan. — *Embryologie générale* : les lundis et jeudis à 10 h. 1/2. M. Le Dantec, chargé du cours, traitera de l'évolution individuelle des êtres vivants.

Conférences et travaux pratiques.

Les conférences et travaux pratiques commenceront le lundi 12 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être fait immatriculer et sur la présentation de leur carte.

Sciences mathématiques. — M. Goursat, professeur, fera une conférence sur les matières de son cours les vendredis à 2 h. 1/2.— M. Raffy, professeur, fera des conférences sur la géométrie supérieure, en vue du certificat correspondant, les lundis à 2 h. 3/4. — M. Hadamard, professeur adjoint, fera des conférences sur l'Analyse supérieure, en vue du certificat correspondant, les samedis, à 5 h. 1/4. — M. Puiseux, professeur adjoint, fera des conférences sur la mécanique les mercredis, à 4 heures, et les samedis, à 3 h. 1/2. — M. Hadamard, professeur adjoint, fera des conrences sur le calcul différentiel et le calcul intégral le mardi à 2 h. 1/2. — M. Blutel, chargé de conférences, fera des conférences sur l'Algèbre, en vue du certificat de Mathématiques préparatoires à l'étude des sciences physiques les mardis et les samedis, à 5 h. 1/2. — M. Servant, chef des travaux pratiques de Mécanique physique, fera, les mardis, à 4 h., des conférences sur les questions indiquées par le Professeur et surveillera l'exécution des travaux pratiques.

Sciences physiques. — M. Pellat, professeur, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. 1/4. — M. Leduc, professeur adjoint, fera, les mercredis, à 4 h., des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. — Enseignement pratique au laboratoire, le vendredi, de 9 h. à 11 h. 1/2, et 3 h. à 6 h. — Les manipulations de physique auront lieu au laboratoire d'enseignement (directeur : M. le professeur Bouty ; sous-directeur : M. Dongier) les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 h. 1/2. — M. Matignon, maître de conférences, traitera le jeudi à 10 h. 1/2, des métaux alcalins, alcalino-terreux et des métaux de la famille du fer. — M. Bouveault, professeur adjoint, fera, les mardis et les samedis, à 4 h. 1/4, des conférences de chimie organique. Il en exposera les généralités et fera l'étude des fonctions de la série grasse. — M. Lebeau, chargé de cours, fera, les mardis et jeudis, à 5 heures des interrogations sur la chimie minérale. — M. Urbain, chargé de cours, fera les mercredis et les samedis, à 9 heures, une conférence sur l'analyse qualificative, sur les principaux dosages volumétriques, sur l'analyse organique élémentaire. — M. A. Fernbach, maître de conférences, fera les mardis et les jeudis, à 2 heures, à l'Institut Pasteur, des conférences de chimie biologique. (Les Matières premières et les principes de la fabrication de l'alcool.) Le laboratoire d'enseignement pratique de chimie générale (directeur : M. Ouvrard) est ouvert aux candidats au certificat de chimie générale, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 1 h. à 5 h. 1/2. — M. Ouvrard fera, les mardis et jeudis, à 1 h 1/2, des conférences de manipulations. — M. Michel, professeur adjoint, fera, les mercredis et samedis, à 8 h. 1/2, des conférences sur la minéralogie, suivies de travaux pratiques.

Sciences naturelles. — M. Hérouard, maître de conférences, fera, les lundis et les mercredis, à 2 h. 1/2, des conférences de zoologie sur les Protozoaires et les échinodermes et (2e semestre) sur les vers et les procordés. — M. A. Robert, chef des travaux pratiques de zoologie, fera, dans le laboratoire, le jeudi, à 9 heures, des conférences sur des sujets relatifs aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie, suivies, de 9 heures et demie à midi, de manipulations sur les mêmes sujets. — M. Louis Lapicque, maître de conférences, fera les lundis, à 4 h. et les mercredis à 5 heures, des conférences de physiologie expérimentale sur les fonctions de relation. — M. Molliard, maître de conférences, fera les mercredis, à 8 h. 1/2, et les jeudis, à 1 h. 1/2, des conférences de physiologie végétale suivies de travaux pratiques réservés aux candidats au certificat de physiologie générale. Il étudiera 2e (semestre) l'action du milieu sur les végétaux. — M. Dubard, maître de conférences, fera les lundis et jeudis à 5 h. 1/4, des conférences de botanique coloniale (fondation du Ministère des colonies). — M. Pervinquière, chef des travaux pratiques de géologie, fera le lundi à 2 h. 1/2, une conférence de paléontologie. — Les travaux pratiques auront lieu les lundis de 9 heures à 11 heures 1/2, les mercredis de 9 heures à 11 heures, et les jeudis, de 3 à 5 heures. — M. L. Gentil, maître de conférences fera des conférences sur les phénomènes géologiques et la pétrographie, le mercredi à 11 heures, et le vendredi, à 10 heures. — M. Caullery, maître de conférences de zoologie (évolution des êtres organisés), fera des conférences : 1º sur le cycle évolutif des protozoaires ; 2º sur l'embryogénie des vertébrés, les lundis, mardis, et à 5 h. 1/2. — M. A. Dereims, chef des travaux, fera des leçons de géologie préparatoires au certificat d'études supérieures des sciences physiques et naturelles.

Diplômes d'études supérieures de sciences mathématiques, physiques ou naturelles.

La préparation aux diplômes d'études et de sciences naturelles peut être poursuivie : Pour la physique, dans les laboratoires de MM. Lipmann, Bouty, Mme Pierre Curie, MM. Jean Perrin, Abraham. Pour la chimie, dans les laboratoires de MM. Haller, Moissan, Gabriel Bertrand, Lespeau. — Pour la Zoologie et la Physiologie animale, dans les laboratoires de MM. Delage, Das

TRE, GIARD, CHATIN, HOUSSAY, PRUVOT. — Pour la minéralogie, dans le laboratoire de M. VALLÉRAN. — Pour la Botanique et la physiologie végétale, dans les laboratoires de MM. Gaston BONNIER MATRUCHOT. — Pour la Géologie, dans les laboratoires de MM. VÉLAIN, HAUG, Léon BERTRAND.

Enseignements et exercices pratiques réservés.

ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE *

M. J. TANNERY, professeur : Calcul différentiel et calcul intégral. — M. L. RAFFY, professeur : Application de l'analyse à la géométrie. — M. BOREL, professeur adjoint : Mathématique. — M. HADAMARD, professeur adjoint. Mathématiques. — M. BRILLOUIN, chargé de conférences. Physique. — M. ABRAHAM, chargé de cours : Physique. — M. COTTON, chargé de cours Physique. M. PÉCHARD, chargé de cours : Chimie. — M. LESPIEAU, maîre de conférences. — Chimie. — M. Léon BERTRAND, chargé de cours : Géologie. — M. MATRUCHOT, professeur adjoint : Botanique. — M. HOUSSAY, professeur : Zoologie.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Physique : 1re *section* : M. Paul JANET, professeur, traitera, lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétique, électro-magnétisme. 2e *section* : M. SAGNAC, chargé du cours, traitera, les mardis, jeudis, samedis, à 9 h. : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. M. KROUCHKOLL, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique, les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section* : M. JOANNIS, professeur, traitera, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. PÉCHARD, chargé du cours, traitera, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. ETAIX, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Zoologie*, M. Rémy PERRIER, chargé du cours, étudiera les points principaux de la zoologie générale et commencera l'histoire des groupes zoologiques. 1re *section* : Les lundis et vendredis, à 10 heures 1/2 : 2e *section* : Les mardis et samedis, à 10 heures 1/2. M. FISCHER, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Botanique* : M. DAGUILLON, professeur adjoint, traitera des plantes cryptogames. 1re *section* : Les mercredis, à 10 heures 1/2 ; 2e *section* : Les jeudis à 10 heures 1/2. M. CHAUVEAUD, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée.

Directeur : M. H. MOISSAN. — Sous-Directeur : M. C. CHABRIÉ.

L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires ; en 2e année, les analyses quantitatives et les préparations de la chimie organique ; en 3e année, les analyses et les préparations des produits industriels. Les exercices de laboratoire ont lieu de 9 heures à 5 heures. M. C. CHABRIÉ, sous-directeur, interroge les vendredis, de 10 heures à midi, les élèves des laboratoires de chimie appliquée. M. GUICHARD, chef des travaux de 1re année, réunit les élèves les mercredis et vendredis, le matin à 9 heures, et leur donne les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. Il fera trente leçons sur les métalloïdes (amph. de chimie, Sorbonne) auxquelles tous les étudiants inscrits pourront assister. — M. FREUNDLER, chef des travaux pratiques de 2e année, réunit les élèves de 2e année les mercredis et vendredis, à 11 heures. M. AUGER, chef des travaux pratiques de 3e année, réunit les élèves de 3e année les mercredis et vendredis, à 4 heures.

Doyen honoraire : M. Gaston DARBOUX. — Professeurs honoraires : M. Louis TROOST, Ch. WOLFF.

Tableau des jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundi : MM. GOURSAT, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; GUICHARD, Amphithéâtre de Chimie, 9 h. ; LEDUC, Laboratoire de Physique, 9 h. ; PECHARD, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. : P. JANET, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; E. HAUG, Laboratoire de Géologie, 9 h. ; LE DANTEC, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 ; H. POINCARÉ, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; PERRIER, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; Mme CURIE, Amphithéâtre de physique, 1 h. 1/2 ; VELAIN, Laboratoire de géographie physique, 1 h. 1/2 ; KROUCHKOLL, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; FISCHER, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; GIARD, Laboratoire, 2 h. ; HÉROUARD, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; PERVINQUIÈRE, Amphithéâtre de Géologie, 2 h. 1/2 ; RAFFY, Amphithéâtre Le Verrier, 2 h. 3/4 ; LAPICQUE, Amphithéâtre de physiologie, 4 h. ; PELLAT, Salle des Conférences de Physique, 4 h. 1/4 ; E. BOREL, Amphithéâtre Le Verrier, 5 h. ; DUBARD, Amphithéâtre Cauchy, 5 h. 1/4 ; CAULLERY, Rue de l'Estrapade, nº 3, 5 h. 1/2.

Mardi : MM. KŒNIGS, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; G. BONNIER, Laboratoire de Botanique, 8 h. 1/2 ; C. CHABRIÉ, rue Michelet, nº 3, 9 h. ; JOANNIS, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; SAGNAC, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; BOUSSINESQ, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; MOISSAN, Amphithéâtre de Chimie, 10 h. 1/2 ; PERRIER, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; BOUTY, Amphithéâtre de Physique, 1 h. 1/2 ; OUVRARD, Laboratoire d'enseignement de chimie générale, 1 h. 1/2 ; KROUCHKOLL, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; ETAIX, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; FISCHER, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; MOISSAN, rue Michelet, nº 3, 2 h. ; A. FERNBACH, Institut Pasteur, 2 h. ; HADAMAR, Amphithéâtre Chasles, 2 h. 1/2 ; G. BONNIER, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; SERVANT, Laboratoire, 4 h. ; BOUVEAULT, Amphithéâtre de Physiologie, 4 h. 1/4 ; LEBEAU, Laboratoire d'enseignement de chimie générale, 5 h. ; CAULLERY, rue de l'Estrapade, nº 3, 5 h. 1/2 ; BLUTEL, Amphithéâtre de Physique, 5 h 1/2.

Mercredi : MM. DARBOUX, Amphithéâtre Le Verrier, 8 h. 1/2 ; G. BONNIER, Labor. de Botanique, 8 h. 1/2 ; MICHEL, Amphith. de minéralogie, 8 h. 1/2 ; MOLLIARD, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; VÉLAIN, Laboratoire de géographie physique, 9 h. HAUG, Labor. de géologie, 9 h. ; G. URBAIN, Salle des conférences du Laboratoire, 9 h. ; P. JANET, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; LEDUC, Labor. de Physique, 9 h. ; PÉCHARD, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; GUICHARD, Rue Michelet, nº 3, 9 h. ; J. CHATIN, Amphith. Milne-Edwards, 10 h. 1/2 ; DAGUILLON, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; P. PAINLEVÉ, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 3/4 ; L. GENTIL, Amphithéâtre de Géologie, 11 h. ; FREUNDLER, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; OUVRARD, Labor. d'Ens. de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; ETAIX, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; FISCHER, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; CHAUVEAUD, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; DITTE, Amphithéâtre de Chimie, 2 h. ; GIARD, Rue de l'Estrapade, nº 18, 2 h. ; VÉLAIN, Amphithéâtre Cauchy, 2 h. ; HÉROUARD, Amphithéâtre Milne-Edwards, P. PUISEUX, Amphithéâtre Le Verrier, 4 h. ; HOUSSAY, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; LEDUC, Salle des Conférences de Physique, 4 h. ; AUGER, Rue Michelet, nº 3, 4 h. ; LAPICQUE, Amphithéâtre de Physiologie, 5 h.

Jeudi : MM. GOURSAT, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; GUICHARD, Amphithéâtre de Chimie, 9 h. ; LEDUC, Laboratoire de Physique, 9 h. ; ROBERT, Laboratoire de Zoologie, 9 h. ; SAGNAC, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; JOANNIS, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; KŒNIGS, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 1/4 ; H. POINCARÉ, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; MATIGNON, Amphithéâtre de Chimie, 10 h. 1/2 ; LE DANTEC, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 ; DAGUILLON, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; C. CHABRIÉ, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; J. CHATIN, Laboratoire, 1 h. ; MOLLIARD, Amphithéâtre Cauchy, 1 h. 1/2 ; OUVRARD, Laboratoire d'Ens. de Chimie générale, 8 1 h. 1/2 ; FISCHER, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; CHAUVEAUD, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; A. FERNBACH, Institut Pasteur, 2 h. ; HAUG, Amphithéâtre de Géologie, 2 h. ; PELLAT, Amphithéâtre de Physique, 3 h. ; Y. DELAGE, Amphithéâtre Milne-Edwards, 4 h. ; LEBEAU, Laborat. d'enseig. de Chimie générale, 5 h. ; DUBARD, Amphithéâtre Cauchy, 5 h. 1/4 ; RAFFY, Amphithéâtre de Physique, 5 h. 1/2.

Vendredi : MM. DARBOUX, Amphithéâtre Le Verrier, 8 h. 1/2 ; LEDUC, Laboratoire de physique, 9 h. ; P. JANET, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; PÉCHARD, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; GUICHARD, rue Michelet, nº 3, 9 h. A. BERGET, Laboratoire de Géographie physique, 9 h. ; C. CHABRIÉrue Michelet, nº 3, 10 h. ; PERRIER, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; J. CHATIN, Amphithéâtre Milne-Edwards. 10 h. 1/2 ; PAINLEVÉ, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 3/4 ; L. GENTIL, Amphithéâtre de géologie, 10 h. ; FREUNDLER, rue Michelet, nº 3, 11 h. ; KROUCHKOLL, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; ETAIX, rue Cuvier, nº 12. 1 h. 1/2 ; CHAUVEAUD, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; OUVRARD, Labor. d'enseign. de chimie générale, 1 h. ; DITTE, Amphithéâtre de Chimie, 2 h. ; MOISSAN, rue Michelet, nº 3, 2h. ; Y. DELAGE, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; GOURSAT, Amphithéâtre de Physique. 2 h. 1/2 ; G. BONNIER, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; LEDUC. Salle des conférences de Physique, 4 h. ; AUGER, rue Michelet, nº 3, 4 h. ; J. PERRIN, Amphithéâtre de Physiologe, 5 h. 1/4.

Samedi : MM. MICHEL, Amphithéâtre de minéralogie, 8 h. 1/2 ; G. URBAIN, Salle des conférences du Laboratoire, 9 h. ; JOANNIS, rue Cuvier, nº 12. 9 h. ; SAGNAC, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; BOUSSINESQ, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; MOISSAN, Amphithéâtre de chimie, 10 h. 1/4 ; R. PERRIER, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; GIARD, rue de l'Estrapade, nº 18, 11 h. ; BOUTY, Amphithéâtre de physique, 1 h. 1/2 ; KROUCHKOLL, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; ETAIX, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; CHAUVEAU

rue Cuvier, 12, 1 h.1/2; E. HAUG, Amphithéâtre de géologie, 2 h. ; J. PERRIN, Amphithéâtre de physiologie, 3 h. ; VÉLAIN, Amphithéâtre Cauchy,3 h. 1/2 ; PUISEUX, Amphithéâtre Le Verrier 3 h. 1/2 ; BOUVEAULT, Amphithéâtre de physiologie 4 h. 14 HADAMARD, Amphithéâtre Le Verrier 5 h. 1/4 ; Blutel, amphithéâtre, Cauchy, 5 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours : — d'analyse supérieure, par M. PICARD (Théorie de équations aux dérivées partielles) ; — Calcul différentiel et de calcul intégral, par M. GOURSAT (équations différentielles ; — Équations aux dérivées partielles) ; — Mécanique rationnelle, par M. PAINLEVÉ (Lois générales du Mouvement des systèmes ; — Mécanique analytique ; — Hydrostatique et Hydrodynamique) ; — Mathématiques générales, par M. APPEL ; —Analyse et mécanique ; — Application de l'analyse à la géométrie, par M. L. RAFFY. — Théorie de la Courbure et propriétés des lignes tracées sur les surfaces. (Programme du certificat de calcul différentiel et de calcul intégral) ; — Astronomie physique, par M. ANDOYER (Programme du certificat d'Astronomie ; — Physique mathématique, par M. BOUSSINESQ : Après avoir terminé l'exposé des questions du premier semestre, le professeur traitera des écoulements tumultueux et tourbillonnements auxquels donnent lieu les lits à grande section (tuyaux de conduite et cours d'eau découverts);— Mécanique phyque et expérimentale, par M. KŒNIGS (Etude cinématique et dynamique des Machines) ;—Théorie des fonctions,par M. BOREL (Applications de la théorie de la croissance) ; — Physique, par M. LIPPMANN (Acoustique et Optique) ; Physique, par M. PELLAT (électrolyse ; — Electrocapillarité ; — Physique, par Mme Pierre CURIE (Théorie des ions dans les gaz et radioactivité ; — Chimie physique par M. Jean PERRIN (Théorie des ions ; — Electrisation de contact ; — Colloïdes ; — Minéralogie, par M. WALLERANT (Propriétés optiques des cristaux ; — Polymorphisme et isomorphisme) ; — Chimie organique, par M. HALLER (Composés de la série grasse et de la série aromatique) ; — Chimie biologique, par M. Gabriel BERTRAND (De la composition des êtres vivants) ; — Physiologie, par M. DASTRE (Fonctions de nutrition) ; — Chimie analytique, par M. G. URBAIN ; — Analyse au chalumeau ; Analyse spectrale ; Analyse microchimique ; — Chimie appliquée, par M. C. CHABRIÉ : La Tannerie). — Les matières colorantes ; Chimie minérale, par M. LEBEAU ; — Métalloïdes de la famille de l'azote : azote, phosphore, arsenic, antimoine, bismuth, vanadium, niobium et tantale ; — Géologie, par M. A. DEREIMS, (Leçons de géologie préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles ; — Anatomie comparée, par M. G. PRUVOT, (Tèguments ; Squelette ; Système nerveux et organes des sens ; — Zoologie, par M. HOUSSAY ; Méthodes des sciences de la nature. — Calcul différentiel et Calcul intégral, par M. J. TANNERY ; — Mécanique, par M. BOREL ; Mathématiques,par M. HADAMARD ;— Physique, par M. BRILLOUIN ;— Physique, par M. COTTON ; — Physique, par M. ABRAHAM ; — Géologie, par M. Léon BERTRAND ; —Botanique,par M. MATRUCHOT ; — Zoologie, par M. HOUSSAY ; — Physique, par M. P. JANET (Acoustique, Optique, Physique moléculaire) ; — Physique, par M. SAGNAC (Acoustique, Optique) ; — Chimie, par M. JOANNIS (suite de l'Etude des Métaux) ; — Analyse volumétrique et Chimie organique) ;— Chimie, par M. PÉCHARD (Chimie organique) ; — Zoologie par M. R. PERRIER. (Histoire des principaux groupes zoologiques) ; — Botanique, par M. DAGUILLON (Morphologie et Classification des plantes vasculaires ; — Physiologie végétale). Conférences préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles, par MM. JANET, SAGNAC, PÉCHARD, JOANIS et A. DEREIMS.

La Faculté délivrera aux sessions de juillet et de novembre 1907 les certificats d'études supérieures suivants : Géométrie supérieure. — Analyse supérieure. — Calcul différentiel et calcul intégral. — Mécanique rationnelle. — Mécanique céleste. — Astronomie. — Mécanique physique et expérimentale. — Physique mathématique. — Physique générale. — Chimie supérieure. — Chimie générale. — Chimie appliquée. — Minéralogie. — Chimie biologique. — Zoologie. — Histologie. Embryologie générale. — Physiologie générale. — Botanique. — Géologie. — Géographie physique. — Mathématiques préparatoires à l'étude des Sciences physiques (Analyse et Mécanique). Sciences physiques, chimiques et naturelles.

Les registres des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront ouverts, au Secrétariat de la Faculté, du 25 octobre au 15 novembre, du 3 au 18 janvier, du 1er au 15 mars, du 1er au 15 mai.

MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

sont prévenus que tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu ; ceux dont il ne nous parviendra qu'un exemplaire seront seulement annoncés.

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE

Programme des cours pour l'année classique 1905-1906.

Professeur honoraire : Albert GAUDRY.

Cours d'hiver.

Cours de physique appliquée à l'histoire naturelle. — M. H. BECQUEREL, professeur. — Le professeur traitera de la physique terrestre et météorologie. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures et demie, dans le Grand Amphithéâtre.

Cours de botanique (organographie et physiologie végétales). — M. Ph. VAN TIEGHEM, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie, de la physiologie des plantes. Ce cours aura lieu le mardi et le samedi, à neuf heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie, et le jeudi, à la même heure, au Laboratoire d'Enseignement, rue de Buffon, n° 61.

Cours de culture.— M. J. CONSTANTIN, professeur. — Le cours comprendra deux parties : la première sera consacrée aux cultures des épiplytes. Etude spéciale des orchidées, la seconde aux plantes à caoutchouc de Madagascar. Ce cours aura lieu les mercredis et vendredis, à une heure, dans l'Amphithéâtre des anciennes galeries d'Anatomie comparée. Des excursions horticoles et agricoles font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales ; elles auront lieu le dimanche ; des manipulations et des conférences complémentaires auront lieu le lundi au Laboratoire de Culture ; elles seront annoncées à l'Amphithéâtre.

Cours de zoologie. — Animaux articulés. — M. E.-L. BOUVIER, professeur. — Le cours comprendra trois parties : la première sera consacrée à l'armature buccale des Articulés ; la seconde à l'étude rapide des Crustacés ; la troisième consistera en promenades-conférences dans la galerie d'Entomologie appliquée. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures et demie, dans la salle des cours de la galerie de Zoologie (1er étage.) Toutefois les promenades-conférences auront lieu dans la galerie même, en été.

Cours de zoologie. — Reptiles, Batraciens et Poissons. — M. Léon VAILLANT, professeur. — Le professeur traitera des familles éteintes des reptiles et classification des Batraciens. (2e partie du cours). Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure, dans l'amphithéâtre des galeries de Zoologie (rez-de-chaussée). Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de zoologie. — Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. L. JOUBIN, professeur. — Le professeur traitera diverses questions d'océanographie biologique ; étude générale du milieu, de ses variations et de leur influence sur les animaux marins, caractère des Faunes côtières, des grands fonds et de la surface. Le Plancton. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à dix heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie (1er étage).

Cours de botanique (classification et familles naturelles des cryptogames). — M. L. MANGIN, professeur. — Le professeur, après l'exposition des caractères des groupes naturels de cryptogames, traitera spécialement des familles des champignons. Les espèces parasites des plantes cultivées feront l'objet de développements particuliers. Ce cours aura lieu le lundi et le mercredi, à huit heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie. Les excursions, les manipulations et les conférences complétant le cours, seront ultérieurement annoncées par des affiches spéciales.

Cours d'été.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. ARNAUD, professeur. — Le professeur traitera des acides organiques de la série grasse, des glycérides, ainsi que des industries qui s'y rattachent. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, dans l'Amphithéâtre de Chimie, rue de Buffon, n° 63.

Cours de Géologie. — M. Stanislas MEUNIER, professeur. — Le professeur fera l'histoire géologique de la région parisienne pendant les périodes tertiaire et quaternaire en insistant sur la part qui y revient à chacune des grandes fonctions dont l'ensemble constitue la physiologie de la Terre. Ce cours aura lieu les mardis et samedis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de minéralogie. — M. A. LACROIX, professeur. — Le cours portera sur les minéraux des volcans en général et sur ceux des volcans éteints du massif central de la France en particulier. Ce cours aura lieu les mercredis et vendredis, à cinq heures, dans

l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie. Des conférences sur la composition minéralogique des roches éruptives auront lieu le lundi matin, à dix heures, dans le Laboratoire de Minéralogie, rue de Buffon, n° 61.

Cours de botanique (classifications et familles naturelles des phanérogames). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur, pendant les mois de mars et avril, traitera des caractères de la végétation aux différentes époques géologiques, tous les mercredis, à deux heures. A partir du mois de mai, il étudiera les familles vivantes des Dicotylédones apétales. Ces leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales

Cours de physique végétale. — M. L. Maquenne, professeur. — Le cours comprendra l'étude de l'alimentation minérale et du développement des Plantes. Le professeur traitera des principales fonctions qui se rattachent à la vie végétale, en particulier de la respiration, de la transpiration et de la synthèse des principes immédiats. Les leçons auront lieu les mardis et jeudis, à onze heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur continuera à exposer les méthodes et les expériences propres à éclairer la question de la production économique et hygiénique du travail de l'homme et des autres moteurs animés. Les leçons, conférences et démonstrations auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à onze heures, au laboratoire de pathologie comparée.

Cours de Paléontologie. — M. Marcellin Boule, professeur. — Le professeur traitera des mammifères fossiles. Le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours d'anatomie comparéee. — M. Edmond Perrier, professeur. — Le docteur H.-P. Gervais assistant, dirigera les travaux de recherches anatomiques ainsi que les travaux pratiques (dissection de l'homme. des principaux types de vertébrés et d'invertébrés) qui. avec le concours de M. Neuville docteur ès sciences, et du docteur R. Anthony, préparateur, se feront tous les jours au laboratoire. Le docteur H.-P. Gervais traitera dans un cours public, qui aura lieu dans l'amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, des caractères anatomiques des chéiroptères, des insectivores et des carnivores. Ce cours, qui commencera le lundi 23 février 1907 à deux heures et demie, se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du mercredi seront consacrées à des démonstrations qui se feront soit dans les Galeries, soit dans le laboratoire d'Anatomie, rue de Buffon, n° 55. M. le docteur Auguste Petit, préparateur. a commencé, le mardi 4 novembre 1906, des conférences pratiques d'Histologie comparée et les continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à deux heures. Le laboratoire d'Anatomie comparée (recherches anatomiques et histologiques) est ouvert tous les jours, de dix heures à cinq heures. S'inscrire d'avance pour ces travaux et conférences, l'après-midi, au laboratoire d'Anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès du professeur.

Cours de zoologie (Mammifères et Oiseaux). — M. E. Oustalet, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des oiseaux. Il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures, dans la salle des cours de la galerie de zoologie (rez-de-chaussée). Des conférences dans les Galeries et la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours d'anthropologie. — M. E.-T. Hamy, professeur. — Le cours sera consacré à l'étude des progrès de l'Anthropologie dans les dix dernières années. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis. à rois heures, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de physiologie générale. — M. N. Gréhant, professeur. — Le professeur s'occupera spécialement de l'étude des muscles et des nerfs moteurs. Il continuera ensuite l'exposé de ses recherches sur la nutrition et sur l'alimentation. Le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures, dans le Laboratoire de Physiologie générale (quai Saint-Bernard).

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Frémiet, pour les *animaux*. — Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. — Mme Madeleine Lemaire pour les *plantes*. — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

L'enseignement organisé pour les voyageurs et les personnes qui peuvent avoir affaire aux colonies, portant spécialement sur les productions coloniales, sera continué en 1905. Une série de conférences du dimanche, s'adressant au grand public, sera faite dans le Grand Amphithéâtre, au cours de la belle saison. La Bibliothèque et le Laboratoire colonial, (rue de Buffon, n° 35) sont ouverts, de dix heures à quatre heures, tous les jours, excepté les dimanches et jours fériés. Le Laboratoire maritime du Muséum à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche) est ouvert durant toute la belle saison. Une affiche spéciale fera connaître la date de chaque cours.

ÉCOLE SUPERIEURE DE PHARMACIE

Professeurs honoraires : MM. Berthelot, Marchand, Riche, Moissan et Le Roux.

Directeur : M. le Professeur Guignard.

Année scolaire 1906-1907. — *Cours du premier semestre.*

Chimie analytique : M. Villiers-Moriamé, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/4 (Amphithéâtre du Sud). Analyse qualitative et quantitative des substances minérales. Analyse élémentaires des composés organiques et détermination de la formule. — *Pharmacie galénique* : M. Bourquelot, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Nord). Médiments obtenus par dissolution et précipitation (ferments solubles, résines, extraits). — Saccharolés. — Médicaments pour l'usage externe. — Antisepsie et désinfection. — *Chimie minérale* : M. Gautier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Amphithéâtre du Nord). — Métaux. — Généralités. — *Matière médicale* : M. Perrot, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures 1/4. (Amphithéâtre du Nord). Cryptogames. — Phanérogames. — Gymnospermes et angiospermes. Mocotylédones. — Dycothylédones. — Apétales et dyalypétales thalamiflores et disciflores. — *Zoologie* : M. Coutière, professeur, mardi, jeudi et samedi. à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Anatomie et physiologie humaines. — *Physique* : M. Berthelot, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 h. (Amphithéâtre du Sud). Chaleur. — Electricité.

Conférences : M. Lebeau, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Conférences préparatoires au cours de chimie minérale (novembre et décembre). M. Moureu, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Conférences préparatoires au cours de chimie organique (janvier et février). M. Lutz, agrégé, mardi, jeudi, samedi à 3 h. (Amphithéâtre du Sud). Conférences préparatoires au cours de botanique et de matière médicale.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs Gautier, pour la Chimie générale ; Jungfleisch, pour la chimie analytique ; Guignard, pour la micrographie ; Radais, pour la microbiologie. — *Chimie* : M. Defacqz, chef des travaux chimiques de 1re année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 4 heures. Laboratoires. — M. Cousin, Chef des Travaux chimiques de 2e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 4 heures. Laboratoires. — *Micrographie* : M. Peltrisot, Chef des travaux micrographiques de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 4 heures. Laboratoires. — *Microbiologie* : M. Barthelat, chef des Travaux de microbiologie de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 4 heures. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Villiers-Moriamé, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/4 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. — Mardis : MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot, 9 h. 1/2 ; Lutz, 3 h. — Mercredis : MM. Villiers-Moriamé, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/4 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. — Jeudis : MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot, 9 h. 1/2 ; Lutz, 3 h. — Vendredis : MM. Villiers-Moriamé, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/4 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. — Samedis : MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot 9 h. 1/2 ; Lutz, 3 h.

Division des études.

Première année : Botanique générale. Chimie minérale. Chimie organique. Minéralogie et Hydrologie. Pharmacie chimique. Physique. Toxicologie. Zoologie. — *Deuxième année* : Botanique générale. Chimie analytique. Chimie minérale. Chimie organique. Cryptogamie. Matière médicale. Pharmacie chimique. Pharmacie galénique. — *Troisième année* : Chimie analytique. Matière médicale. Pharmacie galénique.

L'ouverture des cours du 1er semestre est fixée au 5 novembre 1905.

MM. les Abonnés sont priés de joindre à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du Journal.

INSTITUT PASTEUR

Directeur M. Roux : *Sous-Directeurs* : MM. Chamberland et Metchnikoff.

L'institut Pasteur, situé entre la rue de Vaugirard et la rue Dutot, a été créé en 1885 avec le produit d'une souscription de l'Académie des Sciences, augmentée de dons, d'une nouvelle souscription, en 1894, du *Figaro*. De nouveaux dons ont permis le développement des services de cet institut, qui subventionne l'Institut Pasteur de Nha-Trang (Annam), dirigé par le Dr Yersin.

I. *Institut bactériologique.* — Cet institut, le premier construit, occupe avec ses dépendances un terrain de 11.000 mètres. Il se compose de deux bâtiments parallèles à la rue Dutot, réunis par un troisième perpendiculaire aux deux premiers et qui en occupe l'axe. En avant, sont logés les services généraux, en arrière les laboratoires.

Au rez-de-chaussée, tout le côté droit est occupé par le *service de la rage*. Les malades entrent d'abord, à l'extrémité de l'aile, dans une vaste salle d'attente. Ils passent de là dans la salle où se font l'examen des morsures et l'inscription, puis dans la salle des inoculations. Une chambre spéciale est réservée aux femmes et aux enfants. Une salle d'archives, une salle de pansements, un lavabo et des cabinets spéciaux complètent le service. Tout à côté, se trouve la salle de préparation des moelles ; la température y est maintenue constante (à 23 degrés) par un poêle à gaz muni d'un régulateur ; une obscurité presque complète y règne. C'est là que sont conservées, sur des étagères fixées au mur, les moelles de lapin qui servent à la préparation des vaccins antirabiques.

Aile de gauche. Cette aile renferme : le laboratoire de physiologie sous la direction de M. Delézenne et le laboratoire où M. Danysz prépare les virus.

Le *premier étage* est consacré tout entier aux cours de microbie technique, aux travaux pratiques. Les deux ailes sont d'ailleurs construites sur le même plan. Un couloir central conduit, dans chacune, à une vaste salle de travail, carrée, ayant à peu près 12 mètres de côté admirablement éclairée par neuf grandes fenêtres. Le laboratoire du préparateur, une chambre-étuve, une salle de collections, un lavabo-vestiaire et un laboratoire, destiné surtout aux manipulations chimiques, complètent ce qui est nécessaire au service. Le laboratoire et le cabinet du chef de service sont placés symétriquement dans les deux ailes, à l'entrée du couloir qui conduit au laboratoire commun. Tout cet étage est placé sous la direction de M. le docteur Roux.

Second étage. — Le second étage ne contient plus de laboratoire d'enseignement : il est formé d'une série de petits laboratoires desservis par un couloir central, où les travailleurs, agréés par les chefs de service, peuvent effectuer des recherches originales. Deux pièces, à l'entrée du couloir, sont réservées au chef de service. En face, un laboratoire commun, où se tiennent les garçons, sert pour toutes les opérations qui exigent un outillage spécial et d'usage intermittent. Toute l'aile droite est placée sous la direction de M. Metchnikoff. Les travailleurs de l'aile gauche sont dirigés par MM. Chamberland, Metchnikoff et Roux.

Fonctionnement des services. — I. *Service des vaccins* (1). — Ce service, que dirige M. Chamberland, comprend la préparation des vaccins contre le charbon des ruminants et le rouget des porcs, de la malléine et de la tuberculine (2). Il est placé dans l'aile gauche du bâtiment de façade, sous la bibliothèque.

II. *Service de la rage.* — Le but de ce service, dirigé au début par M. le Pr Grancher, est d'empêcher les personnes mordues par des animaux enragés de devenir elles-mêmes enragées.

(1) Préparateurs : MM. Fernbach, Jouan et Charpentier, chef de laboratoire.
(2) Ces deux dernières substances sont fabriquées sous le contrôle de M. Roux.

A leur arrivée à l'Institut, ces personnes sont examinées par le médecin du service (1), interrogées et, s'il y a lieu inscrites sur un registre spécial où sont consignés les renseignements les plus circonstanciés sur la date, le siège et la gravité de la morsure, l'état de l'animal mordeur, le résumé du rapport du vétérinaire qui l'a examiné, le résultat de l'inoculation aux animaux de laboratoire du bulbe de l'animal présumé enragé, enfin le détail des inoculations sur le patient.

III. — *Service de la microbie technique* (M. Roux) (2). — Ce service comprend, chaque année, une série de cours de microbie technique, composée de 80 leçons suivies de travaux pratiques. Il y a une seule série de novembre à fin février-mars. Depuis 1889, plus de mille personnes (professeurs d'Universités françaises et étrangères, médecins, pharmaciens, internes des hôpitaux, biologistes, chimistes), ont suivi non seulement les leçons du cours mais encore les travaux pratiques. Un nombre presque égal de personnes sont venues simplement en auditeurs. Les premières seules versent à l'économat une redevance de 100 francs.

IV. — *Service de M. Metchnikoff* (3). — Ici, il n'y a pas matière à une description générale. Toutes les personnes admises dans ce service, et qui s'y succèdent tout le long de l'année, sont des savants qui viennent y poursuivre, s'aidant des conseils des chefs de service, des travaux originaux. Ces travaux sont aussi variés que les origines et les aptitudes diverses des savants qui les exécutent. Cependant M. Metchnikoff a apporté dans la science des idées si originales et si fécondes que les travailleurs de son laboratoire aiment à marcher dans ses voies, les étendent et forment une école, de plus en plus nombreuse, qui se range autour du Maître.

En dehors de ses nombreux travaux et de la direction de son laboratoire, M. Metchnikoff prend part aux cours de microbie technique où il professe un grand nombre de leçons.

Depuis trois ans, M. le Professeur Laveran, le savant auteur de la découverte de l'hématozoaire du paludisme, qui fait partie de l'Institut Pasteur comme chef de service honoraire est venu occuper une place dans le laboratoire de M. Metchnikoff, et il continue ses recherches sur les hématozoaires endoglobulaires.

II. — *Institut sérothérapique.*

Ce service, né de la souscription ouverte par le *Figaro* dans les circonstances que nous avons rappelées plus haut, garde de cette origine une sorte d'autonomie budgétaire. Ses ressources comprennent : 1° les intérêts de la partie du produit de la souscription restée libre après l'achat des chevaux et la construction des écuries de Garches ; 2° les subventions de l'État (80.000 francs), de la Ville de Paris (15.000), du département de la Seine (5.000) et de quelques communes (ces revenus permettent d'assurer gratuitement le service de l'Assistance publique en France et des hôpitaux français à l'étranger) ; 3° les produits de la vente des sérums.

Le service de la sérothérapie est placé sous la direction de M. Roux, assisté de MM. Prévôt et Frasey pour tout ce qui regarde la partie vétérinaire.

Préparation des liquides d'inoculation. — Cette préparation est faite pour les toxines diphtérique et tétanique, dans une partie de l'Institut de chimie (aile droite (4), rez-de-chaussée, pour la toxine pesteuse, dans le petit laboratoire isolé de l'Institut bactériologique dont nous avons déjà parlé (5) ; pour d'autres sérums (sérum antistreptococcique) (6), dans des laboratoires particuliers dépendant des divers services.

Les opérations (inoculations des chevaux, prises de sang, mise en flacon du sérum, essai et stérilisation du sérum) se

(1) D'abord M. Chantemesse et M. Charrin, à l'heure actuelle M. Chaillou.
(2) Service du cours : Chefs de laboratoire : MM. Nicolle, Borel et Binot ; préparateurs : MM. Sergent, Pinoy et Burnet.
(3) Chef de laboratoire, M. Mesnil ; préparateur : M. Besredka.
(4) Chef de laboratoire : M. Martin ; préparateur : M. Loiseau.
(5) Chef de laboratoire : M. Dujardin-Beaumetz.
(6) Chef de laboratoire : M. Besredka.

font à Garches, dans le domaine de Villeneuve-l'Etang (1). C'est là que se trouvent les chevaux dont l'immunisation est avancée et qui n'ont besoin que d'être *entretenus* par des inoculations de toxines, entre deux saignées. Les animaux en voie d'immunisation, ou bien ceux sur lesquels on fait des essais de sérothérapie, sont conservés dans une grande écurie, nouvellement construite, dans la rue d'Alleray (2).

III. — *Institut de chimie biologique.*

Un service de chimie biologique est annexé à l'Institut Pasteur ; il est monté sur un pied tel qu'on peut y manipuler facilement des quantités considérables de matière premières. Deux laboratoires sont surtout voués à l'étude des liquides organiques et placés sous la direction de M. Etard et de M. G. Bertrand.

L'ensemble du service est complété par un jardin, dont les plantes ont été choisies en prévision de certaines recherches par un laboratoire souterrain et par une petite serre chaude. Ces laboratoires reçoivent gratuitement les savants qui viennent y faire des travaux originaux et, moyennant une redevance, ceux qui viennent y demander un enseignement. Ce sont à la fois des laboratoires d'initiation à la recherche et des laboratoires de recherches.

Laboratoire de chimie biologique de la Faculté des Sciences. — Lorsque l'Institut Pasteur fut fondé et vint, en 1889, s'installer dans les bâtiments de la rue Dutot, le cours de chimie biologique, professé à la Sorbonne par M. Duclaux, fut transporté dans ces nouveaux locaux avec tout le service qui en dépendait. Ce service, qui est aujourd'hui sous la direction de M. Gabriel Bertrand a pris une importance telle qu'il a fallu lui donner un grand laboratoire capable de recevoir à la fois près d'une centaine de travailleurs.

Service des fermentations. — La partie du bâtiment située à l'extrémité de l'aile gauche est entièrement consacrée aux industries de fermentation ; le service est destiné à la fois à l'enseignement et à l'application des connaissances scientifiques à la pratique industrielle. Ce laboratoire, est dirigé par M. Fernbach.

Laboratoire de chimie agricole. — Le laboratoire de chimie agricole, et où se fait l'étude des questions de physiologie et de pathologie végétales, est placé sous la direction de M. Mazé. Le laboratoire de M. Mazé comprend deux salles de travail, une étuve, une chambre noire, une petite serre chaude, une serre tempérée.

Service d'analyse et de chimie appliquées à l'hygiène.

But. — L'institut biologique nouvellement annexé à l'Institut Pasteur comprend, à côté des laboratoires de recherches théoriques, un laboratoire d'enseignement de l'analyse chimique et bactériologique appliquée à l'étude de tous les matériaux de l'organisme, aussi bien de ceux qui y entrent sous forme d'aliments que de ceux qui en sortent sous forme de produits physiologiques. En d'autres termes, le nouveau service a pour but l'enseignement pratique des méthodes d'analyse limitées aux matières d'ordre pathologique, alimentaire et biologique. Il s'adresse donc spécialement aux pharmaciens, aux médecins aussi bien qu'aux chimistes qui ont à analyser ces produits ou qui, par leur profession, ont intérêt à se renseigner sur les phases de certaines fabrications dans lesquelles sont appliquées les théories pasteuriennes.

Durée : conditions d'admission. — La période scolaire sera de cinq mois, de la rentrée de novembre aux vacances de Pâques. Elle se composera de deux parties : 1er Trimestre, Méthodes bactériologiques ; pratique des ensemencements et des cultures. Analyse des eaux et des boissons. — 2e Trimestre. Analyse des matières alimentaires, du lait, de l'urine, des produits pathologiques. — Le coût des inscriptions est de 250 fr. par trimestre ; on ne s'inscrit pas pour moins d'un trimestre. Ne pourront être admis que les élèves qui montreront, dès les premières manipulations, qu'ils ont déjà la pratique du laboratoire pour les préparations usuelles, le montage des appareils et les principales réactions de la chimie minérale et organique. En d'autres termes, le laboratoire ne reçoit pas de débutants, qui entraveraient la marche des études. Le laboratoire sera ouvert tous les jours de midi à six heures du soir, sauf le samedi, où il fermera à trois heures. Les inscriptions sont reçues, à partir du 15 juin, au secrétariat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot. L'ouverture des cours et manipulations aura lieu le 13 novembre. Les convocations se feront d'après les ordres des inscriptions.

L'hôpital pastorien.

Médecin, M. le Dr L. Martin.

Médecin, Chef de service, M. le Dr Veillon.

Assistants MM. les Drs Darré et Brelet.

Dans la construction de l'hôpital pastorien, l'architecte a juxtaposé et superposé au n° 213 de la rue de Vaugirard le service des consultations et les logements du personnel infirmier de l'hôpital ; au n° 205 sont établis l'économat, le cabinet et le logement du médecin en chef de l'hôpital qui est logé à portée de ses salles. Au milieu de jardins, entre la rue de Vaugirard et l'Institut de chimie biologique, l'hôpital comprend deux grands pavillons à un étage, dirigés perpendiculairement à la rue Vaugirard, réunis entre eux par un jardin d'hiver destiné aux malades. A gauche de ces pavillons, une rangée de petits bâtiments sont occupés par les services annexes : dépendances, cuisine, buanderie (en sous-sol, avec lingerie au-dessus).

Toutes les diverses parties de l'hôpital communiquent entre elles par des galeries couvertes. Suivons le malade dès son entrée par le service des consultations gratuites.

Service des consultations. — Médecin : M. le Dr Veillon. Internes : MM. le Dr Lemarquand, Gras, Fourcade et Fruictier. — Ici la préoccupation principale doit être d'opérer rapidement la sélection des contagieux afin de les isoler le plus vite possible. Cet isolement est réalisé dans une série de petites chambres qui se trouvent à gauche de l'entrée et où l'on fait un examen détaillé du malade : après quoi on le dirige, s'il y a lieu, sur un des pavillons, où nous le retrouverons tout à l'heure. Les malades non contagieux sont dirigés dans une vaste salle d'attente située dans l'axe du bâtiment et sont ensuite examinés dans la consultation, qui comprend une salle pour le médecin, une salle de pansements, un vestiaire, deux chambres avec lits, baignoire et appareil à douches (spécialement réservé à l'examen des malades atteints d'affections cutanées) et, en lui faisant suite, un laboratoire à côté se trouvent, comme dépendance de l'hôpital, la salle de reconnaissance des morts et la chapelle. Les étages de tout ce corps de bâtiment servent au logement du personnel infirmier, à la pharmacie, à la photographie ; une chambre noire sert pour les services d'ophtalmologie et d'otologie.

Pavillons d'hôpital. — Les deux pavillons sont absolument semblables ; chacun d'eux comprend une partie rectangulaire centrale, avec deux étages de chambres d'isolement et à chaque extrémité, une aile un peu plus large. C'est par celle qui regarde la rue de Vaugirard que se trouvent les perrons d'entrée : latéral pour le malade, terminal pour le médecin. L'autre aile, qui communique, au rez-de-chaussée avec le jardin d'hiver, comprend des chambres communes pour les convalescents. Le malade en entrant trouve un vestiaire où il change de vêtements (les siens devant être désinfectés) ; il est ensuite placé sur un lit et dirigé sur la chambre qu'il doit occuper jusqu'à sa convalescence ; un monte-charges amène les lits au premier étage. Le premier étage de l'extrémité d'entrée est occupé par le service de chirurgie ; une vaste pièce, qui surplombe le perron, éclairée de tous les côtés, sert aux opérations ; en arrière, à droite et à gauche, se trouvent deux chambres annexes, une pour la chloroformisation et la stérilisation des instruments, l'autre pour les examens microscopiques rapides. Au deuxième étage, loge l'interne du service. La partie centrale du pavillon se compose, à chaque étage, de douze chambres, desservies par un couloir central. Toute cette partie

(1) Vétérinaire-résident : M. Prévot.
(2) Vétérinaire-résident : M. Frasey.

peut être isolée facilement du reste du pavillon : un couloir la sépare complètement de chaque aile ; de plus, les chambres s'ouvrent sur un large balcon qui est également en relation avec les couloirs des extrémités. Cette dernière disposition permet d'isoler spécialement une chambre déterminée. On peut ainsi obtenir un isolement complet du quartier des contagieux en général et. en cas de nécessité, réaliser l'isolement absolu d'un malade particulièrement dangereux.

Chaque chambre a deux portes se faisant vis-à-vis : l'une sur le couloir central pour le service ordinaire, l'autre sur le balcon pour le service dans le cas d'isolement absolu d'un malade. Le mobilier est des plus simples : un lit de fer avec sommier métallique flexible, une table de nuit en métal émaillé, une planche fixée au mur et supportant une cuvette également en métal émaillé, une chaise et un fauteuil vernis ; le tout pouvant se laver et se désinfecter facilement. En un mot, on a cherché à prendre toutes les dispositions et se mettre dans les conditions d'un minimum de contagion.

L'extrémité postérieure du pavillon comprend, avec l'escalier, le monte-charges, l'office, etc., deux grandes pièces, une par étage, chacune de douze lits, pour les convalescents. La disposition est la même que pour les chambres du service d'isolement : murs creux revêtus, à la base, de grès émaillé, parquet en grès cérame, etc.: le tout facile à laver et à désinfecter. Le deuxième étage de l'aile des convalescents comprend cinq chambres à deux lits destinés aux malades accompagnés de leurs parents.

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année scolaire 1906-1907. — 1er Semestre.

L'Ecole reçoit des internes, des demi-pensionnaires et des externes, au prix de 600, 400 et 200 francs. — 60 bourses ministérielles ou fractions de bourse, et environ 30 bourses départementales, entières ou fractionnées. — Le recrutement a lieu par voie de concours entre des candidats qui doivent tous être pourvus de l'un des baccalauréats; les diplômés de l'Institut national agronomique ou de l'une des Ecoles nationales d'agriculture sont dispensés du concours s'ils possèdent un baccalauréat. Durée des études : 4 ans. Les étudiants qui se destinent à l'armée sont tenus en outre, après concours, d'aller faire un stage d'un an à l'Ecole de cavalerie de Saumur. — Ouverture des cours le 15 octobre ; clôture, le 30 juin ; sessions d'examens, du 1er au 25 juillet ; vacances du 25 juillet au 15 octobre.

Directeur : M. le Professeur G. Barrier. *Téléphone* : 920-41.

Les matières de l'enseignement sont réparties entre *dix chaires* ; à chacune de celles-ci, se trouvent attachés un *professeur*, chargé de l'enseignement dogmatique, et un *chef de travaux*, chargé de l'enseignement pratique et des interrogations des élèves.

1re Chaire : MM. Adam, professeur, et Monvoisin, chef de travaux stagiaire : *Physique et météorologie* ; *chimie organique et biologique* ; *pharmacie* (technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, interrogations). Leçons : Lundi, mercredi, vendredi. de 9 h. 3/4 à 11 h. — Exercices pratiques : Lundi, de 12 h. 1/2 à 16 h. à partir du 1er avril.

2e Chaire : MM. Railliet, professeur, et Henry, chef de travaux titulaire : *Botanique, géologie, zoologie, matière médicale* (exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale ; conférences ; interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Exercices pratiques : mardi, de 16 h. à 18 h. ; mercredi, de 15 h. 1/2 à 16 h. 1/2.

3e Chaire : MM. Barrier, professeur, et Lecaplain, chef des travaux titulaire : *Anatomie descriptive et comparée, tératologie, extérieur du cheval* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ; interrogations). Leçons : Mardi. jeudi et samedi, de 8 heures à 9 heures. — Dissections : tous les jours. de 8 h. à 11 h. et de 12 h. à 16 h., à partir du 15 novembre.

4e Chaire : MM. Kaukmann, professeur, et Magne, chef de travaux stagiaire : *Physiologie et Thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique : conférences : interrogations : Leçons : mardi, mercredi et vendredi, de 10 h. à 11 h. — Démonstrations pratiques vendredi : de 16 h. à 17 h. (thérapeutique) et de 14 à 16 h. (physiologie).

5e Chaire : MM. Petit, professeur, et N....., chef de travaux stagiaire : *Anatomie pathologique* ; *Embryologie* ; *Histologie normale et pathologique* (Technique des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Lundi, de 14 h. à 15 h. Mardi, de 17 heures à 18 heures. Samedi de 14 heures à 15 heures. — Exercices pratiques : Lundi, de 16 h. à 18 h. et samedi, de 15 h. 1/2 à 16 h. 1/2.

6e Chaire : MM. Cadiot, professeur, et Pécard, chef de travaux stagiaire : *Pathologie générale, pathologie et clinique médicales* : (clinique : consultation ; conférences et exercices pratiques : interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 6 h. 1/2 à 7 h. 1/2 du matin. — Clinique : mardi et vendredi, de 8 h. à 9 heures. — Consultation : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h.

7e Chaire : MM. Coquot, professeur, et Douville, chef de travaux stagiaire : *Manuel opératoire ; ferrure* ; *pathologie et clinique chirurgicales* (clinique, consultation, médecine opératoire, conférences ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi et samedi, de 14 heures à 15 heures. — Clinique : jeudi et samedi, de 8 h. à 9 heures. — Consultation : mardi, jeudi, samedi, de 9 h. 1/2 à 11 h. — Exercice de chirurgie : Lundi, de 6 h. 1/2 à 16 heures.

8e Chaire : MM. Moussu, professeur, et Delmer, chef de travaux titulaire : *Pathologie bovine, ovine et porcine* ; *obstétrique ; maladies parasitaires* (clinique spéciale ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : mardi, mercredi, vendredi, de — Clinique spéciale, lundi et mercredi, de 8 h. à 9 h. ; opérations, lundi de 12 h. à 18 h.

9e Chaire : MM. Vallée, professeur, et Basset, chef de travaux titulaire : *Pathologie des maladies contagieuses* ; *jurisprudence ; médecine légale* ; *inspection des viandes* ; *technique microbiologique ; police sanitaire* (clinique spéciale) ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi, vendredi, de 13 h. à 14 h.

10e Chaire : MM. Baron, professeur, et Ras, chef de travaux titulaire : *Hygiène générale ; zootechnie* (conférences et exercices pratiques à l'École ; interrogations). Leçons : Mardi, de 15 h. 1/2 à 16 h. 1/2 ; mercredi et samedi, de 16 h. 1/2 à 17 h. 1/2. — Exercices pratiques : jeudi de 9 h. à 13 h.

Équitation, Attelage, Dressage, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 15 h. à 16 heures. *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 21 heures. — *Etudes* : pendant les heures laissées libres par les exercices théoriques et pratiques de l'enseignement. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 18 heures.

Bibliothèque.—Ouverte tous les jours pendant les récréations et pendant les vacances ; 16.000 volumes ; les élèves sont autorisés à emprunter, sous leur responsabilité, les ouvrages faciles à retrouver en librairie. — *Musée* : tous les jeudis, l'après-midi. — Bibliothécaire et conservateur des collections : M. Nicolet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient ses séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie ; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants rançais et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend : MM. Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Laveran, Lannelongue et Dastre. MM. Chauveau, Maquenne et Roux font partie de la section d'Economie rurale.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. Perrier, Ranvier, Bouvier, Chatin, Giard, Delage. Le président, cette année, est M. Mascart. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Académie des sciences, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *Compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines.

AVIS AUX CANDIDATS A LA THÈSE

—

Nous donnons autant que possible la liste des *Thèses* soutenues durant la dernière année scolaire, afin de guider les étudiants qui sont arrivés à cette épreuve pour qu'ils sachent à quoi s'en tenir sur les sujets traités.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 16, rue Bonaparte, tous les mardis, de 3 h. à 5 h. — Elle se compose de cent membres *titulaires*, répartis dans les 11 sections qui suivent : Anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; Accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section de membres associés libres qui peut compter 10 membres.—Le nombre des *associés nationaux* et celui des *associés étrangers* peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique, hygiène publique et médecine légale (correspondants nationaux, 50, étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

Président pour 1906 : M. GUÉNIOT.—Vice-Président: M. GAUTIER. — Secrétaire perpétuel : M. JACCOUD. — Secrétaire annuel : M. MOTET. — Trésorier : M. HANRIOT.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par le parlement, les ministères, les préfectures de la Seine et de police sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Elle donne son avis sur la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie : un *Bulletin* qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; des mémoires ; des rapports annuels sur les épidémies, la vaccine, les eaux minérales. Au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre ; les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche de 200,000 volumes, en ouvrages imprimés, portraits, estampes et manuscrits, réservée aux membres de la compagnie : elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. LALOY. — Chef des bureaux : M. CAMBUZAT.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin de génisse en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. KELSCH. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. MEILLÈRE.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

PRIX DE L'ACADÉMIE.— *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs.— Annuel. — Question à poser par l'Académie. *Partage interdit* (1).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine. *Partage interdit.*

Prix Amussat. — 1.000 francs. — (Triennal). Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. Le sujet du travail restera au choix de l'auteur. *Partage autorisé.*

Prix Apostoli. — 600 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie. *Partage interdit.*

(1) Pour le programme détaillé des prix, voir la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

Prix d'Argenteuil. — 6.800 francs. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires. *Partage interdit.*

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24.000 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation. *Partage interdit.*

Prix Baillarger. — 2.000 fr.— Biennal.— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel. *Partage interdit.*

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus approchés. *Partage autorisé.*

Prix Louis Boggio. — 4.300 francs. — Triennal. — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose. *Partage interdit.*

Prix Charles Boullard.—1200 francs.— Biennal. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible. *Partage interdit.*

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang. *Partage interdit.*

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun. *Partage interdit.*

Prix Adrien Buisson. — 10,500 francs. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science. *Partage interdit.*

Prix Campbell Dupierris. — 2,300 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires. *Partage interdit.*

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales. *Partage autorisé.*

Prix Chevallier. — 6,000 francs. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses. *Partage interdit.*

Prix Chevillon. — 1,500 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses. *Partage interdit.*

Prix Civrieux. — 800 francs. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse. *Partage interdit.*

Prix Clarens. — 400 francs. — Annuel. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène. *Partage interdit.*

Prix du XIII[e] Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3.400 francs. — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique. *Partage interdit.*

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser

sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs. *Partage interdit.*

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique. *Partage autorisé.*

Prix Falret. — 700 francs. — Biennal. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses. *Partage interdit.*

Prix Gerdy. — 5,500 francs. — Annuel. — Le legs Vuilfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France et de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. *Partage interdit* .

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1,328 fr. 3 %. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies. *Partage interdit.*

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 francs. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles. *Partage autorisé.*

Prix Herpin (Théodore, de Genève).— Annuel.— 3,000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses. *Partage interdit.*

Prix Hugo. — 1,000 francs. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales. *Partage interdit.*

Prix Huguier. — 3,000 francs.— Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. *Partage interdit.*

Prix Itard. — 2,400 francs. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. *Partage interdit.*

Prix Jacquemier.— 1.700 francs.— Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique ayant réalisé un progrès important. — Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. *Partage interdit.*

Prix Laborie. — 5,000 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. *Partage interdit.*

Prix Larrey (baron). — 500 fr. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale. *Partage autorisé.*

Prix Laval. — 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine. *Partage interdit.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs. — Triennal. — Sur la mélancolie. *Partage interdit.*

Prix Lefort (Jules). — 300 francs. — Quinquennal. — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non à une œuvre de compilation. (Etude chimique des eaux minérales et potables.) *Partage interdit.*

Prix Lorquet. — 300 francs.— Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales. *Partage interdit.*

Prix Louis. — 3.000 francs. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés. *Partage interdit.*

Prix Mège. — 900 francs. — Ce prix sera décerné tous les trois ans, à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie. *Partage interdit.*

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.600 fr. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles. *Partage interdit.*

Prix Monbinne. — 1.500 francs. — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » *Partage autorisé.*

Prix Anna Morin. — 2.000 francs. — Quinquennal. — Ce prix sera décerné à un médecin, âgé de moins de trente ans, qui aura produit, soit le meilleur travail, soit montré le plus d'intelligence pour arriver à guérir de l'angine couenneuse. *Partage interdit.*

Prix Nativelle. — 300 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse. *Partage interdit.*

Prix Orfila. — 2.000 francs. — Biennal. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale. *Partage interdit.*

Prix Oulmont. — 1.000 francs. — Annuel. — Ce prix sera donné alternativement à l'interne en médecine et à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. *Partage interdit.*

Prix Perron. — 3,800 francs. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. *Partage autorisé.*

Prix Portal. — 600 francs. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique. *Partage interdit*

Prix Pourat. — 700 francs.— Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie. *Partage interdit.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes. *Partage interdit.*

Prix Henri Roger. — 2,500 francs. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage en médecine des enfants (Pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. *Partage interdit.*

Prix Saint-Lager. — 1.500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1.500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique. *Partage interdit.*

Prix Saintour. — 4.400 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine. *Partage interdit.*

Prix Stanski. — 1,400 francs. — Ce prix, qui est biennal, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) *Partage interdit.*

Prix Tarnier. — 3.000 francs. — Ce prix, qui est annuel, ne devra jamais être partagé. Il sera décerné, alternativement au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique et à la gynécologie.

Prix Tremblay. — 7.200 francs. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas. *Partage interdit.*

Prix Vernois. — 700 francs. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène (peut être partagé).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. 1/2 rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) au deuxième étage. Elle possède une bibliothèque dont l'importance s'est trouvée augmentée par le don de celle de l'un de ses membres décédé, le Pr Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM. Bouchard, A. Gautier, Chantemesse, Ch. Richet, Letulle, Troisier, Weiss, Netter, Gley, Langlois, Roger, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, P. Marie, Desgrez, Vaquez, Retterer, Widal, etc. ; — le Collège de France est représenté par MM. François-Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Charrin, Hallion, Jolly, Suchard ; — la Sorbonne, par MM. Dastre, Gaston Bonnier, Giard, J. Chatin, Lapicque, Victor-Henri ; — l'Ecole de pharmacie, par MM. Bourquelot, Guignard, Grimbert ; — le Muséum, par MM. Vaillant, Künckel d'Herculais, Chauveau, Bouvier, Nicloux, Tissot, Pettit. — MM. Barrier, Railliet, Kauffmann, Moussu, apportent les travaux de l'Ecole d'Alfort. — On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Bien d'autres médecins ou savants y viennent régulièrement ; parmi eux, citons MM. Capitan, Ch. Féré, Galippe, Gellé, Larcher, Laveran, Magnan, Mégnin, Mesnil, Paul Richer, Yvon.

Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, la pathologie comparée, la bactériologie, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand profit les séances de cette Société, pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. — Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs, et tous les ans le *prix Laborde* d'une valeur de 600 francs. Elle publie régulièrement un Bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. Un compte-rendu de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Président, M. le Pr GIARD. — Secrétaire général, M. le Dr GLEY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. MM. Cornil, Letulle, Brault, Achard, Legry, R. Marie, F. Bezançon, Griffon, Chaput, Guinard, Mauclaire, Morestin, Auvray, Labbé, Fredet, Cunéo, Lefas, Nattan-Larier, Dufour, Launay, Riche et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidûment les séances. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin* mensuel donnant, chaque numéro, un mémoire original et de nombreuses figures. Président, M. CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées, avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musée Dupuytren.

Cette année, le local de cette Société a été agrandi et sa Bibliothèque installée de façon à en faciliter l'accès ; M. Proust en est bibliothécaire archiviste. C'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris, à cause de sa tradition, sévèrement maintenue, de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

Numéro des étudiants.

La *Gazette médicale de Nantes* du 21 octobre a publié sous ce titre un numéro consacré exclusivement à l'école de plein exercice de Nantes, aux hôpitaux et hospices, aux sociétés médicales de la ville.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de Seine, n° 12. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous ses membres titulaires, sauf de trop rares exceptions (1), appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux) de nos grandes villes. — Président pour 1904, M. SOGOUD ; secrétaire-général, M. NÉLATON ; secrétaires, MM. CHAPRET et MICHAUX ; trésorier, M. ARROU ; archiviste, M. BROCA.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêts d'une somme de 10,000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors de l'*Association Française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, — excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi-Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, — dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de Seine, n° 12, à 4 h. 1/2 ; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsqu'une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement.

Les comptes-rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — La Société publie un bulletin hebdomadaire. — Président pour l'année 1906, M. BARTH ; vice-président, M. LETULLE ; secrétaire-général, M. SIREDEY ; secrétaires des séances, MM. JOSUÉ et GASNE ; trésorier, M. HUDELO.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cette Société, fondée le 22 mars 1796, se réunit à 4 heures et demie les deuxième et quatrième samedis de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Pour l'année 1906, le bureau est ainsi composé : Président : M. DESNOS ; Vice-Président : M. BERNE, Secrétaire général : M. BURET ; Secrétaires annuels : MM. MORTIER et VIAN. Archiviste : M. MOUZON. Trésorier : M. H. MONEL. — Le Conseil d'administration se compose de MM. GRAUX et PICQUÉ, assistant le Bureau ; et le Comité de publication : de MM. MILLÉE, DHOMONT, COUDRAY, ALBERT-WEILL, assistant le secrétaire général. Organe de publication : *Le Progrès médical*.

Prix Duparcque. — Ce prix d'une valeur de 600 francs, est décerné tous les deux ans, le 4e samedi de décembre, à l'auteur du meilleur mémoire en français, inédit, sur un sujet proposé par la Société. Il ne peut être partagé. Pour le prochain prix Duparcque, à décerner en décembre 1907, la question à traiter, en fran-

(1) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

vais, est la suivante : « *Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse* ». Les mémoires inédits, anonymes et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, avant le 1er octobre 1907.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Cette Société, qui est autorisée depuis le 31 décembre 1852, a pour but de centraliser les études des médecins des bureaux de Bienfaisance de Paris, études ayant trait tant à des observations cliniques qu'à l'hygiène, la prophylaxie des maladies contagieuses et l'amélioration de l'Assistance médicale des classes pauvres des grandes villes. Cette Société qui, dans ces dernières années, a fait preuve d'une grande activité inaccoutumée, s'est plus particulièrement occupée de l'allaitement des nourrissons pauvres, de la prophylaxie de la tuberculose à Paris, de la lutte contre l'alcoolisme, de l'organisation de l'assistance médicale à domicile et des dispensaires de Paris. La Société se réunit le *second mercredi* du mois à l'*Hôtel de l'Assistance publique* (avenue Victoria). Président pour 1904 : M. R. Bois ; Vice-Présidents : MM. Henri Gourichon et Doury ; Secrétaire-général : M. Billon ; Secrétaires : MM. Labady et Bacaresse ; Trésorier : M. Chaumont ; archiviste : M. Yvon. Un bulletin publie tous les mois les travaux de la Société, sous la direction de M. Billon. Le *Progrès médical* signale, à l'occasion, les plus intéressants travaux de cette Société.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de Seine, n° 12. Voici les prix que décernera cette Société en 1907 et en 1908.

Année 1907. — Prix Belhomme. 1.000 fr. Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

Prix Esquirol. — Ce prix d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours), 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Prix Semelaigne. 500 francs. — *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

Année 1908. — Prix Esquirol. — Ce prix d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Aubanel. 1.200 fr. — Question : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1906, pour les prix à décerner en 1907, et le 31 décembre 1907, pour les prix à décerner en 1908, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits, et pourront être signés : ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les nom et adresse des auteurs.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, en juin 1899 ; elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), dans l'Hôtel de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, à 9 h. 1/2 du matin. — Composition du bureau : Président, M. Joffroy ; vice-président, M. Babinski ; secrétaire général, M. Pierre Marie ; secrétaire des séances, M. Henry Meige ; Trésorier, M. Souques.

Le Numéro des Etudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance, pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais de Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes discussions auxquelles les étudiants, les médecins et les avocats trouveraient grand profit à assister. Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées. On en trouve le compte rendu dans des Bulletins spéciaux, édités l'un par l'Imprimerie nationale, par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce, l'autre par MM. Masson et Cie. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par la Société elle-même. Un des collaborateurs du *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit : Président, M. le Dr Laugier ; — secrétaire général, M. Constant, avocat à la Cour d'appel. — Le nombre des membres titulaires est de 60. [Quarante-cinq médecins, chimistes, biologistes, et quinze magistrats et avocats]. La Société est représentée en province par des membres correspondants, au nombre de cent.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième mardi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1905-1906 est ainsi composé :

Président, M. Jules Voisin ; vice-présidents, MM. Boirac, L. Dauriac et P. Magnin; secrétaire général, M. Bérillon ; secrétaire général adjoint : Paul Farez ; trésorier : M. Paul Farez; secrétaires des séances : MM. Demonchy, Poulalion et Lépinay ; comité de publication, MM. Pamart, Pottier, Grollet ; commission de candidature : MM. Fiessinger et Le Menant des Chesnais, Félix Regnault.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel, Brown-Séquart, Charcot, Lombroso, Liébault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, Kojenikow, Dumontpallier, Beaunis, Tarde, Huchard, A. Robin, A. Binet, Lépine (de Lyon), Francotte (de Liège), Morselli (de Gênes), Beaunis, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — Un prix fondé par le Dr Liébeault (de Nancy) sera décerné annuellement par la Société d'hypnologie et de psychologie à l'auteur de la meilleure thèse sur l'un des sujets suivants : Hypnologie, psychothérapie. — Pédagogie, criminologie, folklore. — Psychologie physiologique et pathologique. Le prix Liébeault est de la valeur de 200 fr. Les thèses des Facultés des lettres, des sciences et de droit sont admises à concourir au même titre que celles des Facultés de médecine. Les thèses devront être adressées avant le 31 décembre de chaque année à M. le secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, 4, rue Castellane, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES.

Cette société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie, avec le diagnostic et la thérapeutique. Depuis la découverte de Rœntgen, elle s'occupe également des applications des rayons X au diagnostic et à la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois à la mairie du premier arrondissement à 8 h. 1/2 du soir. Chaque année, une ou plusieurs séances ont lieu dans un local approprié quand cela est nécessaire pour des expériences, des présentations d'appareils, etc. Elle publie chaque mois le *Bulletin officiel de la Société d'Electrothérapie* qui contient, dans une partie officielle, le compte rendu des séances et les communications *in extenso* ; dans la partie non officielle, les analyses des ouvrages d'électrothérapie, des travaux intéressants parus sur la matière en France et à l'étranger.

Le Bureau est ainsi constitué en 1905. — *Présidents d'honneur* : Pr d'Arsonval et Dr Tripier. — *Président* : Dr Oudin. — *Vice-présidents* : Pr Leduc (de Nantes) et Dr Huet. — *Secrétaire-général* : Dr Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance. — *Secrétaire général adjoint* : Dr Delherm. — *Secrétaires des séances* : Drs Morel, Petit et Barret. — *Trésorier* : Dr Bloch.

Cette société, dont l'importance scientifique s'accroît chaque année en raison des progrès des thérapeutiques physiques, compte parmi ses membres les spécialistes les plus autorisés de France et de l'étranger. — (La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des cachets de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidents, non résidents et étrangers.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GENIE SANITAIRE.

Cette Société a été fondée, en 1877, sous le titre de Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait : les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1877, 1889, et 1900, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité on peut dire qu'elle a réussi ; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu au champ de Mars, l'Exposition d'Hygiène de 1896 à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces vingt dernières années.

Elle s'est fusionnée depuis un an avec la Société des architectes et ingénieurs sanitaires et porte le titre ci-dessus. Elle a été déclarée d'utilité publique.

Président : M. BOURCIER. Secrétaire général : M. A. J. MARTIN. — Secrétaires généraux adjoints : MM. Louis MARTIN et LAUNAY. — Secrétaires des séances : MM. GARNIER, LE COUPPEY et RICBOU.

Depuis sa fondation, elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques : Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux, Lucas-Championnière, Buisson, Landouzy, Laveran, Brouardel, Paul Strauss, Letulle, Jules Siegfried, Lemoine, et dirigée par ses actifs secrétaires généraux (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et de génie sanitaire*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (20 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*. Le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier. Réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes. — Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr A. J. MARTIN, rue Gay-Lussac, 3 (Paris).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE.

Cette Société a été fondée en 1877 par le Dr Prosper de Pietra Santa. Elle a pour but l'étude la plus variée et la vulgarisation la plus large des questions afférentes au bien-être de l'homme (individuel et social) et à la salubrité publique. Elle organise fréquemment des concours sur une question d'hygiène et publie ensuite une brochure faite avec les mémoires primés. — Bureau de la Société : *Président* : M. Edm. PERRIER, de l'Institut : *Vice-Président* : MM. les Drs BRÉMOND, DEGOIX, FICHET, FOVEAU DE COURMELLES, H. GOUDAL, MOEAU de Tours ; *Secrétaire général* : M. JOLTRAIN ; *Secrétaire général adjoint*, F. MARIÉ-DAVY : *Secrétaires* : MM. les Drs CHARLIER, O. FOLLOWEL ; *Trésorier* : M. LANDAU ; *Bibliothécaire* : Mme JOLTRAIN ; *Chef de Laboratoire* : M. FERDINAND-JEAN. Les séances ont lieu le deuxième vendredi de chaque mois à l'hôtel des Sociétés savantes, à 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois dans le *Journal d'Hygiène*. Pour en faire partie, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (20 fr.). Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au Secrétaire Général, M. A. Joltrain, 162, boulevard Pereire (Paris XVIIe arrondissement).

AVIS AUX AUTEURS ET AUX EDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires** seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

SOCIÉTÉ THÉRAPEUTIQUE

La Société tient ses séances les deuxième et quatrième mercredis du mois, à l'Ecole de médecine, salle Thouret (salle d'examen de matière médicale). Le président, pour l'année 1906-07, est M. le Dr LEGENDRE, médecin des hôpitaux. Vice-présidents : MM. SAINT-IVES-MESNARD et PATEIN. Secrétaire général : M. BARDET.

La Société compte 100 membres titulaires (dont 74 médecins, 12 pharmaciens, 6 vétérinaires, 6 chimistes ou naturalistes), 50 correspondants nationaux, 100 correspondants étrangers, nommés par élection *honoris causa*. Les membres titulaires passent honoraires au bout de quelques années. Pour devenir membre, il suffit de se présenter pour être nommé au fur et à mesure des vacances. Cotisation : 30 francs.

Les séances sont publiques. Les communications originales peuvent êtres faites par tout médecin désireux de le faire. Compte-rendu bimensuel, publié *in extenso* dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Fondée en 1872 par un groupe de savants, parmi lesquels nous citerons Claude Bernard, Broca, Combes, Delaunay, Friedel, de Quatrefages, Wurtz, l'*Association française* est ouverte à toute personne qui, à un point de vue quelconque, s'intéresse à la science; elle exerce son influence par des Congrès annuels, par des dons en instruments et en argent.

Le nombre des adhérents atteint le chiffre de trois mille. Le capital s'élève aujourd'hui à plus de 1.500.000 francs. Chaque année, des subventions importantes sont accordées aux travailleurs. Leur total à ce jour s'élève à près de 500.000 fr. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France : au début, c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'Exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris : il en a été de même en 1899 et en 1900 ; celui de 1904 s'est réuni à Grenoble, celui de 1905 à Cherbourg et celui de 1906 s'est tenu à nouveau à Lyon, où il s'était réuni déjà en 1873.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 20 sections, l'Association s'efforce de faire connaitre les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres au siège social à Paris pendant l'hiver.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8° de 1.000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1900 a décerné un Grand Prix à l'Association. En 1878 elle avait obtenu une médaille d'Or et en 1889 un Grand Prix.

Le bureau de l'Association pour l'année 1906-1907 est ainsi composé : *Président* : M. le Dr HENROT, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, correspondant de l'Académie de Médecine ; — *Président sortant* : M. le professeur LIPMANN, de l'Institut. — *Vice-Président* : M. le professeur APPELL, de l'Institut, Doyen de la Faculté des sciences de Paris : — *Secrétaire* : M. le docteur Edmond BONNET, du Muséum d'histoire naturelle de Paris : — *Vice-Secrétaire* : M. BRUNHES, directeur de l'Observatoire du Puy-de-Dôme ; — *Trésorier* : M. Emile GALANTE, fabricant d'instruments de chirurgie ; — *Secrétaire du Conseil* : M. le professeur M. GARIEL, de l'Académie de médecine : — *Secrétaire adjoint* : M. le Dr CARTAZ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Congès de 1906 se tiendra à Reims et celui de 1908 à Clermont-Ferrand. Pour le Congrès de Reims, la section des *Sciences médicales* sera présidée par le professeur LANDOUZY ; la section d'*électricité médicale*, par M. GUILLOZ, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; la section d'*odontologie*, par M. FRANCIS JEAN, professeur à l'Ecole dentaire de Paris ; la section d'*hygiène*, par M. le docteur CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

MM. les Abonnés sont priés de joindre à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse la bande du journal.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DES QUESTIONS D'ASSISTANCE

Cette Société a été fondée en 1889 sous la présidence de M. Théophile Roussel. Assemblée mensuelle le quatrième mercredi de chaque mois, à l'exception des mois de juillet, août et septembre. Les membres paient une cotisation annuelle de 20 fr. qui leur donne droit au service gratuit de la *Revue Philanthropique* où paraît son bulletin sous le titre de *Revue d'Assistance*.

L'objet de cette Société est l'étude en commun des questions d'assistance publique et de bienfaisance privée. Son président, qui change tous les ans, est actuellement M. le Dr Bourneville, et son secrétaire général M. Georges Rondel. Le siège social est 16, rue Miromesnil.

Les questions portées devant l'assemblée générale sont ordinairement discutées d'avance dans une des quatre sections ayant pour présidents respectifs : M. le Dr Billon, Mme Béquet, de Vienne; MM. Emile Ogier, Derouin, Cheysson et Rebeillard. Toute personne s'intéressant aux questions charitables et sociales peut être admise dans cette Société sur la présentation écrite de deux de ses deux membres, français ou étrangers.

COMITÉS NATIONAL ET INTERNATIONAL DES CONGRÈS D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE.

Cette double association, fondée en 1900, a pour président M. Casimir-Périer. Les deux unités ont été à l'origine constituées l'une par le suffrage de tous les adhérents français au congrès de 1900, l'autre par un corps électoral comprenant des délégués de tous les pays intéressés. Le recrutement se fait, depuis, par cooptation. Les deux Comités ont pour objet de provoquer et de favoriser la tenue des *Congrès d'assistance* spécialement pour l'étude des questions à mettre à l'ordre du jour.

C'est sous les auspices du Comité National que se tiendra en 1910 le Congrès international de Copenhague (Danemark). Ce dernier Comité est composé de membres élus par ses correspondants dans 22 pays (Angleterre, Allemagne, Belgique, Etats-Unis, Japon, Suisse, Pays-Bas, etc.).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE.

La *Société d'hydrologie* se réunit, comme la *Société de Chirurgie*, rue de Seine, n° 12. Ce local, permet à un grand nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés. L'intérêt que présentent *pour les étudiants* les discussions très instructives soulevées dans ces Sociétés sur les questions à l'ordre du jour explique leur présence aux réunions. Cette société a fêté récemment son cinquantenaire. Elle s'honore de posséder ou d'avoir eu parmi ses membres tous ceux qui ont fait des travaux importants sur l'hydrologie et les meilleurs praticiens d'eaux. Le secrétaire général est le docteur Durand-Fardel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Cette société, fondée en 1808, se réunit à 4 h. 1/2 les 1er et 3e jeudis de chaque mois, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Le bureau pour l'année 1906, est ainsi composé : *Président*, M. Ducor ; *Vice-Président*, M. Courtade ; *Secrétaire général*, M. Dignat. — Organes de publications : Bulletin bi-mensuel, *Journal de Médecine de Paris*.

Prix Alfred Guillon. — Ce prix, d'une valeur de 500 francs est décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(Fondée en 1805.)

Composition du bureau en 1904 : *Président d'honneur* : M. Henri Huchard ; *Président* : M. Ribard ; 1er *Vice-président* : M. Maygrier ; 2e *Vice-président* : M. Gillet (H.) ; *Secrétaire général* : M. Boursier ; *Secrétaire général adjoint* : M. Debrigode ; *Secrétaires annuels* : MM. Gigon, Minet et Quiserne ; *Trésorier* : M. Jaboin ; *Archiviste* : M. Roche ; *Référendaires* : MM. Descroizilles, Tripet.

Les séances se tiennent 29, rue de la Chaussée-d'Antin, au siège de l'Union des Femmes de France », les 2e et 4e lundis de chaque mois, à 5 heures. Les vacances ont lieu en août et septembre. Organes de publication : *Bulletin mensuel* et *Bulletin médical*.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les **Annonces** *contenues dans le* **Numéro des Etudiants**.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Cette Société a été fondée le 5 février 1898. Les séances ont lieu le troisième jeudi du mois, à 3 h. 1/2 du soir, à la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Elle a pour président actuel le Dr Bonnaire ; pour secrétaire général, le Dr Macé ; pour secrétaire des séances, le Dr Pierra et pour trésorier, le Dr Brindeau. Le Comité de publication se compose de MM. Budin, Maygrier, Boissard et Bar. La Société est exclusivement obstétricale. Ses travaux sont publiés dans un Bulletin édité avec grand soin. Le *Progrès Médical* donne le compte rendu analytique des séances.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS.

La Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris, qui *a pour but l'étude de ces trois branches médicales dans leurs rapports mutuels*, se compose de 44 *membres titulaires*, à savoir : 22 pour la section d'accouchements ; 12 pour la section de gynécologie ; 10 (4 chirurgiens et 6 médecins) pour la section de pédiatrie ; 20 *associés étrangers*, 40 *correspondants nationaux*, 50 *correspondants étrangers*. Le bureau pour l'année 1905 est ainsi constitué :

Président : M. Ch. Monod ; vice-président : M. Champetier de Ribes ; secrétaire général : M. Lepage ; secrétaires annuels : MM. Faure et Rudaux ; bibliothécaire-archiviste : M. Potocki ; trésorier : M. Bouffe de Saint-Blaise.

Les séances sont publiques et ont lieu le deuxième lundi de chaque mois (à l'exception des mois d'août et de septembre), à 5 heures, rue de Seine (Société de Chirurgie). Les comptes rendus de la Société sont publiés chaque mois par les soins des secrétaires de la Société, chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Cette Société, fondée en 1899, se réunit le troisième mardi de chaque mois à 4 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades. Président pour 1905 : M. Comby ; vice-président : M. Netter ; Secrétaire général : M. L. Guinon ; Trésorier : M. Nobécourt ; Secrétaires des séances : MM. Tollemer et P. Bezançon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Cette société a été fondée en 1902 par le Dr Albert Prieur, rédacteur en chef de la *France Médicale*, dans le but de développer en France le goût des études d'histoire de la médecine et des sciences. Le premier président en fut le Dr Raphaël Blanchard.

Le bureau pour l'année 1905 est ainsi constitué : Président : M. le Pr E.-T. Hamy, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Vice-présidents : MM. Ch.-E. Ruelle, administrateur de la Bibliothèque Sainte-Geneviève ; Em. Boutineau, de Tours ; Dr Paul Richer, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à l'école des Beaux-Arts ; Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Secrétaire-général : Dr A. Prieur. Secrétaires : Dr Léon Mac-Auliffe et Victor Nicaise. Archiviste-Bibliothécaire : Dr Beluze. Trésorier : M. Camille Vieillard. Les séances se tiennent à la Faculté le 2e mercredi de chaque mois à 5 heures.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC.

Fondée en 1867. — Siège social, 12, rue Jacob, Paris (6e). La Société contre l'abus du tabac a pour but de combattre l'abus du tabac chez les adultes, l'usage chez les enfants.

Le bureau gère la Société et se compose de MM. le général Lespeau (président), du Dr Georges Petit (secrétaire général) ; des Drs Magnan, Le Grix, Kortz, Colombel, Papillon, etc... La société organise un concours annuel et distribue les prix en séance solennelle. Le concours se divise en : prix de médecine, prix des instituteurs, prix de propagande, prix de mérite divers. Le programme est envoyé gratuitement à toute personne qui en fait la demande.

Toute personne, sans distinction de sexe, d'âge, de nationalité, d'opinions politiques, peut faire partie de la société. Chaque membre paie une cotisation annuelle de 10 francs : elle est réduite à 5 francs pour les instituteurs, les institutrices. La cotisation peut être rachetée à perpétuité par une somme de 100 francs une fois payée. La société publie un journal paraissant tous les mois, il est envoyé à tous les sociétaires, et rend compte des travaux de la société ; il publie les ouvrages récompensés et toutes les communications intéressantes que l'on veut bien lui envoyer. Son journal fait l'échange avec tous les journaux qui le lui demandent. Tout membre nouvellement admis reçoit une carte de sociétaire, une lettre d'admission et un diplôme.

Toute demande de renseignements est accueillie favorablement ; s'adresser à M. le Dr Georges PETIT, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, 12, rue Jacob, Paris.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Président : M. LANCEREAUX ; vice-présidents : MM. HUCHARD, RICHELOT, BERNHEIM, HERMANN, WEBER (de Londres) ; secrétaire général : Dr Georges PETIT. Secrétariat général : 51, rue du Rocher, Paris, VIIIe.

Extraits des statuts (déposés conformément à la loi de 1901).— Art. 2. Cette société a pour but l'étude de toutes les questions qui se rattachent à la tuberculose et la centralisation des moyens de défense. — Art. 4. La société se compose de médecins ou savants possédant un diplôme de Facultés ou Universités françaises ou étrangères. — Art. 5. Pour être admis, il faut présenter une demande au président, être agréé par le bureau, ratifié en assemblée générale au scrutin secret et payer une cotisation annuelle de 10 francs ou un rachat de cotisations de 100 francs. — Art. 6. Le titre de membre bienfaiteur peut être accordé à toute personne qui, par son concours, son influence, ses libéralités, viendrait puissamment en aide à la Société ; ce titre sera ratifié par l'assemblée générale.

SOCIÉTÉ D'ART POPULAIRE ET D'HYGIÈNE.

La Société d'art populaire et d'hygiène, fondée par Jean Lahor (Dr Cazalis) réunit les artistes, les architectes et les médecins. De leur concours sortira sûrement les effets les plus heureux. Le président est M. DE BAUDOT. Le Comite d'hygiène, présidé par M. le prof. agrégé RÉNON, comprend : M. P. RICHER, professeur à l'école des Beaux-Arts, le Dr CAZALIS, le Dr FIESSINGER, M. JUILLERAT, MM. TRIBOULET et CLAISSE, médecins des hôpitaux ; le Dr NOIR, le Dr LUCIEN-GRAUX, Dr FILLASSIER, le Dr H. THIERRY, inspecteur général adjoint de l'assainissement, le Dr JOUFFERT, le Dr GALTIER-BOISSIÈRE et M. MARIÉ-DAVY. La Société se réunit au Musée social, rue Las-Cases, et le Comité d'hygiène chez son président.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris* (Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques, reconnue d'utilité publique comme établissement d'enseignement supérieur. Loi du 22 mai 1889.) 31e année (1906-1907). Ouverture des cours le lundi 5 novembre 1906, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Directeur : M. le Dr H. THULIÉ. Professeur honoraire : M. A. BORDIER.

Cours.

Anthropologie préhistorique. — M. L. CAPITAN, professeur, le samedi, à 4 heures. Les bases de la préhistoire (*suite*). Industrie et art.

Ethnologie. — M. Georges HERVÉ, professeur, le mardi à 5 heures. Le problème nègre aux Etats-Unis (fin). Histoire de l'ethnologie.

Anthropologie zoologique. — M. P.-G. MAHOUDEAU, professeur, le mercredi, à 5 heures. L'origine de l'homme. La généalogie des hominiens. Les Simiens et les Anthropoïdes.

Anthropologie physiologique. — M. L. MANOUVRIER, professeur, le vendredi à 5 heures. Physiologie psychologique (suite).

Technologie ethographique. — M. ADRIEN DE MORTILLET, professeur, le mercredi à 4 heures. Les armes chez les peuples anciens et modernes ; leur classification et leur évolution.

Sociologie. — M. G. PAPILLAULT, professeur, le mardi, à 4 heures. Les associations chez les peuples primitifs (associations spontanées, volontaires, secrètes, religieuses, etc.) (suite).

Géographie anthropologique. — M. Franz SCHRADER, professeur, le vendredi, à 4 heures. L'impulsion du milieu cosmique et l'évolution de la pensée cosmologique.

Ethnographie. — M. S. ZABOROWSKI, professeur, le samedi à 5 heures. L'Europe : origines des nations, langues, mœurs. Le pourtour de la Méditerranée : Préaryens, Eurafricains (suite).

Ethnographie générale. — M. J. HUGUET, professeur-adjoint, le lundi, à 5 heures (de janvier à mars). Religions et superstitions dans l'Afrique orientale (suite).

Anthropologie anatomique. — M. E. RABAUD, professeur-adjoint, le lundi, à 5 heures (de novembre à janvier). Bases anatomiques des théories relatives à la criminalité (suite).

Paléontologie humaine. (Cours complémentaire). — M. R. VERNEAU, le lundi, à 4 heures (de novembre à janvier). Les races quaternaires de l'Europe : la race négroïde de Grimaldi et la race de Cro-Magnon.

Anthropogénie et embryologie. — M. MATHIAS DUVAL, professeur.

Conférences.

M. le R. Dr ANTHONY. — La morphologie du cerveau chez l'homme et chez les singes. Cinq conférences, les lundis 25 février, 4, 11, 18 et 25 mars 1907, à 6 heures.

M. R. DUSSAUD. — La civilisation mycénienne à Rhodes et à Chypre. Cinq conférences, les lundis 21, 28 janvier, 4, 11 et 18 février 1907, à 4 heures.

M. le Dr A. MARIE. — Psychopathologie comparée (en particulier les psychoses mystiques anciennes et modernes dans leurs rapports avec l'évolution mentale normale. Cinq conférences, les mardis 16, 23 et 30 et les samedis 19 et 26 mars 1907, à 3 heures.

Les cours et conférences seront lorsqu'il y aura lieu, accompagnés de projections.

JOURS ET HEURES DES COURS. — Lundi, 4 heures, MM. Verneau (nov.), Dussaud (janv.), Anthony (fév.) ; 5 heures, MM. Rabaud (nov.), Huguet (janv.). — Mardi, 3 heures, M. Marie (mars) ; 4 heures, M. Papillaut ; 5 heures, M. Hervé. — Mercredi, 4 heures, M. de Mortillet ; 5 heures, M. Mahoudeau. — Vendredi 4 heures, M. Schrader ; 5 heures, M. Manouvrier. — Samedi. 3 heures, M. Marie (mars) ; 4 heures, M. Capitan ; 5 heures, M. Zaborowski.

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue de l'École d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans les Laboratoire d'Anthropologie. Les autopsies sont faites sous la direction de M. le Pr Mathias Duval, MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient ses séances qui sont publiques, les 1er et 3e jeudis de chaque mois, à 3 heures, au 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public le lundi de 11 heures à 6 heures. Président pour 1906 : M. HAMY. — Secrétaire général : M. MANOUVRIER. — Secrétaires annuels : Drs ANTHONY et RABAUD. — Le *Progrès Médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin Bimensuel* (abonnement annuel : 12 fr.)

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie, dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. DELISLE et A. de MORTILLET.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE.

49, rue Saint-André-des-Arts, 49.

(*Au Siège de l'Institut psycho-pathologique.*)

L'Ecole de psychologie est destinée à fournir aux médecins et aux étudiants de toutes les Facultés un enseignement théorique et pratique sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme, de la psychologie normale et pathologique, de la pédagogie suggestive, de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux : Les cours à l'Ecole de psychologie sont publics.

Comité de Patronage : MM. BERTHELOT, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; BEAUNIS, professeur honoraire de la Faculté de Nancy ; BINET, directeur du laboratoire de psychologie à la Sorbonne ; BOIRAC, recteur de l'Académie de Dijon ; Lionel DAURIAC, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier ; Marcel DUBOIS, professeur à la Sorbonne ; GIARD, professeur à la Sorbonne ; GUIMET, directeur du Musée des religions ; HUCHARD, membre de l'Académie de médecine ; RIBOT, professeur honoraire au Collège de France ; Albert ROBIN, membre de l'Académie de médecine ; TARDE, professeur au Collège de France ; Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Cours de 1906.

L'inauguration des cours aura lieu le mardi 8 janvier, à cinq heures, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique. La leçon d'ouverture sera faite par M. le Dr Binet-Sanglé. Elle aura pour sujet : La psychologie de Jésus.

Hypnotisme thérapeutique. — M. le Dr Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° Psychothérapie générale. — L'éducation du caractère. Les lundis à cinq heures, à partir du lundi 15 janvier ; 2° les applications de l'hypnotisme à la pédagogie. Les jeudis à cinq heures, à partir du 11 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. le Dr Paul Magnin, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme chez les hystériques : les paralysies hystériques. Les lundis et les jeudis, à cinq heures et demie, à partir du 11 janvier.

Hypnotisme sociologique et anthropologie. — M. le Dr Félix Regnault, professeur. Objet du cours : Le rôle social des religions. Les samedis à cinq heures, à partir du 14 janvier.

Psychologie pathologique. — M. le Dr Paul Farez, professeur. Objet du cours : Les sommeils pathologiques. Les mardis à cinq heures, à partir du 10 janvier.

Psychologie du criminel. — M. Blieck, avocat à la Cour d'appel, professeur. Objet du cours : La criminalité juvénile. Les vendredis à cinq heures et demie à partir du 12 janvier.

Anatomie et Psychologie comparées. — M. E. Caustier, professeur agrégé de l'Université. Objet du cours : Les fonctions psychiques dans la série animale. Les samedis à cinq heures et demie, à partir du 15 janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinay, professeur. Objet du cours : Le dressage des animaux. Les vendredis à cinq heures, à partir du 12 janvier.

Psychologie des dégénérés. — M. le Dr Binet-Sanglé, professeur : Objet du cours : Les dégénérés mystiques. Les samedis à 5 h. et demie, à partir du samedi 14 janvier.

Psychologie de la vision. — M. le Dr Darier. Objet du cours : Psycho-physiologie de la vision.

Philosophie scientifique. — M. Louis Favre. Les méthodes en psychologie.

Psycho-physiologie de l'art. — M. Félix Régamey, professeur. Psycho-physiologie de l'art.

Psychologie normale. — M. Lionel Dauriac, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier : Les facultés de l'intelligence.

Psychologie musicale. — M. R. Pamart, professeur : Les grands musiciens.

Conférences pratiques d'hypnologie et de psychothérapie. — Les conférences cliniques sur les applications de l'hypnotisme à la psychothérapie et à la pédagogie reprendront le jeudi 25 janvier, à 10 heures du matin. Elles seront dirigées par les Drs Bérillon, Magnin, Paul Farez et Pamart. On s'inscrit les jeudis à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891.

43, *rue des Ecoles et* 1, *rue de Latran* (Salle d'Armes).

Présidents d'honneur de l'Association :

1885-1889 Chevreul ; 1889-1895 Pasteur ; 1898 Lavisse.

But de l'Association. — L'Association a pour but : 1° de réunir les étudiants dans l'intérêt de leurs études ; 2° d'établir entre tous ses membres des liens de solidarité et de fraternité, afin de procurer à chacun aide et assistance. Dégagée de tout caractère politique ou religieux, elle s'efforce uniquement d'assurer à la communauté des Etudiants des avantages intellectuels et matériels de toute sorte ; elle ne restreint en rien l'initiative personnelle qu'elle développe au contraire en favorisant l'échange d'idées scientifiques et sociales entre des étudiants appartenant à tous les ordres d'études. L'administration appartient exclusivement à un Comité d'Etudiants français et majeurs élus par leurs camarades des différentes Ecoles. — *Conditions d'admission* : être Etudiant. Verser une cotisation annuelle de 18 francs.

Siège social ouvert tous les jours de 8 h. du matin à minuit : 43, rue des Ecoles : 1er étage : salle de conférences, salle de billard, fumoir ; 2e étage, bibliothèque générale (romans et revues), laboratoire de photographie, journaux, administration, caisse : 3e étage, bibliothèque de droit, bibliothèque des lettres, bibliothèque des sciences politiques et de l'Ecole coloniale ; 4e étage, bibliothèque de médecine, bibliothèque des sciences, bibliothèque et laboratoire de pharmacie, droguier ; 1, rue de Latran, salles d'armes et d'hydrothérapie.

Facultés et écoles inscrites à l'Association : Facultés de droit, lettres, médecine, sciences, théologie protestante ; écoles de pharmacie, beaux-arts, polytechnique, centrale, coloniale, normale, conservatoire, des chartes, des constructions navales, des hautes-études (lettres et sciences), des langues orientales, du Louvre, des mines, des ponts-et-chaussées, de physique et chimie, des sciences politiques, supérieure de commerce, d'Alfort, des Hautes-Etudes commerciales, dentaire, institut commercial, institut agronomique.

Avantages sociaux. — Bibliothèque, 25.000 volumes, 120 journaux quotidiens (Paris, province, étranger), 115 revues et journaux périodiques. Prêts à domicile. Conférences de droit, médecine (internat et externat des hôpitaux), pharmacie (internat des hôpitaux), sciences, lettres, promenades scientifiques, etc. Exercices de conversation en langues étrangères. Cours public de sténographie. Publications : Bulletin mensuel : l'*Université de Paris* ; Annuaire contenant tous les détails utiles sur les facultés et les écoles. Service médical gratuit, service gratuit de consultations juridiques. Remplacements, médecine et pharmacie. Fêtes amicales, mensuelles, gratuites.

Avantages matériels. — Théâtres, concerts, plus de 4.000 billets gratuits et de 8.000 billets à prix réduits ont été distribués dans l'année scolaire. Expositions, casinos, établissements thermaux, bals et fêtes : réductions ou entrées gratuites. Sports : club athlétique, jeux en plein air, vélocipédie, canotage, équitation, gymnastique, danse, escrime : prix très réduits. *Caisse de secours et prêts* sur simple signature aux membres de l'Association dans le besoin.

Avantages commerciaux. — Un service de remises commerciales analogue à celui des Sociétés coopératives est ouvert à tous les Etudiants. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 43, rue des Ecoles.

Association corporative des Étudiants en Médecine.

Siège : 21, R. Hautefeuille (près la Faculté de médecine). Tél. 824-40.

L'Association corporative des Etudiants en Médecine a été fondée le 12 juin 1902, dans le seul but d'aider à l'instruction et à l'éducation professionnelle de ses membres, ainsi que le prouve l'extrait suivant des statuts :

Article 1er. — 1° Etablir entre ses membres des liens de solidarité ; 2° Rechercher et mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession ; 3° Transmettre aux autorités compétentes les vœux des étudiants en Médecine votés en Assemblée générale ; ces vœux ne pouvant s'appliquer à des questions étrangères aux intérêts scolaires et professionnels ; 4° Faciliter par tous les moyens possibles l'instruction professionnelle de ses membres ; 5° Etablir des liens plus étroits et une communication constante entre les professeurs, les médecins et les étudiants ; 6° Offrir aux Etudiants en Médecine de province et de l'étranger un centre d'appui et de solidarité, de faciliter leurs relations avec la capitale.

Article 5. — L'Association *n'a pas de président* ; elle est administrée par un comité de 20 membres tous égaux, élu pour un an.

Article 6. — Les membres du Comité prennent l'engagement de n'accepter aucune distinction honorifique pour services rendus à l'Association.

Ainsi l'Association se trouve dégagée des compétitions stériles pour lesquelles l'intérêt des membres d'un groupement peut être sacrifié ! Après s'être édifiée et avoir évolué dans le silence elle a obtenu ce résultat remarquable, de donner à ses adhérents en échange d'une cotisation de 10 fr. par an: *Des salles de travail* spacieuses et tranquilles, *des salles de conférences* particulières, *des salles de lecture* où peuvent être consultés tous les journaux, revues et périodiques médicaux, ainsi que les grands quotidiens de France et de l'Etranger. Une *Bibliothèque* contenant plus de 2500 volumes parmi lesquels tous les traités classiques, de médecine, de chirurgie, d'anatomie, d'obstétrique, de spécialité. Un *droguier*, *des squelettes*, etc. Un *laboratoire de photographie*. Un *service spécial de remplacements* et de postes médicaux. Des *conférences d'internat* régulières et très sérieuses qui sont faites par une vingtaine d'Internes des Hôpitaux. Des conférences sur le droguier, l'obstétrique, la médecine infantile, la physiologie, l'art dentaire, l'ophtalmologie, les matières du P. C. N., etc., ont été organisées dès l'année dernière; mais aujourd'hui l'A. C. désire compléter l'enseignement peu pratique de la Faculté. A cet effet, elle crée, dans les hôpitaux un nombre important de cours de technique et d'examen de malades avec le concours de chirurgiens, de médecins et d'internes s'intéressant au but poursuivi par l'Association.

Les salles particulièrement bien aménagées et décorées (par des dons du ministère de l'Instruction publique et des beaux-arts) sont ouvertes de 9 heures à minuit.

L'A. C. a actuellement pour organe officiel *La Revue française de médecine et de chirurgie* (M. Steinheil, éditeur) paraissant deux fois par mois et dont le service est fait gratuitement à tous les membres de l'Association. La *Revue* comprend une partie spécialement consacrée à la défense des intérêts corporatifs des étudiants en médecine.

Officiellement reconnue et représentée à toutes les grandes réunions médicales, l'A. C. E. M. forme un groupement nettement et heureusement corporatif composé de : membres actifs (10 fr. de cotisation par an) ; membres honoraires (20 fr. par an), membres bienfaiteurs (100 fr. une fois donnés), membres perpétuels (200 fr. une fois donnés) ; membres fondateurs (300 fr. au moins une fois donnés, ou donation, ou services rendus importants.)

En dehors des avantages professionnels, l'association donne à ses membres des réductions très importantes sur les prix des théâtres, chez de nombreux commerçants, libraires, restaurateurs, dans des salles d'armes et de boxe, etc. Une carte d'identité, avec photographie, est délivrée pour un an et assure les avantages indiqués.

COURS ET CONFÉRENCES PRATIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par le docteur Paul DELBET, *ancien prosecteur et chef de clinique*. — Ces conférences, spécialement réservées aux membres de l'Association Corporative, auront lieu dans la maison de santé du docteur Paul Delbet, 14, rue Roquépine (Paris VIIIe), les lundi, mercredi et vendredi, de 5 heures à 7 heures, à partir du mercredi 24 octobre courant. S'inscrire à l'A. C. Les instruments et appareils seront mis aux mains des élèves, qui seront exercés à leur maniement.

Prix des cours : *15 francs*.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine de Paris.

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a pour but de resserrer et de perpétuer les liens qui se sont formés entre les internes des hôpitaux de Paris. Elle accorde des secours aux membres de l'Association, à leurs veuves, à leurs ascendants ou descendants, aux Internes ou anciens Internes n'appartenant pas à l'Association, à leurs veuves, à leurs ascendants ou descendants ; elle soutient de ses ressources et de son appui moral les collègues poursuivis en raison de leur qualité d'interne, elle accorde des prêts d'honneur aux Internes en exercice : le total de ces allocations a dépassé en 1905-1906 la somme de sept mille francs. L'Association organise tous les ans le banquet de l'Internat auquel peuvent prendre part les anciens Internes et les Internes en exercice.

Elle publie tous les trois mois un bulletin qui fait connaître les délibérations de son Comité. Elle a créé, avec le concours de l'administration de l'Assistance publique, la bibliothèque centrale de l'Internat qui est située à l'administration centrale, service des archives. Elle a fondé un Office destiné à fournir des renseignements sur les places d'Internes vacantes et sur les clientèles et remplacements.

Le siège de l'Office de l'Internat se trouve à la bibliothèque. Le bureau de l'Association pour 1906-1907 est ainsi constitué : M. le Pr PEYROT, président ; M. le Dr THIBIERGE, vice-président ; M. PINET-MAISONNEUVE, trésorier ; M. CROUZON, secrétaire.

Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

La Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, fondée en 1904 a pour but :

1° De permettre aux internes et aux anciens internes en médecine et en chirurgie de se réunir, de continuer ou de renouer d'anciennes relations et de conserver les traditions de l'Internat ;

2° D'étudier toutes les questions qui intéressent l'Internat ;

3° De contribuer au perfectionnement scientifique de ses membres par des réunions, des conférences, des publications.

L'admission est de droit, sur demande adressée au Président, pour tout ancien interne ou interne en exercice.

Les cotisations sont de 20 francs par an pour les membres habitant Paris ou le département de la Seine ; de 15 francs pour les membres habitant la province ou l'étranger ; de 10 francs pour les internes en exercice. Le siège de la Société est 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de Chirurgie. Les séances ont lieu à 4 h. 1/2 le 4e jeudi de chaque mois, août et septembre exceptés. La Société dispose de deux bourses de voyage au V.E.M.

Le bureau pour 1906 se compose de : M. VAQUEZ, président ; M. VERCHÈRE, vice-président ; M. JAYLE, secrétaire général ; M. HALLION, trésorier, M. LE FUR, archiviste ; MM. WEIL-HALLÉ, LEQUEUX, secrétaires des séances.

Le nombre des membres est de 300.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président, M. Lippmann ; Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Léveillé ; Secrétaire, M. Alluaud ; Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Séances les 1er et 3e jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Roulin ; Secrétaire, M. le Dr Dignat.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Aulard; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr Cruet.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. le Dr Terson ; Secrétaire, M. Morax.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois, de 8 à 10 h. du soir. Président : M. Strauss ; Secrétaire général, Dr A.-J. Martin.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer). Président : Dr Vacher ; Secrétaire : M. le Dr Joal.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité, M. le Dr Duboys de la Vigerie.

Société Astronomique de France : Séance le 1er mercredi du mois, de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Gaspari ; Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Cruppi ; Secrétaire général, M. Malétras ; Agent général : M. G. Bossu.

Société géologique de France : Président, M. Peron ; Secrétaire, M. Lemoine.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois, de 9 à 11 h. du soir. Présidents: M. le Dr Pierre des Essarts et M. Arthur Fontaine ; Secrétaire général, M. Fléchey.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e mardi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Voisin. Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Orgias; Secrétaire général, M. Bourgeon.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Barré ; Secrétaire général, M. Saint-Romas.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

Société météorologique de France : Séance le 1er mardi de chaque mois. Président, M. Teisserenc de Bort.

Association sténographique unitaire : Séance le 20 de chaque mois. Président, M. Boutillier ; Secrétaire général, M. Fleury.

Chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical.

Société médicale des asiles d'aliénés du département de la Seine :

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs ; Directeurs : MM. Deniker, Schweitzer ; Secrétaire général, M. Janot.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières ; Secrétaire général, M. Viénot.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Gairal, des Ardennes ; Secrétaire général, M. le Dr J. Noir.

Syndicat des Médecins de la Seine : Président, M. le Dr Séailles; Secrétaire général, M. le Dr Bellencontre.

Société centrale d'Apiculture et d'Insectologie : Séance le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures. Président, M. Giard ; Secrétaire général, M. Sevalle.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Président, M. Léon Bourgeois. — Secrétaire général, M. R. Worms.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat. Président, M. Kloch ; Secrétaire général, M. Mathieu.

Société médicale des Praticiens : Président, M. le Dr Archambaud; Secrétaire général, M. le Dr P. Barlerin.

Société zoologique de France : Président, M. Joubin.

Association générale des Agents des Postes, Télégraphes et Téléphones : Bureaux et secrétariat ; Pas de président ; secrétaire général, M. Clavier.

Chambre syndicale des Instruments de précision : Président, M. Pellin ; Secrétaire, M. Lacombe.

Collège libre des Sciences sociales : (secrétaire) : Directeur, M. le Dr E. Delbet, député ; Secrétaire, M. J. Bergeron ;

Conférences des Avoués de 1re instance des Départements : Séance

les 3e lundis de février et de juin, ainsi que le 7 et 8 octobre. — Président, M. Legrand, sénateur.

Courrier des Examens : Directeur, M. Naud.

Société centrale des Architectes : Président, M. Nénot.

Société mutuelle des Clercs de Notaire : Bureaux ; Président, M. Dumat ; Agent général, M. Juillien ; tous les jours de 9 h. à 6 h.

Société française d'Hygiène : Séance le 2e vendredi de chaque mois. Président, M. Gensen ; Secrétaire, M. A. Joltrain.

Société des Universités populaires.

Société d'Education sociale : Président, M. Léon Bourgeois, Secrétaire, M. le Dr Papillault.

Société de Kinésithérapie : Séance le 3e vendredi de chaque mois. Secrétaire, M. le Dr Mesnard.

Syndicat des Pharmaciens de France : Séance le 1er mardi de chaque trimestre et le 1er samedi de novembre.

Groupe parisien polytechnique : Séance le dernier mercredi de chaque mois ; Président, M. Carpentier.

Ligue Populaire pour le Repos du Dimanche : Bureaux. Président, M. Cheysson.

Ligue sociale d'acheteurs : Secrétariat. Présidente, Mme Klobb ; Vice-présidentes : Mmes G. Brinaud et de Contenson ; Secrétaire générale, Mme J. Brunhes : mardis et jeudis de 6 h. à 7 h.

Association amicale des anciens Elèves de l'Ecole de Physique et de Chimie industrielles de la ville de Paris : Bureaux et secrétariat ; Vice-président, M. Bochand.

Société pour le Développement de l'enseignement technique : Bureaux : Président, M. Paris.

Chambre syndicale des Peintres-Verriers français : Président, M. Gaudin.

Société de géomètres experts de France ; Président, M. Hachet.

Société nationale des géomètres ; Président, M. Frère.

La Paix et le Désarmement par les Femmes ; Présidente, Mme Flammarion. Réunion au mois de mai.

Société de Crémation : Président, M. le Dr Bourneville.

Syndicat des Vétérinaires de Seine-et-Oise ; Secrétaire général, M. Lazardem.

Syndicat des Vétérinaires de Seine-et-Marne.

Société Amicale des Bureaux de Bienfaisances ; Président, M. Leprince.

Société positiviste d'Enseignement, séances tous les vendredis à 8 h. 1[2 du soir. M. Cona.

Association générale des Percepteurs de France : Secrétaire général, M. Fargeas ; Trésorier, M. Secques.

Chambre syndicale des Marchands Grainiers Français : Président, M. Vilmorin.

Ecole polytechnique de Notariat : Président, M. Courteau.

Excursions Médicales : Président, M. Bazet.

Société d'Astrologie : Président, M. Barlet.

Société de l'Enseignement professionnel et technique des Pêches Maritimes : Président, M. Coutant ; Secrétaire général : M. Pérard.

Société « La Vincennoise » : Trésorier, M. Decamp.

Syndicat des Médecins de Théâtres : Président, Dr Archambault.

Syndicat des Oculistes : Président, Dr Cosse.

ECOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris (reconnue d'utilité publique), 45, rue de la Tour-d'Auvergne et 5 bis, cité Milton.

Président-Directeur : Ch. Godon.
Directeur-adjoint : E. Sauvez.
Secrétaire général : Touvet-Fanton.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France (en 1880). Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris, le département de la Seine et le Gouvernement la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'école délivre un diplôme spécial après *trois années d'études*. Les décrets réglementant les conditions d'études de l'art dentaire l'ont reconnue comme *école préparatoire au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste*, pour lequel elle délivre les incriptions réglementaires.

L'*enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 5 à 7 heures. *Cours de 1re année* : Physique, métallurgie et mécanique appliquées, chimie appliquée, éléments de bactériologie, anatomie comparée, descriptive et histologie, dissection ;) éléments de dentisterie, de pathologie, de thérapeutique, d'antisepsie et de prothèse ; — *Cours de 2e année* : Anatomie et physiologie de la bouche et de ses annexes, physiologie, dissection, pathologie interne et externe générale et spéciale, bactériologie spéciale, thérapeutique et matière médicale, dentisterie opératoire, prothèse dentaire ; — *Cours de 3e année* : 1° Anatomie et physiologie spéciales ; 2° pathologie interne générale et spéciale (affections de la bouche) ; 3° pathologie externe générale et spéciale (affections de la bouche) ; 4° pathologie dentaire ; 5° thérapeutique et matière médicale ; 6° thérapeutique spéciale ; 7° dentisterie opératoire ; 8° anesthésie ; 9° prothèse ; 10° dissection ; 11° droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

Professeurs : MM. Barrié, Billet, Blocman, Bonnard, Choquet, d'Argent, Desgrez, Frey, Godon, Grimbert, Jean, Julien, Launois, Lemerle, Levett, Loup, Marie, Marié, Martinier, Pinet, Roy, Sauvez, Sebileau, Serres, Touchard, Viau, Worms.

Professeurs suppléants : MM. Audy, Blatter, de Croës, Delair, Mendel-Joseph, Touvet-Fanton.

Chefs des travaux pratiques : MM. Cecconi, Ledoux, Mulon.

Chefs de clinique : MM. Baelen, Devoncoux, Fouques, Guillemin, Jeay, Mahé, Manteau, Masson, Paulme, Renhold, Stévenin.

Démonstrateurs, assistants et préparateurs des cours : MM. Amen, Boileau, Cahen, Crosse, Darcissac, de Lemos, de la Loge, Desforges, Fournier, Ferrand, Geoffroy, Houdoux, Knodler, Lalement, Leconte, Lemaire, Lemerle fils, Pelissier, Rebel, Picou, Staviski, Tacail, Tzanck (G.), Villain, H. Villain.

Moniteurs journaliers de prothèse : MM. Jouard, Renhold, Tacail.

Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 500 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : F. Ducournau.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Elle vient d'être officiellement assimilée aux dispensaires gratuits de l'Assistance publique à Paris. Son siège social est rue Garancière, 5.

Dès son début, cette école dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Brouardel, Richet, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. le Dr Queudot. — Directeur-adjoint : M. Hivert.

Cours pratiques du matin (de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2).

Professeurs de clinique : Lundi, M. Rodolphe. — Mardi, M. le Dr Page, — Mercredi, M. le Dr Siffre. — Jeudi, M. Ducournau, M. Bruel. — Vendredi, M. Hivert. — Samedi, M. Berlioz, prof.

Chefs de clinique : MM. Barrellier (J.), Barden Vauthier, H. Fort, Hervochon, Jannot, Fontanel, Lambert, Dauzier, Verdier, Bertrand (R). Guiard, Fabre (F.), Guérard, Dubois (P).

Professeur de prothèse : M. Maleplate, de 8 heures à 10 heures. Chef de clinique ; M. Guiard.

Professeurs de dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : Lundi et mercredi, de 8 1[2 à 10 h. 1[2, MM. le Dr Queudot, Bertrand. — Mardi et jeudi de 8 1[2 à 10 h. 1[2, MM. le Dr Frison, Amoedo. — Vendredi de 8 1[2 à 10 h. 1[2, M. Neech (Edouard), M. Astié (G.), M. Grimaud. — Samedi, de 8 h. 1[2 à 10 h. 1[2, M. Frison.

Professeurs d'aurifications : Dr Amoedo, le mardi ; Dr Ducournau, le jeudi ; Dr Géo Roussel, le vendredi ; Dr X., démonstrateur, le jeudi et le samedi.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Anesthésie : M. Darin professeur, samedi, à 6 heures. — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Lebedinsky, professeur, mardi, à 10 h. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, lundi et vendredi à 5 h. 1/2 ; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique, chimie*, etc., M. le Dr Viron, lundi, 1 2 et jeudi à 4 h. 3/4 ; M. Charon, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM. Dr Queudot, Hivert, Dr Lebedinsky, vendredi, à 10 heures — *Pathologie et thérapeutique générales* (Eléments de) M. le Dr Lebedinsky, professeur. Mardi, à 9 h. 1/2. — *Histologie, Bactériologie*. M. le Dr Rabaud préparateur, M. Franchette,

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

jeudi à 9 h. 1/2 (1re année), à 10 h. 3/4 (2e et 3e années). — *Mécanique et physique appliquées, prothèse et mécanique dentaires* : M. Franchette, prof., mercredi, à 9 heures. — *Hygiène et déontologie*: M. le Dr Pasquet, le premier samedi de chaque mois, à 5 heures. — *Pathologie dentaire infantile* : M. A. Siffre, jeudi, à 10 h. 3/4. — *Pathologie interne et externe* : M. Ambard, vendredi, à 10 h. 3/4. — *Laboratoire de prothèse* : tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir.

Bibliothécaire et conservateur du Musée : M. le Dr Pasquet.

III. Ecole dentaire Française.

Est située au 29 du boul. St-Martin, 36, rue Meslay, Paris, 3e arr.

Enseignement supérieur libre.

Reconnue officiellement par décision ministérielle en date du 25 novembre 1896, l'*Ecole Dentaire Française* donne l'enseignement dentaire complet ; théorique et pratique ; elle relève de la Faculté de Médecine, elle est autorisée à délivrer les inscriptions obligatoires en vue des examens de la Faculté de Médecine pour l'obtention du diplôme de Chirurgien-Dentiste.

Le programme officiel est enseigné complètement dans le cours des trois années réglementaires, en 12 inscriptions.

A cette fin, la direction a groupé un corps enseignant d'élite : docteurs en médecine, docteurs ès sciences ayant rempli ou remplissant actuellement de hautes fonctions scientifiques officielles ; chirurgiens des hôpitaux, internes des hôpitaux, préparateurs d'histologie à la Faculté médecine, dentistes des hôpitaux, professeurs en Sorbonne, spécialistes dans les branches qu'ils enseignent, des chefs de clinique et démonstrateurs, docteurs dentistes, chirurgiens-dentistes.

L'Ecole possède une clinique quotidienne permanente ; elle offre aux étudiants, sous la direction des chefs de clinique, un vaste champ d'études chirurgicales et pathologiques dentaires. Outre les élèves réguliers, dits de Facultés, l'école reçoit aussi des élèves libres qui peuvent s'inscrire en tout temps. Les docteurs en médecine désirant se spécialiser en art dentaire y trouvent tous les éléments d'études pratiques réalisant leurs desiderata. L'école possède aussi une école de prothèse ou mécanique dentaire, afin que le futur chirurgien-dentiste n'ignore rien de ce qui concerne l'art dentaire.

Des règlements intérieurs assurent l'ordre et le fonctionnement des différents services, la distribution des heures des travaux pratiques et théoriques. Le Conseil municipal de la ville de Paris accorde deux bourses gratuites de l'Ecole dentaire française à deux candidats de son choix.

Le Conseil général de la Seine accorde également deux bourses dans les mêmes conditions.

Des récompenses, médailles, prix en instruments sont accordés aux meilleurs élèves. — La rentrée a lieu le jour de l'ouverture officielle du registre d'inscriptions fixé par l'Académie, au 15 octobre.

Pour les demandes de renseignements et de programmes, s'adresser au siège de l'école, 29, boulevard, Saint-Martin. Le directeur général, Dr Louis-Jules Rousseau, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris, dentiste des hôpitaux et de l'Etat. — Censeur des études, Dr Georges Petit, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

IV. — Ecole pratique d'odontologie.

5e année.

2, rue Huyghens (XIVe).

Enseignement spécial de la chirurgie dentaire aux docteurs et aux étudiants en médecine (1).

Programme 1906-1907. — Cours complet de chirurgie dentaire pour les docteurs en Médecine voulant exercer spécialement l'art dentaire. Ce cours comprend : *a*) Travaux pratiques sur fantôme ; *b*) Travaux pratiques au laboratoire de prothèse, manipulation et construction par l'élève de tous les appareils de prothèse; *c*) Clinique. Traitement des maladies des dents et de la bouche. Applications cliniques sur les malades de toutes les opérations de dentisterie opératoire et de tous les procédés de prothèse, aurifications, obturations céramiques, redressements, bridges, etc. Ce cours commence au gré de l'élève. Durée minima, 4 mois. L'élève est pris de 9 h. à midi et de 2 h. à 6 h., tous les jours.

Conférences libres et gratuites de chirurgie dentaire d'urgence en juin et juillet. Une affiche en indiquera, l'objet, le jour et l'heure.

Les malades fréquentant la clinique y reçoivent les soins et appareils *gratuitement* ; cela permet d'en avoir un grand nombre. La question pécuniaire n'existant pas pour eux, l'élève peut faire tel appareil qui lui convient, les matières premières lui étant fournies. Le nombre de malades reçus et traités s'est élevé de juillet 1905 à fin juillet 1906, à 6000. *Ecrire au Dr Siffre pour tous autres renseignements.*

(1) Pour tous renseignements, écrire au docteur Siffre, à l'E.P.O.S., 2, rue Huyhgens (coin des boulevards Raspail et Montparnasse, XIVe arrond.), ou verbalement, le vendredi, à 9 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen honoraire : M. Vialleton.

Professeurs honoraires : MM. Jaumes, Paulet, E. Bertin-Sans Grynfeltt.

Secrétaire honoraire : M. Got.

Année scolaire 1906-1907.

Semestre d'hiver : *Du 3 novembre au 2 mars.*

Cours.

Anatomie : M. Gilis, professeur, mardi, jeudi, samedi à 4 heures. Anatomie topographique : régions du bassin et du membre inférieur. — *Anatomie* : M. Grynfeltt, agrégé, lundi, mardi, vendredi à 4 heures, Anatomie descriptive : Splanchnologie. — *Anatomie* : M. Rouvière, chef des travaux, 1re année, tous les jours de 8 à 10 h. ; 2e année, de 1 à 3 h. Les organes des sens. — *Anatomie* : M. Delmas, prosecteur, tous les jours à 10 heures. Description élémentaire des centres nerveux. Nerfs crâniens. — *Physiologie* : M. Hédon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. Digestion, sécrétion, respiration. — *Physique biologique* : M. Imbert, professeur, lundi, mardi et mercredi à 3 heures. De l'emploi des agents physiques en thérapeutique et en particulier de l'électricité et des rayons X. — *Pathologie externe* : M. Soubeiran, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 heures. Gynécologie. — *Accouchements* : M. Puech, agrégé libre, lundi, mercrediet vendredi à 2 heures. Grossesse normale. Accouchements dans les diverses présentations. — *Pathologie interne* : M. Ducamp, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. Maladies des appareils respiratoire et circulatoire. — *Anatomie pathologique* : M. Bosc, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. Les processus morbides. Maladies des organes. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. Hamelin, professeur, mardi, jeudi et samedi à 2 heures. Médications s'adressant aux éléments morbides communs (indications à remplir et moyens thérapeutiques). — *Histoire naturelle médicale* : M. Galavielle, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. Des végétaux utilisés en médecine. — *Physique pathologique* : M. Marqués, lundi, mercredi et vendredi à 10 heures. Electrothérapie et radiographie (à l'hôpital suburbain). — *Enseignements divers* : M. Bourgin, professeur au lycée, mardi à 5 heures. Allemand. Préparation à l'École du service de santé militaire de Lyon (hiver et été).

Semestre d'été : *Du 3 mars au 31 juillet.*

Cours.

Histologie : M. Vialleton, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. La cellule et les tissus. Les systèmes vasculaires (histologie et développement). — *Physiologie* : M. Poujol, agrégé, lundi, mardi et mercredi à 5 heures. Le système nerveux central. — *Chimie biologique* : M. Ville, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. Chimie biologique. Aliments. Digestion. Nutrition. — *Physique biologique* : M. Gagnière, agrégé, jeudi et samedi à 3 heures. Action des agents physiques sur les êtres vivants. — *Pathologie externe* : M. Jeanbrau, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 heures. Chirurgie du cou, du thorax et l'abdomen. — *Médecine opératoire* : M. Estor, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Chirurgie de l'abdomen. — *Pathologie générale* : M. Raymond, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 2 heures. 1° L'évolution de la maladie. 2° Questions de séméiologie. — *Pathologie interne* : M. Vires, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. Conférences complémentaires du cours d'hiver. — *Histoire naturelle médicale* : M. Granel, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 heures. Etude des maladies parasitaires ; parasites animaux et végétaux. — *Microbiologie* : M. Rodet, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 heures. Microbiologie générale, etc. La défense de l'organisme contre les microbes ; l'immunité. — *Hygiène* : M. Bertin-Sans, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. Loi sanitaire de 1902 : Salubrité de l'habitation. Assainissement des villes. Hygiène élémentaire. — *Médecine légale* : M. Sarda, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 heures. Mariages ; séparation ; action en désavœu ; mort et mort subite ; médecine légale des aliénés. — *Chimie pathologique* : M. N..., agrégé, mercredi et vendredi à 10 heures. Exercices de chimie clinique, à l'hôpital, toute l'année. — *Accouchements* : M. Guérin, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 6 heures. Cours d'opérations obstétricales.

Cliniques

CLINIQUES MAGISTRALES (*Hiver et Eté*).

Clinique interne : MM. GRASSET et CARRIEU, tous les jours à 8 heures, Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Clinique externe* : MM. TÉDENAT et FORGUE, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. VALLOIS tous les jours à 10 heures. Clinique obstétricale. Maternité. — *Maladies mentales et nerveuses* : M. MAIRET, lundi, mercredi et vendredi à 9 heures. Asile public des aliénés, Hôpital Général. — *Maladies des yeux* : M. TRUC, tous les jours à 9 heures. Hôpital Général. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, tous les jours à 8 heures 1/2. Hôpital Saint-Eloi suburbain.

CLINIQUES ANNEXES (*Hiver et Eté*).

Chirurgie des enfants : M. ESTOR, professeur, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. VEDEL, agrégé, chargé de cours, tous les jours à 8 heures 1/2. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Maladies des vieillards* : M. RAUZIER, agrégé, tous les jours à 8 heures. Hôpital Général. — *Service d'hydrothérapie et de radiographie* : M. IMBERT, lundi, mercredi et vendredi de 8 h. à midi (hôpital suburbain). — *Clinique annexe de gynécologie* : M. DE ROUVILLE, agrégé libre, chargé de cours.

CLINIQUES PROPÉDEUTIQUES (*Hiver et Eté*).

— *Médecine* : M. VIRES, agrégé, mercredi et samedi à 9 h. Hôpital général. — *Chirurgie* : M. SOUBEIRAN, agrégé, mardi et vendredi à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. BROUSSE, agrégé, mardi à 10 heures. Hôpital général. — *Accouchements, maladies des femmes* : M. N.... jeudi à 10 heures. Clinique d'Accouchements. — *Maladies des yeux* M. TRUC, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. Hôpital général. — *Maladies des enfants* : M. BAUMEL, professeur, lundi et vendredi, à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies des vieillards* : M. RAUZIER, agrégé, mercredi, à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. HÉDON professeur, jeudi à 10 heures. Hôpital Général. — *Maladies des voies urinaires* : M. DE ROUVILLE, agrégé, lundi, jeudi et samedi à 10 heures. Hôpital général.

Travaux pratiques obligatoires.

HIVER. — *Anatomie* : M. ROUVIÈRE, chef des travaux. Tous les jours : 1re année, le matin, de 8 à 11 h. ; 2e année, le soir, de 1 à 3 h. — *Chimie biologique* : DERRIEN chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 1 heure à 3 h. Institut de biologie (2e année). — *Anatomie pathologique* : M. VEDEL, chef des travaux, (de midi à deux heures), 3e et 4e année. — *Physique appliquée à la clinique* : M. MARQUES, chef de laboratoire, 2e, 3e et 4e année, le matin à l'hôpital. — *Chimie appliquée à la clinique* : M. N...., chef de laboratoire, 2e, 3e et 4e années, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : M. TRUC, professeur, lundi et vendredi matin à 10 heures, Institut d'ophtalmologie (hiver et été). — ETÉ. — *Histologie* : MM. E. GRYNFELT, agrégé, mardi, jeudi et samedi de 1 à 3 h. et jeudi, de 9 à 12 h. 1/2. (1re et 2e années), laboratoire d'histologie. — *Physiologie* : M. POUJOL, chef des travaux, mardi, jeudi et samedi de 1 h. à 3 h. Institut de biologie (1re et 2e années). — *Physique biologique* : M. GAGNIÈRE, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 1 h. à 3 h. Institut de biologie (2e année). — *Médecine opératoire* : M. ROUVIÈRE, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 1 heure à 3 h. Pavillon anatomique (3e année). — *Microbiologie* : M. LAGRIFFOUL, chef des travaux, mardi, jeudi et samedi de 1 heure à 3. Institut de biologie (4e années). — *Histoire naturelle médicale et parasitologie* : MM. GRANEL, professeur et GALAVIELLE, agrégé, mardi, jeudi et samedi de 1 à 3 heures.

Sages-Femmes.

HIVER. — 2e Année : N... mercredi et vendredi à 9 heures. Théorie et pratique des accouchements. — 1re année : N... mardi et samedi à 2 heures. Anatomie et physiologie élémentaires. — ETÉ. — 2e Année : N... mercredi et vendredi, à 9 h. Théorie et pratique des accouchements. — 1re Année : N.. mardi et samedi, à 2 h. Pathologie élémentaire.

Division des études de doctorat.

SEMESTRE D'HIVER. — 1re *Année*. Cours d'anatomie, de physiologie ; Travaux pratiques d'anatomie. — 2e *Année* : Cliniques ; Cours d'anatomie, de physiologie ; Travaux pratiques d'anatomie. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, d'accouchements, de pathologie interne, d'anatomie pathologique, d'histoire naturelle médicale ; Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — 4e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, d'accouchements, de pathologie interne, d'anatomie pathologique, de thérapeutique et matière médicale, d'histoire naturelle médicale, de physique appliquée au diagnostic et au traitement. Travaux pratiques d'anatomie pathologique.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — 1re *Année* : Cliniques ; Cours d'histologie de physiologie, de physique biologique, de chimie biologique ; Travaux pratiques d'histologie, de physiologie. — 2e *Année*. Cliniques ; Cours d'histologie, de physiologie, de chimie biologique, de physique biologique ; Travaux pratiques d'histologie, de physiologie, de physique biologique, de chimie biologique. — 3e *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, de médecine opératoire, de pathologie interne, de pathologie générale, de parasitologie, de microbiologie : Travaux pratiques de médecine opératoire, de microbiologie. — 4e *Année*. Cliniques ; Cours de pathologie externe, de médecine opératoire, de pathologie interne, de pathologie générale, de microbiologie, de parasitologie, d'hygiène, de médecine légale de physique appliquée au diagnostic et au traitement ; Travaux pratiques de médecine légale.

Ecole du service de santé militaire.

Un enseignement préparatoire au concours d'admission est donné pendant l'année scolaire sous la direction des professeurs de la Faculté.

Renseignements divers

Prix décernés annuellement par la Faculté. — Prix de 1re année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat. — Prix Bouisson : Rente de 140.000 francs, divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier. — Prix Sviécicki, 592 francs. Somme attribuée aux meilleurs mémoires, faits par des étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier dans un laboratoire ou une clinique de cette Faculté. — Bourse Dubrueil, de 1.220 francs par an.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves : le premier, tous les jours, de midi à 4 h. ; le second, les lundi, mercredi et vendredi, de 2 h. à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des Plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, en hiver de midi et demi à 6 heures 1/2 et le soir, de 8 heures à 10 heures ; en été, de 9 h. à 11 1/2 du matin, et de 1 h. à 6 h. 1/2 du soir. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 10 heures à midi et de 2 h. à 4 h., du 20 octobre au 10 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 15 au 30 juin. — *Déclarations d'examens* : Elles sont reçues tous les jours, le samedi excepté, de 10 h. à 11 heures 1/2, en vue des examens de la semaine suivante.

Le Conseil de l'Université de Montpellier (1) a créé une chaire de maladies des enfants (6.000 francs) ; une chaire de matière médicale (école supérieure de pharmacie) 6.000 francs et divers emplois de chefs de travaux, chefs de clinique, garçons de laboratoire. — Un comité de *patronage des étudiants étrangers*. — Signalons le service d'hydrothérapie et de radiophie confié à M. Imbert (hôpital suburbain).

Liste des thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Montpellier pendant l'année 1905-1906.

1. Combes (Jean). Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire des vieillards. — Biscave (Roger). Des kystes hydatiques du mésentère (revue générale à propos de deux cas observés dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue). — Bigonnet (Charles). Complications pleuro-pulmonaires des oreilloes. — Porée (P.). Contribution à l'étude de l'intoxication hydatique (revue générale). — Bousquet (Mme). Contribution à l'inspection oculistique des écoles de Montpellier (école normale d'instituteurs et d'institutrices). — Bousquet (Denis). Contribution à l'étude du tertiarisme précoce dans la syphilis contractée à un âge avancé. — Luciani (S.-J.). Le pyramidon dans la fièvre typhoïde. — Bonfils (F.). De la tuberculose pulmonaire chez les arabes, de son étiologie, de sa prophylaxie. — Brémond (Léopold). Tuberculose massive primitive de la rate. — Mouret (René). A propos d'un cas de complications endo-craniennes consécutives à une otite moyenne suppurée.

11. Isnard (Félicien). Un cas d'hémophilie de nature paludéenne

(1) L'Université de Montpellier a publié un livret de l'Etudiant pour 1906-1907, qui donne des renseignements sur toute l'organisation scientifique de Montpellier, sur les hôpitaux et les instituts, sur les sociétés savantes, la législation, ce livret peut servir de modèle.

chez la jeune fille révélé après un traumatisme par des coliques hépatiques et néphrétiques. — Cheylan (Gabriel). Contribution à l'étude de l'anesthésie scopo-morphinique. — Boudouresques (Paul). De la fièvre typhoïde chez le tuberculeux chronique. — Marchat (M.). Les imperforations du vagin d'origine congénitale. — Zerrouk Ben Brihmats. Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromhydrate de scopolamine et le chloroforme. — Pourquier (Pierre). Contribution à l'étude du lipome congénital des parties molles. — Bouvaist (Joseph). La paralysie générale dans l'Aveyron. Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive. — Velluet (J.). De la grossesse angulaire. — Senglar (Edmond). Appendicite avec symptomatologie à gauche. — Latil (Louis). Contribution à l'étude de l'œdème dur traumatique.

21. Godard (E.). Contribution à l'étude des ruptures des vaisseaux axillaires dans la luxation de l'épaule.— Biétrix (René). Remarques sur quelques affections fréquentes observées à l'hôpital de Douera. — Vignes (Louis). Contribution à l'étude du synrome (vomissements avec acétomie). — Devèze (Louis). La méthode de Bier dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — Derrien (Eugène). Sur la méoglobine. — Répellien (Louis). Des méthodes actuelles de comblement des cavités osseuses succédant à l'évidement. — Sigot (Lucien). Des luxations compliquées du coude. — Martin (Gabriel). Le cancer épithélial chez les jeunes. — Simonet (André-Louis). Les eaux lithinées, chlorurées et sulfatées sodiques de Santenay (Côte-d'Or). — Mattei (Charles). Contribution à l'étude de l'ostéo-synthèse par les agraphes do Jacoel-Dujarier dans les fractures et dans les pseudarthroses (essai sur l'agrafage dans les résections du genou).

31. Gonard (Gustave). Des kystes dermoïdes de l'ombilic. — Gelly (Albert). Les troubles nerveux périphériques au début de la tuberculose pulmonaire. — Bouveret (Charles). Région inguino-abdominale et cure radicale de la hernie inguinale simple (Etude critique). — Bernard (Georges). Les syndromes paralytiques généraux au point de vue étiologique. — Santi (Louis). Du traitement de quelques affections du genou par l'air surchauffé à 115°-120°. — Achard (Maurice). Recherches cliniques sur le cœur, le pouls et la tension artérielle dans quelques convalescences. — Orsoni (Jean). De l'ostéite tuberculeuse primitive de la rotule. — Granat (Edmond). La radiothérapie dans les leucémies (revue générale. — Portay (Adolphe). Contribution à l'étude des luxations des cunéiformes. Baudet (Lucien). A propos d'un nouveau procédé opératoire des hémorroïdes.

41. Calbérac (Adrien). Contribution à l'étude de la hernie étranglée chez le nourrisson. — Cros (Jean-Louis). Le syndrome utérin fonctionnel de nature neuro-arthritique. (Contribution à l'étude des pseudométres chroniques.) — Cabanes (Auguste). De l'intervention obstétricale dans l'éclampsie. — Déjean (Robert). L'antisepsie urinaire par l'helmitol et son rôle dans les infections générales s'accompagnant de décharges microbiennes par les reins. — Roca (Isidore). Du diagnostic des ostéosarcomes des membres. — Favier (Fernand). Contribution à l'étude des luxations anciennes du coude en arrière. (Leur traitement). — Platon (Odilon). Considérations sur la défense contre la variole à Marseille, 1880-1906. — Goujon (Louis). Contrieution à l'étude de la lutte anti-tuberculeuse. (Le dispensaire). — Cazes (Pierre). Le traitement de choix des cancers adhérents et étendus du cæcum. (Exclusion unilatérale du cæcum, iléo-sigmoïdostomie.) — Alaize (Pierre). Le rôle de la fonction interne de l'ovaire et les essais d'opothérapie ovarienne en pathologie nerveuse et mentale.

51. Douffiagues (Michel). Du traitement de l'anus cæcal par l'exclusion unilatérale des côlons suivie d'iléo-sigmoïdostomie.— Solari (Paul). De l'anévrisme du tronc brachio-céphalique et de son traitement chirurgical. — Galas (André). Les abcès péri-pharyngiens (Etude anatomo-clinique.) — Rouit (Antonin). Contribution à l'étude de la submersion de la surnatation. — Gardon (Auguste-Victor). Etude de la séro-réaction dans la fièvre méditerranéenne. — Cayla (Paul). L'épidémie de peste de 1348 à Narbonne. — Féraud (Jean), Contribution à l'étude de la hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. Saussine (G.). Sur un cas de rhumatisme chronique chez un tuberculeux. — Cavaillé (L.). Quelques considérations anatomo-cliniques à propos d'un cas de phlegmon sus-hyoïdien (Angine de Ludwig.) — Pouscié (Raoul). Traitement du mal de Bright par la néphro-capsulectomie ou opération d'Edebphls.

Mosnier (Eugène). Ces crises de dyspnée paroxystique dans la tuberculose pleuro-pulmonaire. [Pseudo-asthme tuberculeux.) — Vergnes (Henri). Etude sur la station climatéri-que de Lacaune (Tarn). — Ancelvin (Lucien). Contribution à l'étude des anévrysmes du cœur. — Deloupy (Antoine). Rapports de la tuberculose intestinale avec la tuberculose pulmonaire. — Godlewski (Emile). Les manifestations digestives dans les ptoses rénales. (Séméiologie et Pathogénie). — Gaimard (J.). Contribution à l'étude de la cholédocotomie avec drainage du canal hépatique. — Curel (Ernest). Quelques considérations sur un cas de rhumatisme chronique d'emblée. — Vallon (Jules). Le drainage de la vessie et de la loge prostatique après la prostatectomie transvésicale totale. — Jouve (Xavier). Essai de traitement pathogénique de l'épididymite blennorrhagique. (Traitement chirurgical.) — Nadal (Faust). Troubles pupillaires chez les paralytiques généraux et leur valeur diagnostique.

Nicolas (Joseph). 21 cas inédits de séparation vésicale des urines avec l'appareil de Luys. — Caffort (J.-C.). Sur un nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hémine. — Winkler (Emile). Considérations sur le rythme de galop cardiaque. Beis (Mme), née Galinowsky. La myorraphie antérieure des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme. — Bernardet (Auguste). Contribution à l'étude de la malaria ambulatoire. — Suzanne (Charles). Des récidives ganglionnaires adhérentes de la région sous-maxillaire. Leur traitement par la résection du maxillaire inférieur. Prothèse post-opératoire. — Giralt (B.). Contribution à l'étude de la ortite syphilitique. Estève (Gaston). Appendicite tuberculeuse. — Borie-Labat (René). Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme. — Bonnet (André). L'action de l'ozone sur les eaux de l'alimentation.

81. Massabuau (Georges). Le cancer épithélial primitif de l'ovaire. (Considérations anatomiques et thérapeutiques.) — Guignes (Emile). Contribution à l'étude du traitement des orchi-épididymites blennorrhagiques par l'iothion. — Moris (Auguste). Contribution à l'étude des abcès latants du foie. — Mancino (Adolphe-Henri). Actinomycose des parois thoraciques. — Cans (François-Arthur-Emile). Les lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale. (Leur importance aux points de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.) — Ducros (Henri). Diagnostic des splénomégalies.

Thèses du Doctorat d'Université.

(Menton Médecine).

1. Gintzberg (Esther). Contribution à l'étude de la kinésithérapie gynécologique. Traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique. (Méthode de Thure Brandt.) — Edhem (Ibrahim). De l'opothérapie stomacale par le suc gastrique naturel. — Despotoff (Vélu). Des adénites géniennes infectieuses. — Ealakiano (Movsès G.). Des gastro-entérites des nourrissons et leur traitement. (Traitements classiques et traitement par la dyspeptine.) — Mlle Teitelbaum (A.). Le pronostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Mlle Chichkova (Marie). Traitement des anémies préturculeuses (Revue générale.) — Mateff (Wladimir). De la luxation de la symphyse pubienne chez l'homme. (A propos d'un cas récent diagnostiqué par la radiographie.) — Mlle Ghineva. De la gangrsne des fibro-myomes utérin sous-muqueux non pédiculés. — Mlle Romanenko (Nina). Contribution à l'étude de la tuberculose diaphysaire chez l'enfant. — Mlle Koumane (Marie). Anémie pernicieuse de la grossesse. (Essai de pathogénie.)

11. Mme Ianitsky (Olga). Etude statistique de l'accouchement chez les primipares âgées à la clinique obstétricale de Montpellier. — Mlle Dikansky (Fanny). La tuberculose iléo cæcale à forme ulcéro-caséeuse entéro-péritonéale. — Mlle Pomelof; (Anna). Grossesse et accouchement chez les primipares très jeunes à la clinique obstétricale de Montpellier. (Etude statistique). — Alvarado (Carlos). Douze désarticulations de la hrnche par le procédé de F. Jordan-Maclaren. — Mlle Selitrenny. Le treponema Pallidum de Schaudinn et la syphilis. (Revue générale.) — Sahattchieff (Andrs). Ascarides lombricoïdes dans les voies biliaires et dans le foie. — Valkanoff (Ivan). Traitement par l'eau froide des scarlatines graves. — Mme de Lindfors. Traitement de la syphilis du nouveau-né par les injections mercurielles. — Saenz (Georges). Contribution à l'étude de la glossite profonde aiguë. — Popoff (Archangel). Contribuation à l'étude du traitement chirurgical de la méningite suppurée.

2s. Mlle Sminorff (Alexandrine). Les recherches sur les lésions et le parasite de l'actinomycose. — Mlle Smirnoff (Eugénie). Recherches sur la splénomégalie chronique des nourrissons.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Nous signalons à nos lecteurs l'**Educational Number** du *British Medical Journal* (2 septembre), **The Student's Number** de *The Lancet* (2 septembre) et l'**Educational Number** de *The Medical Press* (14 septembre), qui contiennent tous les renseignements relatifs à l'enseignement de la médecine en Angleterre, en Ecosse et en Irlande.

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires** seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pr Gross.

Professeurs honoraires : MM. J. Herrgott, Beaunis.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Année scolaire 1906-1907.

Semestre d'hiver. Du 3 novembre au 15 mars.

Cliniques et Cours. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h.— Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi à 8 h. — Clinique obstétricale : M. Herrgott, professeur, à la Maternité, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur, à l'hôpital civil, lundi mercredi, vendredi, à 11 h. — Maladies des enfants : M. Haushalter, professeur à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h., et à l'hospice J.-B. Thiéry, à Maxéville, mercredi, 10 h. — Anatomie normale : M. Nicolas, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. — Histologie : M. Prenant, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures 3/4. — — Hygiène : M. Macé, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — Thérapeutique et matière médicale : M. Schmitt, professeur, mardi, jeudi, samedi à 5 h. — Pathologie générale et interne : M. Simon, professeur, vendredi, 3 h. — Médecine légale : M. Parisot, professeur lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

Cliniques et cours complémentaires. — Maladies des vieillards : M. Étienne, agrégé libre, chargé de cours à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé libre, chargé de cours à la Maison de secours, mercredi, vendredi, à 10 h. — Pathologie externe : M. Vautrin, agrégé libre, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé libre, chargé de cours, lundi, mercredi, à 4 h. — Anatomie pathologique : M. Noche, agrégé, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 4 h.— Electrothérapie et radiologie (fondation de l'Université) M. Guilloz, professeur adjoint, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Chirurgie orthopédique (fondation de l'Université) : M. Frœlich, chargé de cours, à l'hôpital civil, lundi, à 3 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. Jacques, chargé de cours, à l'hôpital civil, lundi, vendredi à 10 h.

Travaux pratiques. — Anatomie : MM. Nicolas, professeur, directeur des travaux, et Weber, agrégé, chef de laboratoire, tous les jours de 1 h. 1/2 à 5. h. — Histologie : M Bouin, agrégé, chef des travaux, mercredi, jeudi, vendredi, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — Anatomie pathologique : M. Hoche, agrégé, chargé de cours, et Lucien, chef des travaux, mardi, jeudi de 2 à 4 h. ; autopsies, tous les jours à 10 h. 1/2. — Hygiène et bactériologie appliquée : MM. Macé, professeur, et Garnier, chef des travaux, à l'institut sérothérapique, mercredi à 2 h., tous les jours à 3 h. — Médecine légale : M. Parisot, professeur (Avis particuliers.)— Pathologie générale expérimentale, M. Simon, professeur, et M. Spillmann, agrégé, tous les jours, de 2 à 6 h.

Conférences. — Anatomie normale : M. Weber, agrégé, vendredi, 5 h. — Histologie : M. Bouin, agrégé, mardi, jeudi, à 4 h. — Chimie biologique : M. N....., agrégé, mardi, samedi, 9 h. 1/2. — Pathologie générale chirurgicale : M. Michel, agrégé, jeudi, à 5 h. — Pathologie médicale : M. Richon, agrégé, vendredi, à 4 h. — Diagnostic médical : L. Spillmann, agrégé, samedi à 5 h. — Petite chirurgie : M. G. Gross, agrégé, lundi, à 5 h.

Semestre d'été. Du 16 mars au 31 juillet.

Cliniques et Cours. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. Herrgott professeur, à la maternité, mardi, samedi, à 8 h., jeudi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Maladies des enfants : M. Haushalter, professeur à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h., à l'hospice J.-B. Thiéry, à Maxéville, mercredi à 10 h. — Physiologie : M. Meyer, professeur, lundi, vendredi, à 4 h., mercredi, à 4 h. 1/2. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, lundi, jeudi, vendredi, à 10 h. 3/4. — Chimie et toxicologie : M. Garnier, professeur, mardi, mercredi, samedi à 10 h. 3/4, vendredi, à 3 h. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Pathologie générale et pathologie interne : M. Simon, professeur, mardi, samedi, à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur, mardi, mercredi, samedi, à 5 h.

Cliniques et cours complémentaires. — Maladies des vieillards : M. Étienne, agrégé libre, chargé de cours à l'hôpital Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé libre, chargé de cours à la Maison de secours, mercredi, vendredi, à 10 h. — Maladies mentales : M. Paris, chargé de cours (asile des aliénés de Maréville), vendredi, à 2 h. — Electrothérapie et radiologie (fondation de l'Université) : M. Guilloz, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. Jacques, chargé de cours, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies des voies urinaires (fondation de l'Université) : M. André, chargé de cours, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 4 h.

Travaux pratiques. — Physiologie : M. Meyer, professeur, directeur des travaux, et Lambert, agrégé, chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2 et samedi, à 5 h. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur, et Robert, chef des travaux, lundi, 2 h. 1/2., mercredi, vendredi, 8 h. — Physique médicale : M. Guilloz, agrégé, chef des travaux, mercredi, à 2 h. 1/2. — Histologie : M. Bouin, agrégé, chef des travaux, vendredi, à 2 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur, et M. Thiry, chef des travaux, mercredi, vendredi, samedi, à 2 h.— Anatomie pathologique : M. Hoche, agrégé, chargé de cours, et Lucien, chef des tr., mardi, jeudi, à 2 h. ; autopsies, tous les jours à 10 h. 1/2.— Médecine opératoire : M. G. Michel, agrégé, mardi, jeudi, à 5 h. — Hygiène et bactériologie appliquée : M. Macé, professeur, et Garnier, chef de travaux (Fondation de l'Université), tous les jours, à 3h. — Médecine légale : M. Parisot, professeur (avis particuliers). — Oto-rhino-laryngologie : M. Jacques, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4. — Pathologie générale expérimentale : M. Simon, professeur, et M. Spillmann, agrégé, tous les jours, de 2 à 6 h.

Conférences. — Physiologie : M. Lambert, agrégé, mercredi, à 3 h. — Anatomie pathologique : M. Hoche, agrégé, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi à 4 h. — Diagnostic médical : M. L. Spillmann, agrégé, vendredi, à 5 h. — Accouchements : M. Fruhinsholz, agrégé, lundi, vendredi, à 5 h. — Pathologie générale médicale : M. Richon, agrégé, lundi, à 4 h.

Enseignement dentaire.

Clinique et Cours.

Clinique dentaire (fondation de l'Université) : M. R. Rosenthal, directeur de la clinique, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Anatomie : M. Weber, agrégé, samedi, à 9 h. 1/2 (hiver). — Physiologie : M. Meyer, professeur, vendredi, 3 h. 1/2 (été). — Histologie : M. Bouin, agrégé, samedi, à 11 h. (hiver). – Pathologie médicale : M. Spillmann, agrégé, samedi, 11 h. (été). — Pathologie chirurgicale : M. G. Gross, agrégé, jeudi, à 11 h. (été). — Pathologie dentaire : M. R. Rosenthal, mardi, jeudi, à 8 h. (été).

Travaux pratiques. — Anatomie : M. Weber, agrégé, chef de laboratoire (hiver). — Prothèse dentaire : M. R. Rosenthal directeur et Blanc chef des travaux, tous les jours, à 4 h.

Prix décernés à la suite de concours.

Prix universitaires (lettre ministérielle du 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements, 1 médaille d'argent et 185 francs de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine, 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir.— Les lauréats auront droit au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854). Prix de thèse de 325 francs (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la Ville de Nancy). Prix de l'Internat, dit prix Bénit, de 233 francs. Prix Ritter, de 800 francs, attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté par un élève ou un ancien élève de la Faculté. — Prix Albert-Heydenreich-Victor-Parisot, de 500 francs. Ce prix sera décerné en 1906-1907 au meilleur travail original de médecine, en 1907-1908 au meilleur travail original de chirurgie. Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er juin de chaque année.

Immatriculation. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est

mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ; 4° pour le doctorat en médecine, le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres, philosophie*, et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; pour le diplôme de chirurgien-dentiste, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures. — Le *registre des Inscriptions* est ouvert : du 24 octobre au 5 novembre ; du 5 au 14 janvier, du 16 au 25 mars, du 1er au 10 juin. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le vendredi 3 novembre.

Gratuité d'inscription. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscription seront adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). Elles seront accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Préparation au Concours pour l'Admission à l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

Toutes les matières du programme du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon font partie intégrante de l'enseignement de la Faculté de médecine (cours magistraux, conférences, travaux pratiques de 1re et 2e années). La préparation au concours est complétée par des exercices pratiques de langue allemande, dirigés par un professeur spécial, et par des répétitions de médecins militaires de la garnison :

I. Préparation aux épreuves écrites d'admissibilité. (Premier degré). — *Physiologie* : M. Meyer, professeur. Liquides de l'organisme et fonctions élémentaires : lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (2e semestre). M. Lambert, agrégé. Physiologie générale des glandes : mercredi, 3 h. 1/2 (2e semestre). MM. Meyer, professeur, directeur des travaux et Lambert, agrégé, chef des travaux. Préparation à la composition écrite, au laboratoire de physiologie. — *Chimie biologique* : M. N....., agrégé. Etude chimique des aliments, de la digestion, du sang et de la lymphe, de la respiration : mardi, samedi, 9 heures 1/2 1er semestre). MM. Garnier, professeur, et N....., agrégé. Préparation à la composition écrite, au laboratoire de chimie médicale. — *Langue allemande* : M. Maresquelle, professeur agrégé de l'Université. Préparation à la composition écrite : jeudi 8 heures du soir.

II. Préparation aux épreuves orales d'admissibilité. (Deuxième degré). — *Anatomie* : MM. Weber, agrégé, et Collin, prosecteur. Ostéologie, Arthrologie, Myologie, Splanchnologie : lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 2 heures (1er semestre). — M. Weber, agrégé, Angéiologie : mercredi, vendredi 5 heures (1er semestre). — *Histologie* : M. Bouin, agrégé, Principes d'histologie : mardi, jeudi, 4 heures (2e semestre).

III. Préparation aux épreuves définitives.— *Pathologie générale médicale et séméiologie élémentaire* : M. Vuillemin, professeur. Principes de microbiologie : mardi, 3 heures (2e semestre). M. L. Spillmann, agrégé. Exploration des différents appareils, percussion, auscultation : samedi, 5 heures (1er semestre). M. Richon, agrégé. Pathologie générale médicale. Seméiotique des principaux organes et appareils : lundi, 4 heures (2e semestre). — *Pathologie générale chirurgicale élémentaire* : M. G. Michel, agrégé. Pathologie chirurgicale générale. Inflammation des tissus. Traumatismes en général. Affections communes aux divers tissus. Affections des os et des articulations : jeudi, 5 heures (1er semestre). — *Petite chirurgie* : M. G. Gross, agrégé. Asepsie et antisepsie. Bandages, appareils. Opérations de petite chirurgie : lundi, 5 heures (1er semestre).

IV. Préparation générale. — Répétitions et interrogations par des Médecins militaires de la garnison : mardi, 5 heures.

Société générale des étudiants de l'Université de Nancy.

La *Société générale des étudiants de l'Université de Nancy* a été fondée en 1877 (la plus ancienne, par conséquent) des associations d'étudiants de France. Elle a pour but : 1° de faciliter l'entretien de relations respectueusement amicales entre les professeurs et les étudiants ; — 2° de resserrer les liens de camaraderie et d'amitié entre les étudiants des différentes Facultés et Ecoles ; 3° — d'entretenir chez les étudiants l'esprit de corps, les sentiments d'honneur et de patriotisme ; — 4° de prendre en mains les intérêts légitimes des étudiants, de leur permettre, au moyen de l'association, de réaliser des économies sur leurs dépenses ; —5° de procurer aux membres de la Société la jouissance d'une bibliothèque leur appartenant ; 6° de mettre à leur disposition des salles de réunion ; — 7° de provoquer et d'organiser des fêtes universitaires ; — 8° de provoquer et d'organiser des fêtes de bienfaisance.

Les manifestations d'ordre politique ou religieuses y sont interdites. Tous les étudiants ayant une inscription à une Faculté ou une école de l'Université sont admis dans l'association après avoir été présentés par deux membres. La Société organise des sections d'études (internat, externat, droit, sciences, pharmacie, lettres) qui se réunissent une fois par semaine dans la salle des conférences.

Des sections de sport (vélocipédie, escrime, gymnastique) sont également organisées. Des sections récréatives (musique et comédie) charment, dans des réunions intimes où sont invités MM. les professeurs et les membres honoraires, les auditeurs bienveillants. Un comité élu par les étudiants parmi leurs camarades est chargé de l'administration de l'Association.

Depuis 1902 la Société possède un immeuble, mis gratuitement à sa disposition par une Société immobilière composée de bienfaiteurs, et se composant d'une grande salle des fêtes et de consommation, d'une salle de travail, d'une bibliothèque (3000 volumes), d'une salle de billards, d'une salle d'escrime, d'une salle de gymnastique, d'une salle de douches, et d'une salle de conférences. Actuellement, l'Association compte près de 400 membres ; et presque tous les professeurs sont inscrits comme membres honoraires, montrant ainsi dans quelle estime ils tiennent ce groupement d'étudiants.

Thèses soutenues pendant l'année 1905-06.

1. Adamiste (Edouard-Lucien-Louis-Jean-Baptiste). Contribution à l'étude du pied creux. — Antoine (Georges-Victor-Roger). Contribution à l'étude de l'assistance médicale dans la grande industrie. — Arnould (Marie-Louis-Albert). Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. — Barthélemy (Marc). Indications thérapeutiques dans les névralgies faciales, rebelles et régénération nerveuse. Etude clinique, expérimentale et critique. — Blum (Paul-Alexandre). Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Etude historique, clinique, expérimentale et critique. — Brunel (Martin-Etienne-Emile-Basile). Contribution à l'étude de la syphilis aggravée par l'impaludisme et de ses principales manifestations. — Cazin (Albert-Emile). Etude médico-légale sur la valeur du témoignage du vieillard. — Chappat (Jean-Bapt.-Alcide-Maurice). Contribution à l'étude de la spondylite traumatique. — Codur (Léon-Etienne-Jean). Contribution à l'étude de l'action des sels organiques et organiques d'argent sur diverses espèces d'aspergillus, suivie d'un essai thérapeutique. — Conter (Paul-Henri). Contribution à l'étude de l'appendicite pendant les suites de couches.

11. Florentin (René-Dominique-Marie-Léon). Etude des eaux minérales sulfurées et en particulier de la source sulfurée de Dolaincourt (Vosges). — Gaillemin (Eugène-Marie-Louis). Lymphadénie à forme médiastine chez l'enfant. (Etude clinique). — George (André-Léon). Le corpuscule de Malpighi dans la rate humaine. Notions anatomo-pathologiques. — Gérard (Henri-Alcide). Etude médico-légale sur les armes à feu courtes. (Pistolets et revolvers.) — Gruyer (François-Jos.-Octave-Ernest). Contribution à la pathogénie de la tarsalgie des adolescents. — Habert (Charles-Jean-Baptiste-Simon). Chlorurie et cœur sénile. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique. Application à la prophylaxie de l'hyposystolie. — Hérique (Marie-Joseph-Auguste). La consultation des nourrissons dans les œuvres d'assistance de la première enfance (en particulier à l'Œuvre du Bon lait de Nancy). — Holstein, née Marie Doudel, Contribution à la pathogénie du type respiratoire dit de Cheyne-Stokes. — Jolicœur (Louis-René). L'idée de persécution. Stigmate de dégénérescence. (Signification étiologique et pronostique de l'idée de persécution). — Lévy (Samuel). Des modifications de la muqueuse nasale à la suite d'irritations.

21. Magnier (Georges-Joseph-Fernand). Des formations corpusculaires dites « Corps amylacés » du système nerveux central et de leurs rapports avec certains états pathologiques. — Maleterre (Amédée). Contribution à l'étude de la tuberculose. — Marchal (Marie-Adolphe-Henri). De l'adénome de la cloison du nez. — Melcion (Marie-Gustave-Pol). De quelques signes précurseurs de la mort chez les phtisiques. — Rinn (Paul). Le venin des vipères françaises. L'envenimation vipérique et la sérothérapie antivenimeuse. — Robert (Abel-Henri-Léon). Des lipomes de l'encéphale.

Rousseau (Marie-Charles-Eugène). Contribution à l'étude de

l'étiologie des cardiopathies chroniques. — Simonin (Jean-Stanislas). Contribution à l'étude de la putréfaction fœtale in utero. — Vaney (François-Auguste). Des processus phlébitiques du tractus génital au cours de la puerpéralité. (Méthrophlébites puerpérales). — Verdier (Jean-Jacques-Augustin). Contribution à l'étude du traitement des affections pulmonaires et laryngées par les injections intrachéales. — Walter (François-Joseph-Henri). Artério-sclérose et artère centrale de la rétine.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Directeurs honoraires : MM. JACQUEMIN, SCHLAGDENHAUFFEN. *Professeurs honoraires* : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, DELCOMINÈTE.

L'ouverture des cours et conférences est fixée au 3 novembre.

Histoire naturelle : M. GODFRIN, professeur. Botanique : Cryptogames cellulaires ; Familles des dicotylédones (1re et 2e année). Hiver lundi et mercredi, à 10 h. ; Eté, mardi, à 10 h. — M. BRUNTZ, chargé d'un cours complémentaire : Notions de zoologie descriptive et de parasitologie (1re et 2e année). Hiver, mardi et jeudi à 11 h. ; Eté, mardi. — Travaux pratiques de micrographie générale : M. BRUNTZ, chef des travaux. Botanique : Vendredi, de 9 h. à midi (2e année). Zoologie : Eté, mardi, de 2 h. à 4 h. (1re année). Herborisations : Eté, le mercredi après midi (1re, 2e et 3e année). — *Pharmacie chimique* : M. KLOBB, professeur : Médicaments chimiques tirés de la série aromatique ; Essences, alcaloïdes (1re 2e et 3e année). Hiver, lundi et samedi, à 2 h. ; Eté, mercredi, à 9 h. — Travaux pratiques : M. PRIMOT, chef des travaux. Jeudi, de 2 h. à 5 h. ; vendredi, de 9 h. à 5 h. (3e année). — *Matière médicale* : M. BRUNOTTE, professeur : Drogues fournies par les calyciflores, les gamopétales et les monochlamydées (2e et 3e année). Hiver, lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. — Travaux pratiques de micrographie appliquée : M. BRUNTZ, chef des travaux. Hiver, samedi, de 9 h. à midi (3e année). — *Chimie* : M. FAVREL, professeur : Chimie organique : généralités sur la série grasse (1re, 2e et 3e année) ; Hiver, lundi et mercredi, à 8 h. 1/2. — M. GIRARDET, agrégé. Chimie minérale : Métalloïdes (1re et 2e année) ; Hiver, mardi à 11 h. — Travaux pratiques de chimie : M. GIRARDET, chef des travaux. Hiver, jeudi, de 2 h. à 5 h., et samedi, de 9 h. à midi (1re et 2e année) ; Eté, mardi, de 2 h. à 5 h. et samedi, de 9 h. à midi (2e année). — *Toxicologie et analyse chimique* ; M. GUÉRIN, professeur : Poisons volatifs et gazeux, analyses chimiques, séparations et dosages des métaux et métalloïdes ; analyse des liquides physiologiques et pathologiques (2e et 3e année). Hiver, mardi et jeudi, à 10 h. Eté, jeudi, à 10 h. — Travaux pratiques : M. GIRARDET, chef des travaux. Eté, vendredi, de 9 heures à midi (3e année). — *Pharmacie galénique et Bactériologie* : M. GRÉLOT, professeur. Pharmacotechnie, poudres et farines, teintures et vins médicinaux, eaux distillées aromatiques (2e et 3e année). Eté, lundi et mercredi, à 10 h., vendredi, à 5 h. — Travaux pratiques : M. PRIMOT, chef des travaux. Le vendredi (3e année). — *Physique* : M. GIRARDET, chargé de cours : Optique et acoustique (1re et 2e année). Hiver, mercredi, 8 h. 3/4 ; Eté, lundi à 8 h. 1/4. — — Travaux pratiques. M GIRARDET. — *Minéralogie et hydrologie* : M. KLOBB, professeur, chargé du cours : Etude des minéraux usuels, eaux potables et eaux minérales (1re année). Hiver, lundi, de 9 h. à 10 h. ; Eté, lundi, de 10 à 11 h. — *Législation pharmaceutique*. — M. NÉZARD, chargé du cours (1re, 2e et 3e années, jeudi, à 10 h.

Prix annuels. — Les prix suivants sont décernés à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscription (120 fr.), de bibliothèque (10 fr.), et d'examen semestriel (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat, qui aura obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e année, jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe (décret du 21 avril 1869).

2° *Prix des travaux pratiques*. — 1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de botanique ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recettes, constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques, après paiement des frais afférents à ces travaux, est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants », l'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, une *médaille de bronze*, pour les concours indiqués ci-dessus :

3° *Prix du conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 francs) *et de la ville de Nancy* (75 francs). — 4° *Prix de validation de stage officinal*, décerné par la *Société de Pharmacie de Lorraine* (médaille d'argent). — 5° *Bourses de pharmacien de 1re classe*. Le concours a lieu fin octobre entre les candidats ayant obtenu la note *Bien* à leur examen de fin d'année. Les candidats reçus bacheliers avec mention *Bien* peuvent obtenir une bourse de 1re année. — 6° *Prix Bleicher* de 200 francs, attribué tous les deux ans à l'élève le plus méritant en Histoire naturelle.

Immatriculation. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou du tuteur ; 3° d'un certificat constatant qu'il a été revacciné ; 4° le certificat de validation de stage ; 5° pour la 1re classe, le diplôme ou le certificat de bachelier ; pour la 2e classe, le certificat institué par le decret du 25 juillet 1893. Les inscriptions seront reçues tous les jours de 9 heures à 10 heures, du 23 octobre au 5 novembre et, pour les trimestres suivants, du 5 au 15 janvier, du 16 au 25 mars, du 1er au 30 juin. — Gratuité d'inscriptions : Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au directeur de l'Ecole, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1897). Elles sont accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille. — Examen de validation de stage : Cet examen a lieu au commencement de novembre et à la fin de juillet de chaque année.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Doyen : M. COMBEMALE.

Doyens honoraires : MM. FOLET, DE LAPERSONNE.

Prof. honoraires : MM. MONIEZ, MORELLE.

Agrégés : MM. BÉDART, CARRIÈRE, DELÉARDE, GAUDIER, PATOIR, LAMBRET, G. GÉRARD, VALLÉE, INGELRANS, LEFORT, BUÉ. — *Agrégé libre* : M. THIBAUT. — *Chefs de clinique* : MM. VANVERTS, VANDEPUTTE, BRETON, COLLE, DEBÈVE, N.... *Aides de clinique* : MM. DEBEYRE et TACONNET, BRETON, COLLE, DEBÈVE, PAUCOT, LEROY N.

Programme des cours. — Année scolaire 1906-1907.

Semestre d'hiver. (OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1906).

Enseignement médical.

1° COURS. *Anatomie* : M. DEBIERRE, professeur. Les organes contenus dans le crâne, le thorax et l'abdomen, y compris leurs origines embryonnaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté. Amph. n° 1. — *Histologie*. M. LAGUESSE, professeur. 2e partie du cours : La peau, les muqueuses, les séreuses. Organes de la circulation, de la respiration, de la digestion. Glandes closes. Mardi, jeudi et samedi à 5 h. 1/4., à la Faculté, Amph. n° 3. — *Anatomie pathologique et pathologie générale* : M. CURTIS, professeur. 1° Anatomie pathologique de l'appareil locomoteur. Os. Cartilage. Système musculaire. 2° Maladies du sang. 3° Système nerveux. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, à la Faculté. Amph. n° 3. — *Chimie minérale et Toxicologie* : M. LESCŒUR, professeur. Métalloïdes et métaux toxiques. Vendredi, à 5 heures, à la Faculté. Amph. n° 4. — *Parasitologie* : BARROIS, professeur. Parasites végétaux et animaux. Mardi, jeudi, vendredi, à 3 heures, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Médecine légale* : PATOIR, agrégé chargé du cours. Expertises et autopsies médico-légales. Attentat à la vie et à la santé. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, à la Faculté. Amph. n° 3.

2° CLINIQUES. — *Clinique médicale* : M. COMBEMALE, prof.-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi et vendredi, à 9 heures, hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale* : M. DUBAR professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi et samedi, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. CHARMEIL, professeur. Leçons cliniques. Mardi jeudi et samedi, à 10 heures à l'hôpital Saint-Sauveur.

3° COURS COMPLÉMENTAIRES. — *Cours d'hygiène de la première enfance* : M. OUI, professeur adjoint chargé du cours. Leçon pratique. Mercredi, à 11 h. 1/4 à l'Hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies des enfants et syphilis infantile* : M. DELÉARDE, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 1/2 à l'Hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale des enfants* : M. GAUDIER, agrégé, chargé du cours. Etude clinique des difformités congénitales et acquises des

membres. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux* : M. Ingelrans, agrégé, chargé du cours. Maladie de la moelle épinière et de la moelle allongée. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Accouchements* : M. Oui, professeur adjoint. Grossesse normale. — Accouchement et délivrance physiologiques. — Suites de couches. Opérations obstétricales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté. Amph. n° 3. — *Laryngologie* : M. Gaudier, agrégé. Maladies du nez et des oreilles. Confér. pratiques. Lundi et mercredi, à 8 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Cours annexe d'accouchements aux élèves sages-femmes* : M. Bué, agrégé. Pratique des accouchements, mardi et samedi, à 5 h., à l'hôpital de la Charité. — M. Oui, professeur adjoint. — Cours complet d'accouchements. — Soins à donner aux enfants du premier âge. Mercredi et vendredi, à 9 heures 3/4 à la Faculté, Amph. n° 3. — M. Gérard G., agrégé. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. Mardi et jeudi, à 11 heures à la Faculté. Amph. n° 1. — *Enseignement dentaire* : M. Bédart, agrégé, chargé du cours. Anatomie, physiologie élémentaires. — Lundi, mercredi et vendredi à 6 heures à la Faculté. Amph. n° 2. — *Clinique dentaire* : M. Caumartin, docteur, directeur de la clinique. Maladies des dents. Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

4° Conférences de MM. les agrégés. — *Anatomie* : M. Gérard G., agrégé. Splanchnologie. — Appareils de la digestion et de la respiration. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté. Amph. n° 1.

5° Conférences. — *Anatomie* : N..., prosecteur. Ostéologie et arthrologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Faculté, Amph. n° 1.

6° Travaux pratiques. — *Dissections* : M. Gérard G., agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Tous les jours, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, salles des dissections. *Parasitologie* : Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Vendredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle. — *Chimie minérale et toxicologie* : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Vendredi, de 2 heures à 3 heures, à la Faculté, au Laboratoire de chimie minérale. — *Anatomie pathologique* : M. Gellé, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — *Prothèse dentaire* : M. Caumartin, docteur, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures, à la Faculté, au Laboratoire de dentisterie.

Enseignement pharmaceutique.

1° Cours. — *Chimie minérale et toxicologie* : M. Lescœur, professeur. Les métalloïdes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Pharmacie* : M. E. Gérard, professeur. Alcaloïdes et glucosides. Fin du cours de pharmacie galénique. Pansements. Mardi, jeudi et samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Zoologie médicale et pharmaceutique* : M. Verdun, professeur. Vers et arthropodes au point de vue médical et pharmaceutique, Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 6.

2° Conférences : M. Demeure, chef des travaux. L'optique. Lundi, mercredi, vendredi à 10 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 5.

3° Travaux pratiques. — *Manipulations pharmaceutiques* : M. Vallée, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mercredi, samedi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire de pharmacie. — *Micrographie* : M. Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, de 2 h. à 5 h. et samedi, de 8 h. à 10 h. 1/2, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire de physique. — *Chimie minérale* : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 5 h. à la Faculté, au Laboratoire de chimie minérale.

Semestre d'été (Ouverture le 1er mars 1906).

Enseignement médical.

1° Cours. *Physiologie* : M. Wertheimer, professeur. Circulation. — Digestion. — Respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 2. — *Pathologie interne et expérimentale* : M. Surmont, professeur. — Etude sur les maladies de l'intestin, du foie et du pancréas. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Pathologie externe* : M. Carlier, professeur, et Lefort, agrégé. Affections des membres et des organes génitaux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/4, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Bactériologie et hygiène* : M. Calmette, professeur. Technique bactériologique, bactériologie des principales maladies infectieuses. — Hygiène urbaine, hygiène alimentaire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures 1/2, à l'Institut Pasteur. — *Thérapeutique* : M. Carrière agrégé chargé du cours. Traitement des maladies des reins. — Traitement des maladies de l'appareil digestif et de ses annexes. — Traitement des maladies nerveuses. Traitement des maladies infectieuses. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. à la Faculté, Amph. n° 2. — *Physique biologique* : M. Doumer, professeur. L'optique physique et l'hôptique physiologique. Mercredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 5. — *Chimie biologique* : M. Lambling, professeur. Chimie biologique : phénomènes chimiques de la nutrition. Jeudi, à 11 h. à la Faculté, Amph. n° 4.

2° Cliniques. — *Clinique médicale* : M. Lemoine, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale* : Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Baudry, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mardi, samedi, à 10 h. ; à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique obstétricale* : M. Gaulard, professeur (en congé) et Bué, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/4, à l'hôpital de la Charité. — *Clinique des voies urinaires* : M. Carlier, professeur. Leçons cliniques. Mercredi et vendredi, à 10 h., jeudi, à 9 h. à l'hôpital Saint-Sauveur.

3° Cours complémentaires. — *Hygiène de la 1re enfance* : M. Oui, professeur adjoint, chargé du cours. Hygiène alimentaire. — Hygiène générale. — Protection des enfants du premier âge. Mercredi, à 2 h., à la Faculté ; samedi, à 2 h., à la Faculté. — Leçon pratique le mercredi à 11 h. 1/4, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Médecine opératoire* : M. Lambret, agrégé, chargé du cours. Le manuel et la technique opératoire des principales opérations d'urgence. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 1. — *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. Bué, agrégé. Pratique des accouchements. Lundi, vendredi, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. — M. Oui, professeur adjoint. Cours complet d'accouchements. — Soins à donner aux enfants du premier âge. Mercredi, samedi, à 9 heures 3/4, à la Faculté, Amph. n° 3. — M. Gérard, G., agrégé. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. Mardi et jeudi à 11 heures, à la Faculté. Amph. n° 1. — *Enseignement dentaire* : M. Bédart, agrégé, chargé du cours. Eléments de pathologie Lundi, mercredi, vendredi, de 6 heures à 7 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Clinique dentaire* : M. Caumartin, docteur, directeur de la clinique. Maladies des dents. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Médecine mentale*. Raviart, docteur chargé du cours. — Etiologie. — Symptomatologie générale des maladies mentales. — Les syndromes mentaux. — Les psychoses infectieuses. Les psychoses par intoxication. — Paralysie générale. Polyclinique et exercices pratiques. Samedi à 4 h. 1/2 à l'hôpital Saint-Sauveur.

4° Conférences de MM. les Agrégés. — *Physiologie* : M. Bédart, agrégé. Les organes des sens. — La régénération des organes. Lundi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 2. — *Accidents du travail* : Patoir, agrégé. La régénération des organes.

5° Conférences. — *Conférences d'histologie* : M. Debeyre, chef des travaux. Les organes génito urinaires. Samedi, à 2 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie.

6° Travaux pratiques. — *Physiologie* : M. Bédart, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire. — *Médecine opératoire* : M. Gérard G., agrégé, chef des travaux anatomiques. Conférences d'anatomie topographique appliquée à la médecine opératoire. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 1. — *Médecine légale* : M. Patoir, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques. Mardi et jeudi, de 2 h. à 3 h. 1/2, à la Faculté. — *Histologie* : Debeyre, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, vendredi, samedi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire. — *Chimie biologique* : M. Ricquiet, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au laboratoire de chimie organique. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au laboratoire de physique. — *Bactériologie* : M. Vansteenberghe, chef des travaux. Exercices pratiques. Mardi et jeudi, de 4 heures 1/2 à 6 heures, à l'Institut Pasteur. — *Prothèse dentaire* : M. Caumartin, docteur, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 h à 6 h., à la Faculté, au Laboratoire de dentisterie.

Enseignement pharmaceutique.

1° Cours. — *Physique* : M. Doumer, professeur. Optique. physique et optique physiologique. Mardi et vendredi. de 9 h. à 10 h. et mercredi, à 5 h. 1 4 à la Faculté, Amph. n° 5. — *Chimie organique* : M. Lambling, professeur. Chimie organique : Série grasse. Applications à la pharmacie. Mardi et vendredi, à 10 h. à la Faculté, Amph. n° 4. — Chimie biologique. Phénomènes chimiques de la nutrition. Jeudi, à 11 heures. — *Matière médicale et Botanique* : M. Fockeu, professeur. Apétales et Gamopétales. Lundi, jeudi et samedi, à 9 h., à la Faculté. Amph. n° 6.

2° Conférences de MM. les Agrégés. — *Hydrologie et minéralogie* : Eaux potables. Eaux minérales françaises et étrangères. Minéralogie. *Pharmacie galénique* : Suite du cours de pharmacie galénique. M. Vallée, agrégé, chef des travaux de pharmacie. Mercredi et samedi à 10 h., à la Faculté, Amph. n° 4.

3° Travaux pratiques. — *Pharmacie* : M. Vallée, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi, et samedi. de 2 h. à 4 h., à la Faculté, au Laboratoire de pharmacie. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques. Jeudi, de 2 heures à 4 heures. à la Faculté, au Laboratoire de physique. — *Chimie organique* : M. Ricquiet, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, vendredi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté, au Laboratoire de chimie organique. — *Micrographie* : Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, à 2 h. et mercredi, à 8 heures, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle.

Consultations gratuites (*Hopitaux de la Charité et de Saint-Sauveur*) : Médecine : maladies des femmes et des enfants ; chirurgie ; maladies des yeux ; maladies cutanées et syphilitiques ; affections dentaires ; maladies des voies urinaires, oto-rhino-laryngologie ; affections médicales des enfants ; affections chirurgicales des enfants, maladies des femmes enceintes et des nouveau-nés ; — *aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.*

Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté de de médecine et de pharmacie de Lille, pendant l'année scolaire 1905-1906.

1. Dupas. Sur un mode de traitement de la coxa-vara. — Carette. Contribution à l'étude de la diéthylmalonylurée (Véronal.) — Lecouffe. De l'origine hérédo-syphilitique de certains cas de maladie de Friedreich. — Decaix. Contribution à l'étude des méthodes nouvelles de diagnose médico-légale du sang humain. — Leblond. De l'oblitération chirurgicale des voies lacrymales; indications de la destruction et de l'extirpation du sac. — Salmont. Contribution à l'étude de la phocomélie. — Pollet. Du traitement des prostatites par les courants de haute fréquence. — Gugelot. De la pyélonéphrite gravidique et en particulier son traitement. — Richez. Du traitement du lupus par la radiothérapie. — Desmons. Contribution à l'étude de la conjonctivite rhumatismale.

11. Christiaen. Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. — Le Jariel. Des causes de la mort dans les brûlures graves et étendues, et des injections massives d'eau salée comme moyen thérapeutique. — Brabant. Contribution à l'étude des cancers du cœur. — Beyaert. La hernie de la trompe sans l'ovaire. — Faucon. L'acide nucléinique dans les infections péritonéales. — Dehon. Contribution à l'étude du chimisme hépatique dans les maladies du foie. — Brasseur. De la jéjunosnotomie et principalement de la jéjunostomie au cours de l'ulcère d'estomac en activité. — Darras. Comparaison des méthodes colorimétriques de Hayem et de Fleischl avec le procédé ferrométrique de Lapique, pour le dosage de l'hémoglobine. — Vincent. Les spasmes de la face. — Broussin. Le cancer primitif du canal hépatique.

21. Leclercq. Contribution à l'étude des paratyphus. — Ruyssen. De l'exagération des reflexes dans les polynévrites. Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne essentielle infantile. — Bailly (François). Pathogénie, diagnostic et traitement des ruptures traumatiques ou spontanées de l'hydrocèle vaginale. — Decouvelaere. Obstruction des voies respiratoires supérieures, carie dentaire. — Pinchart. Etude clinique essentielle dans le cancer de l'estomac et en particulier de sa forme intermittente. — Faidherbe. Traitements des cancers cutanés par les rayons X. — Grimbert. L'influence du tabac sur la grossesse et la santé des nourrissons des ouvrières de la manufacture de Lille. — Augier. Technique opératoire et résultats éloignés de la résection du genou dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. — Legrand. Des hernies inguinales dites « ayant perdu droit de domicile ».

31. Dupuis. L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. — Looten. Recherches anatomiques sur la circulation artérielle du cerveau. — Delobel. L'arsenic et l'état actuel de la médication arsenicale. — Bouly. Des mouvements involontaires dans la syringomyélie. — Butruille. La mort subite dans la convalescence de la diphtérie — Michaïloff. Les cas sporadiques de la méningite cérébro-spinale. — Bailly (Eugène). Des cystites au cours de la puerpéralité. — Bourdelier. Traitement de certains cas de neurasthénie par le fer, — Ponthieu. Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie rachitique. — Hocquette. Manifestations appendiculaires au début de la fièvre typhoïde.

41. Descamps. La prostitution à Lille et la prophylaxie de la syphilis par la réglementation de la prostitution.

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907.

Premier semestre.

Ouverture des cours le samedi 3 *novembre.*

Professeurs honoraires : MM. Paulet, Chauveau.

Doyen de la Faculté, M. Lortet, *correspondant de l'Institut.*

Semestre d'hiver.

Médecine.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur, leçons cliniques, mardi, jeudi, samedi. à 10 h. HôtelDieu. — M. Bondet, professeur, Hôtel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* : M. Poncet, professeur, leçons cliniques : lundi, mercredi, vendredi, à 10 h., Hôtel-Dieu. — M. Jaboulay, professeur. Les cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. Visite tous les jours, à 9 h. Enseignement propédeutique de 8 à 9 h. pour les élèves de 1re année. — *Clinique obstétricale* : M. Fabre, professeur, visite et consultations tous les matins à 10 h. à la Charité, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Rollet, professeur, clinique : lundi, mercredi, de 10 à 11 h. ; leçons, jeudi, de 10 à 11 h. ; visites tous les matins, de 9 h. 1/4 à 11 h. 1/2, Hôtel-Dieu, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. X...., professeur. M. Nicolas, chargé du cours : leçon clinique : lundi, vendredi, de 9 à 10 h., à l'Antiquaille. Visites tous les matins, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur, clinique tous les jours de 9 h. à 11 h.. à l'Asile de Bron, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* (fondation de l'Université) : M. Weill, professeur, clinique : lundi, mercredi de 9 h. à 10 h., leçons, vendredi, à 9 h., à la Charité, 3e et 4e années. — *Clinique de Gynécologie* : M. A. Pollosson, professeur, visite tous les matins. à 10 h. à la Charité. 4e année. — *Anatomie* : M. Testut, professeur, leçons : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. Amphithéâtre de la section A. 1re et 2e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons: mardi, jeudi, samedi, à 5 h. Amphithéâtre de la section A. 1re et 2e années. — *Parasites et microbes* : M. X..., professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, à 5 h. Amphithéâtre de la section A. 1re et 3e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier, professeur : leçons : mardi, samedi, à 2 h. 1/2. Amphithéâtre de la section C.; jeudi, à 8 h. 1/2. Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies) ; 3e et 4e années. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. Amphithéâtre de la section C. 3e et 4e années. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur ; leçons : lundi, mercredi, à 2 h. Amphithéâtre de la section C. ; vendredi, même heure, à la Morgue. 4e année. — *Hygiène* : M. Courmont (Jules), professeur, leçons : lundi, mercredi, vendredi. à 4 h. Grand Amphithéâtre de la section B. 3e et 4e années. — *Pharmacologie* : M. Florence, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi. à 4 h. 1/2. Petit amphithéâtre de la section B. 4e année.

Enseignement complémentaire.

Physiologie : M. Doyon, professeur-adjoint ; lundi, mercredi. de 3 h. à 4 h. (Laboratoire de physiologie, Salle des travaux pratiques), 1re, et 2e années. — *Thérapeutique générale* : M. Collet, agrégé, lundi, vendredi à 5 h. Amphithéâtre de la section C., 3e et 4e années. — *Thérapeutique* : M. Pic ; agrégé ; : jeudi, de 3 h. 3/4 à 4 h. 3/4. Amphithéâtre de la section B., 3e et 4e années. — *Propédeutique médicale* (fondation de l'Université) : M. Roque, agrégé : lundi, vendredi. à 5 h. (Amphithéâtre de la section B., 1re et 2e années. — *Pathologie externe* : M. Patel, agrégé : mardi et jeudi, à 4 h. Petit Amphithéâtre de la section B., 2e et 3e années. — *Accouchements* : M. Commandeur, agrégé : mardi, jeudi, samedi, à 5 h. à la Charité. 3e année. — *Anatomie topographique* (fondation de l'Université) : M. Ancel, agrégé : lundi, vendredi. à 5 h. Amphithéâtre de la section A., 3e année. — *Propédeutique de gynécologie* : M. Condamin, agrégé : mardi. samedi, à 9 h., à la Charité, 4e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pochet, agrégé : mercredi, à 10 h., à l'Antiquaille, 4e année. M. Chandelux, agrégé : jeudi, à 5 h. Petit Amphithéâtre de la section C., 4e année. — *Bactériologie pratique* : MM. P. Courmont et Nicolas, agrégés, mardi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h.

1\|2. Petit amphithéâtre de la section C. 4e année. — *Maladies des oreilles, du nez et du larynx* : M. LANNOIS, agrégé : mardi, à 9 h. 1\|2 à l'Antiquaille, 3e année.

Cours libre.

Pathologie et thérapeutique bucco-dentaires : M. TELLIER, à 4 h. (Petit amphithéâtre de la section B).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. ANCEL, agrégé, chef de travaux. Dissection tous les jours, de 1 h. à 6 h., 1re et 2e année. — *Histologie* : M. REGAUD, agrégé, chef de travaux, mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 9 h. 1\|2, 1re année ; lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h., 2e année. — *Parasites et microbes* : M. GENOUD, chef des travaux, mardi, samedi, de 2 h. 1\|2 à 3 h. 1\|2, 1re et 3e année. — *Anatomie pathologique* : M. DEVIC, agrégé, chef des travaux, lundi, mercredi, de 8 h. 1\|2 à 9 h. 1\|2 du matin, à l'Hôtel-Dieu, 3e et 4e année. — *Médecine légale* : M. MARTIN (Etienne), chef des travaux, mardi, samedi, de 4 h. 1\|2 à 5 h. 1\|2, 4e année.

Pharmacie.

Parasites et Microbes : M. X..., professeur, leçons mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2. Amphithéâtre de la section A. 1re et 3e année. — *Pharmacologie* : M. FLORENCE, professeur, leçons lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2. Petit amphithéâtre de la section B. 1re, 2e et 3e année.

Enseignement complémentaire.

Toxicologie : M. MOREL, agrégé : mardi, jeudi, de 2 h. 3\|4 à 3 h. 3\|4. Institut de chimie, 1re et 2e année. — *Chimie minérale et analytique* : M. BARRAL, agrégé : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. 1\|4 à 4 h. 1\|4. (Institut de chimie), 1re et 2e années. — *Physique pharmaceutique* : M. BORDIER, agrégé : mercredi, vendredi, à 2 h. (Petit amphithéâtre de la section B), 1re et 2e année. — *Analyse chimique quantitative* : M. CAUSSE, agrégé : mardi, samedi, à 2 h. 1\|2. (Petit amphithéâtre de la section B). 3e année.

Travaux pratiques.

Botanique : M. BERTIN, chef des travaux, mardi, samedi, de 8 h. 1\|2 à 10 h. 1\|2. 1re année. — *Chimie* : M. MOREAU, agrégé, chef des travaux, mercredi, vendredi, de 9 h. à 11 h. 1\|2. 1re et 2e année. — *Physique* : M. CHANOZ, chef des travaux, samedi, de 9 h. à 10 h. 1\|2. 3e année. — *Pharmacie* : M. CAUSSE, agrégé, chef des travaux, mardi, samedi, de 3 1\|2 à 5 h. 1\|2. 3e année. — *Matière médicale* : M. BERTIN, chef des travaux, jeudi, de 2 h. à 4 h. 2e année.

Semestre d'été.

Les cours, cliniques et conférences du 2e semestre commenceront le 1er mars. Les jours et les heures seront indiqués, en février, par une affiche spéciale.

La bibliothèque de l'Université est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin de 9 heures à 11 heures et demie, l'après-midi de 2 heures et demie à 5 heures et demie.

Thèses de la Faculté de Lyon.

1. Arcelin (Fabien). Les formes de l'aire de projection du cœur pathologique. Etude de radioscopie orthogonale. — Armengaud (Maurice). Les milieux chimiquement définis en bactériologie. Les glucoprotéines α. — Arnaud (Louis). Des sténoses inflammatoires du rectum. Sténoses syphilitiques, tuberculeuses, blennorragiques, etc. Traitement chirurgical et résultats éloignés. — Auvert (Lucien). L'évacuation spontanée des abcès extra-duraux d'origine otique. — Bahier (Alain). Les explosifs à main. Leurs effets vulnérants. — Baillou (Arthur). Diagnostic de l'empoisonnement tuberculeux chez l'homme par l'injection à des cobayes tuberculeux de la sérosité de vésicatoires appliqués chez des malades tuberculeux. — Baron (Paul). De l'alcoolisme acquis du nourrisson et de l'enfant. — Bassard (Emile). Neuf cas de streptococcie sanguine. Etude bactériologique et clinique. — Basso (Emmanuel). Les colonies de vacances. Historique, fonctionnement, résultats. — Bernard (Jules). Contribution à l'étude de la puerpéralité dans ses rapports avec les affections valvulaires du cœur (recueil de faits cliniques).

11. Berret (Henri). De l'action de l'acide formique sur les maladies à tremblements. — Bertein (Paul). Perméabilité rénale dans la chlorose. Chlorobrightisme. — Bertenet (Henri). Sur les kystes hydatiques du foie avec ictère par compression du hile. — Bertier (Jules). Les cancers chez les cardiaques. — Beutter (Charles). Des souffles diastoliques de la base du cœur (souffles anorganiques surtout). — Beutter (Maurice). Pathogénie conjonctivo-vasculaire du tabes dorsalis. — Bonne (Louis). Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum et de ses complications. Bonnouvrier (Louis). De la suture osseuse dans les luxations et fractures de l'extrémité externe de la clavicule. — Bordes (Gabriel). Des perforations de la vésicule biliaire calculeuse. — Bories (Louis). Colonies de vacances et carnet sanitaire scolaire (examen médical des enfants).

21. Bottemer (Edmond). Le réflexe crémastérien chez les hernieux et à la suite des cures radicales de hernies du réflexe crémastérien. — Bouillet (Joseph). Traitement chirurgical des cancroïdes de la lèvre inférieure. Résultats éloignés. — Bourland (Georges). Traitement des hémoptysies par le nitrite d'amyle. — Bouvier-Lapierre (Joseph). Parallèle entre l'opération césarienne et la symphyséotomie dans les bassins cyphotiques. — Bricage (Frédéric). La santonine, son emploi dans le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques. — Briend (Louis). Cancer et grossesse. Considérations sur la thérapeutique chirurgicale par extirpation totale du cancer de l'utérus compliqué de grossesse. Résultats et avantages de l'hystérectomie abdominale totale. — Briffaut (Maurice). Contribution à l'étude des polynévrites tuberculeuses maladie de Landry. Buy (Paul). Histoire naturelle et médicale des ixodes. — Cadet (Louis). Contribution à l'étude des goitres intrathoraciques. — Camus (Clément). Les amyotrophies myélopathiques à type Aran-Duchenne d'origine syphilitique.

31. Carel (Henri). Contribution à l'étude de l'incontinence essentielle d'urine (hyperchlorurie). — Cassan (Emile). Consultations de nourrissons et gouttes de lait. (Organisation matérielle et fonctionnement clinique). — Cavaillon (Paul). Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (rectum excepté). — Chaboux (Gaston). Des tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin. — Chailly (Marcel). Séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Chardon (Dominique). De l'extirpation transanale du rectum avec conservation du sphincter. — Charra (Elisée). Contribution à l'étude de l'alcoolisme héréditaire. Recherches sur les anomalies de développement observées chez les enfants de parents alcooliques. — Chatanay (Gabriel). De l'œdème aigu du poumon pendant le travail. — Colin (Jean-Joseph). Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives et particulièrement des angiomes du placenta. — Convers (Antonin). Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhino-pharynx.

41. Corbel (Paul). Le pouls dans les divers ictères. Inconstance de la bradycardie. Ses raisons étiologiques et sa valeur séméiologique. — Corneloup (Jean). Phlegmon ligneux de la base du ligament large dans certaines suites de couches. — Costa (Charles-Auguste). Tuberculose inflammatoire. Goitres d'origine tuberculeuse. — Coste (Jules). Des perforations et des ulcérations intestinales à distance dans les rétrécissements cancéreux du gros intestin. — Coudray (Ferdinand). Des luxations de l'épaule dites congénitales. — Courbon (Paul). Etude psychiatrique sur Benvenuto-Cellini (1500-1571). — Cruzel (Jean-Jacques). Contribution à l'étude du pyramidon (diméthyl-amido-phényl-diméthyl-pyrazolon). Ses effets thérapeutiques comparés à ceux de l'antipyrine. — Delahousse (Jean). Désinfection de la gorge. Son emploi dans la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses. — Delater (Gabriel). Propriétés antiseptiques des fumées. — Dez (Paul). Rhumatisme musculaire tuberculeux. Tuberculose inflammatoire.

51. Drevon (Pierre-Joannès-Michel) Contribution à l'étude du traitement du tabès par les injections de calomel. — [illegible] (Camille). De la myomectomie abdominale. Ses complications et moyens d'y remédier. — Dubois (Paul). Sur la coexistence des accidents syphilitiques tertiaires avec le tabès. — Duchène-Marullaz (Henri). L'hygiène des musulmans d'Algérie. — Ducroux (Edgard). Tuberculose inflammatoire. Craquements et frottements sous-scapulaires par bursite de nature tuberculeuse. — Dumas (Joseph). Du traitement des bronchopneumonies infantiles par les inhalations d'oxygène. — Dupin (Pierre). Topographie de la tuberculose à Lyon 1900-1904 (mortalité). — Ducoux (E.). Le parasitisme et le cancer. — Duvernay (Louis). De l'hémosidérose viscérale et des cirrhoses dites pigmentaires. — Etienney (Arthème). Tuberculose et chlorurie. Des variations du taux des chlorures éliminés dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

61. Eynard (Victor). Recherches hématologiques dans les rhumatismes chroniques. Valeur sémiologique des formules leucocytaires. — Ferras (André). L'atrophie utérine de lactation. (Maladie de Frommel). — Ferras (Henry). Contribution à l'étude des signes cliniques et du traitement du pneumothorax à soupape. (radioscopie, ponction capillaire). — Feuillié (Pierre). Contribution à l'étude de l'athérome expérimental. — Fichot (Louis). Mode de propagation des trypanosomes. Règles prophylactiques qui en découlent. — Floquet (Emile). Contribution à l'étude de l'[illegible]chine (éther carbonique neutre de quinine). — Fontanel (Pierre). Observations inédites d'asthénie motrice bulbospinale. (Syndrome d'Erb Goldflam.) Essai de nosographie et de physiologie pathologique. — Froment (Jules). Cardiopathies valvulaires compliquées de basedowisme. — Gailleton (Xavier). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique chez l'adulte. — Gaston (Jules). Du décollement du placenta normalement inséré au cours de la grossesse.

71. Genet (Lucien). Les parasites animaux du globe oculaire de l'homme. — Gevry (Adolphe). De la dégénérescence maligne de

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION DES

ENFANTS ARRIÉRÉS ET NERVEUX DES DEUX SEXES

A VITRY, PRÈS PARIS, 22, RUE SAINT-AUBIN

Médecin-Directeur : Dr BOURNEVILLE

L'Institut médico-pédagogique est destiné :

1° Aux enfants présentant de l'*instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale* et d'une *discipline particulière* ;

2° Aux *enfants arriérés*, *faibles d'esprits* à tous les degrés ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses*, compliquées ou non d'accidents convulsifs ;

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

Tous, depuis les plus malades jusqu'aux simples arriérés, sont l'objet d'un TRAITEMENT et d'une ÉDUCATION appropriés. A ceux-là, qui forment d'ailleurs la minorité, on apprend à se tenir debout, à marcher, à devenir propres. Les seconds, les plus nombreux, sont répartis en deux grandes divisions : l'une d'elles est composée des enfants les plus jeunes, qui sont confiés à des





femmes (*petite école*) ; l'autre comprend les enfants les plus grands, les moins atteints dans leur intelligence : ils sont confiés à des instituteurs (*grande école*). Nous avons introduit dans ces écoles la *méthode* et les *procédés de Seguin*, que nous avons modifiés, complétés et perfectionnés. Les *leçons de choses*, soit dans les classes, soit dans les jardins, qui ont été disposés dans ce but, soit par les projections, sont aussi variées et aussi fréquentes que possible. En un mot, tout est mis en œuvre pour l'ÉDUCATION INTELLECTUELLE des enfants.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE occupe une large place dans notre organisation : les *exercices de gymnastique* comprennent non seulement la gymnastique des mouvements à l'aide des appareils ordinaires, mais encore les exercices de la *gymnastique Pichery*. Ajoutons-y les exercices de danse et d'escrime. De nombreux procédés sont mis à contribution pour l'*éducation des sens*. L'*hydrothérapie* et les *bains* sont largement employés pour le plus grand bien des malades.

N.-B. — **L'Institut Médico-Pédagogique** est situé à **Vitry**, près Paris, 22, rue Saint-Aubin. Les enfants ont à leur disposition un vaste parc admirablement planté. L'établissement, isolé des propriétés voisines, est pourvu d'*écoles*, de *gymnases*, de *bains*, d'un *service d'hydrothérapie*, de *salles de réunion*, etc. — On peut se rendre à L'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE par les voitures de place et les tramways du Châtelet à Vitry et Choisy-le-Roi. S'adresser pour les renseignements à M. le Dr Bourneville, Paris, rue des Carmes, 14, les mercredi et vendredi de 1 heure 1/2 à 2 heures 1/2.

FER ANIMAL
FER VÉGÉTAL
FER MINÉRAL

Expérimentation dans les Hôpitaux

Un gramme de fer environ pour la masse totale du sang ! Tel est le déficit métallique fort minime à combler dans la plupart des cas, même sérieux, d'anémie et de chlorose.

Il ne faut pas oublier, en effet, que nos 5 litres de sang ne contiennent que 2 gr. 73 de fer.

Ce déficit représente donc 3 à 4 centigrammes de métal à fixer par jour, pendant un mois, sur les hématies, pour rétablir l'état physiologique et assurer la guérison.

Il est facile d'y parvenir avec un ferrugineux possédant des oxydases qui le rendront instantanément vitalisable ; ces ferments solubles spéciaux, dont le pouvoir excitateur considérable vient d'être mis en lumière par les travaux de professeurs éminents, feront passer rapidement le métal dans le courant circulatoire.

On mettra au contraire des années à obtenir ce résultat, si l'on y parvient jamais, avec des préparations inertes s'éliminant inutilement par les divers émonctoires.

Le praticien demandera-t-il le fer dont il a besoin au règne minéral, au règne végétal ou au règne animal ?

Dans le **règne minéral**, il n'a que l'embarras du choix : fer réduit, oxydes, chlorures, iodures, sels à acides minéraux ou organiques, tous ou presque tous anexosmotiques, et, comme tels, constipant les malades, qu'il faut soumettre ensuite à toute la gamme des laxatifs.

Résultats : réparation hématique nulle ou peu sensible, poussées congestives fréquentes, délabrement des voies digestives presque constant !

Ce qui explique la défaveur, la crainte même, qu'inspire la médication martiale courante à la plupart des anémiques et surtout aux femmes, qui redoutent par-dessus tout le noircissement des dents et la constipation.

Le **fer végétal** intéresse plutôt l'hygiène alimentaire que la thérapeutique.

Les parties vertes de la plante, riches en chlorophylle, contiennent des quantités notables de fer ; elles sont fort utiles pour compenser, concurremment avec les autres aliments, la déperdition métallique journalière et entretenir l'équilibre.

La phylloporphyrine, pigment végétal, et l'hématoporphyrine, pigment du sang, ont une formule presque identique, ce qui fait dire que la chlorophylle était en quelque sorte l'hémoglobine de la plante.

Cependant il n'a pas été extrait jusqu'ici des végétaux de principes ferrugineux intéressant la pharmacologie.

Reste le **règne animal**. Claude Bernard a dit dans ses leçons : « Le premier effet physiologique de la digestion est d'animaliser en quelque sorte la combinaison ferrugineuse, afin de rendre impossibles les précipitations accidentelles qui tendent à annihiler le métal dans les différents points du tube digestif. »

Si le grand physiologiste avait fait de la thérapeutique, il aurait certainement donné la préférence à un fer déjà animalisé, ou vitalisé, afin d'épargner aux organes digestifs débilités un travail de chimie biologique qu'ils se refusent le plus souvent à accomplir.

Le médecin a sous la main un fer animal de 1er ordre : c'est le sang lui-même, qui contient 12 % d'un sel ferrugineux parfaitement défini : l'hémoglobine, $C^{600} H^{960} Az^{134} O^{179} S^{3} Fe$, combinaison vitale, opothérapique par excellence et jouissant d'un pouvoir respiratoire, c'est-à-dire pouvant absorber et restituer l'oxygène.

Sa formule chimique montre combien le fer y est dilué en quelque sorte dans la matière organique, condition essentielle à son passage immédiat dans la circulation.

Le traitement de la chlorose, de l'anémie et même de la phtisie par le sang chaud pris aux abattoirs est très usité en Angleterre et en Amérique ; Bouchardat l'a préconisé, mais il a peu de succès en France, à cause de son incommodité et de la répugnance qu'il inspire aux malades.

Il est plus logique, en effet, de ne prendre du sang que l'élément utile, l'hémoglobine, qui, recueillie avec certaines précautions, contient les *oxydases* (ferments solubles oxydants producteurs d'oxygène et d'ozone) et les *ozonides* (transporteurs d'ozone) du sang.

Mais il faut pour cela faire usage de procédés spéciaux évitant la chaleur, la lumière et la dessiccation complète.

Dujardin-Beaumetz employait déjà cette médication dans son service de l'hôpital Cochin.

Ce Maître, qui a été ainsi un des promoteurs de l'opothérapie, a consigné dans ses leçons cliniques (T. III, p. 449) les résultats remarquables qu'il a obtenus de cette méthode (1).

Il les a également communiqués en ces termes à la Société de Thérapeutique :

J'ai l'honneur de présenter à la Société de thérapeutique des préparations qui m'ont rendu de grands services, tant à l'hôpital que dans ma clientèle.

« Depuis près d'un an, j'emploie dans mon service, contre l'anémie, un sirop d'hémoglobine imaginé par un de mes élèves, M. Deschiens. Il m'a donné, à la dose de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour, des résultats véritablement merveilleux dans le traitement des anémies et de la chlorose.

« J'ai pu constater, à l'aide de la numération des globules, son action très rapide sur leur régénération. A l'analyse spectrale, on retrouve dans ces préparations les raies très nettes de l'oxyhémoglobine.

« Je ne saurais trop recommander cette préparation et je la considère comme le plus puissant des ferrugineux (2).

Le sirop d'hémoglobine employé à l'hôpital Cochin et dont le *modus operandi*, décrit dans les ouvrages de Dujardin-Beaumetz, avait été donné par M. Deschiens, ingénieur chimiste du laboratoire de thérapeutique et d'hygiène de ce service, contient 2 gr. 50 d'hémoglobine par cuillerée à soupe, soit 1 centigr. de fer. Il permet donc d'administrer dans les vingt-quatre heures les 4 centigrammes de fer suffisants, ainsi que nous l'avons calculé au début de cet article, pour combler rapidement le déficit métallique de la plupart des anémies, fait absolument confirmé par l'expérience clinique.

L'expérimentation fut étendue à la plupart des hôpitaux de Paris : Lariboisière (Dr Constantin Paul), La Pitié (Dr Polaillon), Beaujon (Prof. Péter), Enfants-Malades (Prof. Grancher et Dr Jules Simon), Laënnec (Dr Legroux), La Charité (Dr Féréol), Hôpital international (Dr Péan), Hôtel-Dieu de Lyon (Prof. Teissier), Hôtel-Dieu de Saint-Denis et Infirmerie de la Maison d'Education de la Légion d'honneur (Dr Le Roy des Barres), etc.

Les résultats furent toujours extrêmement favorables, la numération des globules accusant des progressions hebdomadaires de 3, 4 et 500.000 hématies par millimètre cube de sang.

EN RÉSUMÉ, le praticien pourra administrer, sous la forme essentiellement opothérapique d'hémoglobine, 4 centigrammes et plus d'un fer animal se fixant rapidement sur les hématies, grâce à ses oxydases.

Cette dose de métal vitalisé, qu'il n'est pas nécessaire de dépasser et qui est égale d'ailleurs à la moyenne indiquée par les formulaires pour les ferrugineux usuels, donnera au médecin des résultats cliniques et hématimétriques surprenants.

Les remarquables expériences du Professeur Richet et du Dr Héricourt ont rappelé l'attention du corps médical sur les propriétés de la viande crue ou de son jus, dans le traitement de la tuberculose. L'hémoglobine contenue dans ces produits contribue certainement, dans une très large mesure, à l'influence favorable qu'ils exercent.

L'expérience vient d'ailleurs d'en être faite à l'hôpital Boucicaut, dans les services de tuberculeux de M. le Dr Letulle ; des malades pris au moment où le repos hospitalier et les médicaments n'avaient plus aucune action, ont reçu de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour de sirop de Deschiens.

Les résultats ont été très favorables, plusieurs sujets ont présenté des augmentations de poids de 3 et 4 kilos par mois, avec le régime alimentaire courant, sans aucune suralimentation.

Ce produit, accepté avec plaisir, peut donc être *considéré* comme un adjuvant précieux dans le traitement de la consomption ; il rendra les mêmes services que la viande crue et les jus de viande, si rebutants dans la saison chaude et que les malades n'acceptent pas toujours aisément.

Le médecin désireux de formuler le médicament en nature, sans recourir à une marque spécialisée, aura-t-il satisfaction des soi-disant hémoglobines cristallisées ou en paillettes du commerce ?

Le simple examen des propriétés chimiques de ce corps répondra à la question : L'hémoglobine, même préparée à l'état de pureté absolue par cristallisation au-dessous de 0, s'altère en quelques jours à la température ordinaire, perdant ses oxydases, ses ozonides et sa propriété fondamentale d'absorber et de restituer l'oxygène. C'est, en un mot, une *hémoglobine morte*.

Pour lui conserver sa valeur thérapeutique, il faut l'incorporer à l'état naissant dans un excipient dosé avec soin, sorte de sérum artificiel aseptique où sa vitalité persiste ; c'est la caractéristique des procédés de Deschiens.

(1) « Parmi ces préparations, il en est une que vous me voyez employer avec un très grand succès dans mon service : c'est un sirop d'hémoglobine préparé par Deschiens. C'est, à mon sens, de toutes les préparations ferrugineuses employées, l'une des plus actives.

On donne 2 à 4 cuillerées à soupe de sirop par jour. » (DUJARDIN-BEAUMETZ. *Leçons de clinique thérapeutique, t. III, p. 449*).

(2) *Société de thérapeutique*. Paris. Séance du 22 juillet 1885. (DUJARDIN-BEAUMETZ.)

quelques tumeurs du naso-pharynx. — Ginet (Marius). Contribution à l'étude des ictères graves survenant dans les suites de couches en dehors des cas d'infection puerpérale. — Griscelli (A.-Paul). De la constipation au cours de certaines inflammations chroniques localisées du péritoine (appendicite, salpingite, cholécystite). — Guglielmi (Michel). Contribution à l'étude de l'action pathogène de quelques vers intestinaux dans l'étiologie et la propagation de certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, dysenterie, appendicite). — Guichard (André). De la valeur médico-légale du point de Béclard, point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur. — Guichard (Pierre). De la pleurésie purulente double et principalement la pleurésie purulente double à pneumocoques. — Guillot (André). Contribution à l'étude des luxations du métatarse en dehors. — Hauger (Victor). Des divers traitements de la fièvre typhoïde à l'hôpital Saint-Etienne (1899-1905).

81. Hérisson (Robert). Contribution à l'étude des sarcomes des méninges et en particulier des sarcomes perforants (anciens fongus de la dure-mère). — Hourtoule (Victor). La mouche tsétsé et les agents propagateurs des trypanosomoses. — Igonet (Robert). Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. — Jacques (Anatole) Les adénopathies pulmonaires. Etude anatomo-clinique et radioscopique. — Jages (Léopold). La docimasie hépatique sur les cadavres saignés à blanc. — Jambon (Albert). Le treponema pallidum de Schaudinn dans les tissus des hérédo-syphilitiques. — Jaubert (André). Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les ostéosarcomes présumés malins des membres. — Lacoste (Charles). Indications thérapeutiques des eaux minéro-thermales de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées, sources de Salut), dans les névropathies de l'enfance. — Laforgue (Albert-Auguste). Dystocie par monstres doubles autositaires. — Latarjet (André). Etude sur les pharyngectomies.

91. Leclerc (Georges). Etude du segment d'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. — Lemoyne (Ernest). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la chlorose. — Leriche (René). Des résections de l'estomac pour cancer. Technique. Résultats éloignés. — Létang (Jean). Gall et son œuvre. — Letorey (Georges). Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac. — Lévêque (P.) Prophylaxie des maladies vénériennes et police des mœurs. Théories abolitionnistes. I. Historique. — II. Questions juridiques. — Lévigne (Henri). Recherches sur le passage de l'acide urique et de ses sels à travers des membranes inertes. — Livadas (Démosthènes). De la coexistence de la môle hydatiforme et de la dégénérescence kystique des ovaires. — Loquin (Louis). Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure. — Loup (J.-P.-Maxime). Les idées de négation dans les états hypocondriaques.

101. Louyriac (Henri). De la sympathicectomie dans les névralgies faciales. — Mangenot (Henri). Quelle était la maladie du Conventionnel Couthon. — Marchal (Maurice). Du rôle des poussières dans la contagion de la tuberculose. — Marnata (Jean). Tuberculose inflammatoire. Rhumatisme tuberculeux. Complications oculaires, auriculaires, péri-viscérales du rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique. — Martin (Paul). Rhumatisme tuberculeux. Des ostéarthrites tuberculeuses consécutives à des manifestations articulaires rhumatismales. — Maurice (Albert). Le ptérygion. Son histoire, sa nature, son traitement rationnel. — Mazot (Robert). Tuberculose inflammatoire. De la fréquence du rhumatisme articulaire tuberculeux primitif. — Minel (Henri). Tuberculose inflammatoire. Tuberculose inflammatoire de l'endocarde. — Monziols (Robert). Des effets de la spermine sur le développement du squelette. — Mossier (Louis). La chorée d'origine tuberculeuse. De la tuberculose et du rhumatisme tuberculeux dans l'étiologie de la chorée.

111. Mouriquand (Georges). Recherches sur le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. — Mulot (Pierre). Contribution à l'étude de la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'enfants. — Musy (Gaston). Recherches statistiques sur la diphtérie à Lyon (1901-1905). (Travail du Bureau municipal d'hygiène). — Ninot (Paul-Marie-J.-B.) Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par la ponction lombaire. — Paliard (Léon). Abcès appendiculaires traités par l'incision simple ou spontanément ouverts dans l'intestin. Résultats éloignés. — Paloque (Albert). L'œil diabétique. — Pégeot (Léon). Etude du sang (leucocytose et séro-agglutination) chez les lupiques. — Pénard (Jean-Baptiste). Contribution à l'étude des indications et des contre-indications cliniques du véronal. — Péré (Lucien). Les gros kystes de l'ouraque. — Perrier (Théophile). La médecine astrologique.

121. Perrignon de Troyes (Charles). L'arcade pubienne dans les bassins viciés. Etude d'anatomie obstétricale. — Petit (Georges). Etude médico-psychologique sur Edgard Poe. — Petit (Marcel). Taille hypogastrique modifiée pour aborder aisément les orifices urétéro-vésicaux et l'extrémité inférieure de l'uretère. — Pigache (René). Essai sur la pathogénie chimique de l'œdème. — Pineau (Jules). La tuberculose dans l'armée. Contribution à l'étude de sa pathogénie. — Piollenc (Maurice). Etude clinique sur 25 observations nouvelles de prostatectomie périnéale. Résultats éloignés de 25 prostatectomies anciennes. — Planques (Raoul). L'helmitol (anhydrométhylènecitrate d'hexaméthylènetétramine). — Playoust (Louis). Etude critique des fosses mobiles. — Poissonnier (Gustave). La gastrostomie évacuatrice dans le traitement des péritonites. — Pons (Joseph). Erythème noueux d'origine tuberculeuse. Tuberculose inflammatoire. Rhumatisme articulaire tuberculeux.

131. Ponson (Edouard-Franck-Henri). Contribution à l'étude du traitement diététique des vomissements graves de la grossesse. — Potheau (Emile). Des effets antitoxiques de l'iodipine dans les affections aiguës. — Pradelle (Jean). La broncho-pneumonie scarlatineuse. — Purseigle (Jean-Baptiste). Etude sur les tumeurs de l'épiglotte. — Reynaud (Maurice). Contribution à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement par la néphrectomie. — Rivière (Gilbert). Thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac. De la valeur de la gastro-entérostomie et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac. — Rousseau (Emile). La lymphangite gangreneuse du scrotum chez le nourrisson. — Ruchaud (Emile). Contribution à l'étude de la dégénérescence cancroïdale des brûlures. — Ruthon (Joseph). Diagnostic et traitement du cancer primitif de la vésicule biliaire. — Saffores (Dieudonné). Un nouvel analgésique local. La catalgine.

141. Sanerot (Paul). Le cancer de l'estomac à évolution lente. L'ulcus rodens gastrique. (Etude clinique. Sa thérapeutique chirurgicale). — Satte (François). Iodure de potassium et néphrites. — Saury (Louis). Le cœur dans la maladie de Friedreich. — Sauvet (Eugène). Des fistules du canal thoracique. — Savy (Paul). Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique et de ses rapports avec les lésions valvulaires du cœur. — Schmitt (René). Contribution à l'étude de l'œdème malin charbonneux des paupières. De l'œdème malin non charbonneux des paupières. — Tavernier (Louis). Les déplacements traumatiques du semilunaire. — Thellier (Edmond). Le melæna des nouveau-nés. — Tisserand (Gaston). Thérapeutique chirurgicale. Les gastrectomies partielles non orificielles. — Tricaud (Francisque). Le traitement sanglant des fractures par l'appareil à prothèse externe de M. le professeur Jaboulay.

151. Truchetet (Auguste). De l'amputation sus-calcanéenne. — Trucy (Louis). Etude sur certains cas vicieux simulant des tumeurs des os. Valentin (Jean). Rhumatisme tuberculeux. Fréquence du rhumatisme tuberculeux chronique, déformant chez les vieillards atteints de tuberculose pulmonaire. (Recherches faites à l'hospice du Perron dans le service de M. le professeur agrégé Paviot, médecin des hôpitaux). — Vendeuvre (Lucien). Des albumines acéto-solubles. Etude chimique et clinique. — Vergnes (Jean). Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance. (Hémorragie interne dans le segment inférieur, l'utérus étant rétracté). — Vieux-Pernon (Numa). De l'hystérectomie abdominale avec colpopexie dans le traitement de certains prolapsus. — Worms (Gustave). Du tétanos bulbo-paralytique. (Tétanos céphalique avec ophtalmoplégie). — Epchtein (Mlle Rachel). De l'asthme tuberculeux essentiel. (Etude clinique). — Kareff (Nicolas). Contribution à l'origine de la fibrine. Teneur comparée du sang en fibrine dans les différents territoires vasculaires. — Kholodny (Mlle Barbe). Les amibes comme agents pathogènes de la dysenterie. — Maneff (Dantcho-Christoff). Contribution au traitement opératoire de l'hypospadias par un procédé autoplastique. (Procédé de M. Siraud). — Sibirtzow (Mlle Natalie). Contribution à l'étude du traitement kinésithérapique de certaines dysménorrhées. — Strjemetchna (Mlle Olga). Contribution à l'étude des variations pathologiques des températures locales principalement dans l'aortite abdominale et l'entéro-colite mucomembraneuse.

Lyon, 20 octobre 1906.

Mon cher Rédacteur en chef,

Le gros événement de cette année scolaire, est la retraite du Professeur Lortet, qui, doyen de la Faculté depuis 29 ans, depuis sa fondation, se trouve atteint par la limite d'âge et abandonne à la fois sa chaire de parasitologie et son poste de doyen.

C'est à lui, c'est à son habile et aimable direction, qu'est due pour la plus grande part la prospérité de notre Faculté et l'accord qui n'a cessé de régner entre ses membres : Des regrets unanimes le suivent dans sa retraite, et chacun a senti combien serait lourde sa succession, et quelle tâche difficile incomberait à son remplaçant. C'est M. le Professeur Hugounenq qui a été désigné par un vote unanime de l'assemblée des professeurs et agrégés. C'est vous dire de quelle estime et de quelle affection il est entouré de tous ses collè-

gues. Ami très intime du Professeur Lortet, dont il était l'assesseur, il avait déjà dû le remplacer l'hiver dernier pendant qu'une mission le retenait en Egypte. Il est de ce fait initié à tous les détails de l'administration qui lui incombe. Il a, en outre, comme son prédécesseur, ces qualités d'urbanité et de tolérance qui permettent d'aplanir toutes les difficultés et d'éviter tous les conflits.

C'est dans quelques jours que doit se décider le choix du successeur à la Faculté du professeur Lortet. Aucun pronostic n'est encore possible sur cette succession qui est l'objet des plus vives compétitions.

Au contraire, on peut, dès maintenant, saluer le succès prochain d'un jeune agrégé, médecin des hôpitaux, le Dr Nicolas qui sera appelé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, aux lieu et place du professeur Augagneur, que ses fonctions à Madagascar ont forcé à abandonner définitivement notre Faculté. M. Nicolas qui, depuis 18 mois déjà, assure le service de cette clinique, y a fait preuve d'une telle compétence qu'il reste sans concurrent et sa titularisation n'est qu'une formalité.

M. le professeur Monoyer, atteint lui aussi par la limite d'âge, abandonne la chaire de physique qu'il occupait depuis la fondation de la Faculté avec une grande distinction, mais la vacance de cette chaire n'est pas déclarée; on parle même de sa transformation possible.

En dehors de ces retraites et de ces nominations, nous n'avons eu comme évènement marquant, à Lyon, que le Congrès pour l'avancement des Sciences qui s'est réuni dans notre ville au mois d'août. Il a eu un éclat exceptionnel et à attiré des savants de tous les pays, et grâce au professeur Arloing, son président, grâce au professeur Teissier qui avait organisé avec un zèle incomparable la section des sciences médicales, nous avons eu en médecine des séances d'un intérêt exceptionnel, dont l'écho vous est certainement parvenu.

En somme, notre Faculté continue à prospérer, et si le nombre des élèves n'augmente plus depuis quelques années, notre beau renom en France et à l'étranger continue à s'affirmer, et notre activité scientifique reste toujours aussi grande et aussi féconde.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr X..

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par le décret du 18 mai 1906, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les résultats obtenus depuis la création de l'Ecole et l'affluence des candidats aux concours démontrent l'utilité d'une institution qui assure à ses fondateurs la reconnaissance de tout le corps de santé. Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions au moins prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales (nouveau régime). Ils doivent avoir au moins de 24 ans au 1er janvier de l'année du concours, qui a lieu au mois de juillet et d'août.

Néanmoins, les sous officiers, caporaux ou brigadiers et soldats âgés de plus de 24 ans, et qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de 25 ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Le programme du concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel.*

Les élèves admis font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, correspondant à la deuxième année d'études du nouveau régime, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1.000 fr. par an ; celui du trousseau, qui est de 1.000 fr. environ, est déterminé chaque année par le Ministre de la guerre et notifié aux élèves, en même temps que leur admission à l'Ecole. Des bourses, demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur quatrième année de séjour à l'Ecole, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d'armée. Ils sont alors nommés médecins aides-majors de 2e classe stagiaires. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole et astreints aux obligations de la loi sur le recrutement, en ce qui concerne les étudiants en médecine.

Conformément aux prescriptions de l'article 26 de la loi du recrutement du 21 mars 1905, les jeunes gens admis à l'école du service de santé militaire doivent faire une année de service dans un corps de troupe avec conditions ordinaires, avant leur entrée à l'école. Cette année de service est faite dans un corps de troupe à cheval (cavalerie ou artillerie). Ils contractent, dès leur entrée à l'Ecole, l'engagement de servir pendant six ans au moins, comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade de médecin aide-major ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal accomplissent leur deuxième année de service dans les conditions prévues à l'art. 25 de la loi du 21 mars 1905.

Les élèves reçoivent à l'Ecole un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, la vélocipédie, les exercices militaires, leur sont enseignés ; des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et de perfectionner chez eux les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue ; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire ; enfin, des conférences de littérature leur sont faites, une fois par semaine, à l'Ecole, par un professeur de la Faculté des lettres de Lyon, nommé professeur de l'Ecole par le Ministre de la Guerre.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent tous les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils : ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole Polytechnique.

Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers. L'uniforme, qui se rapproche également beaucoup de celui de l'Ecole Polytechnique, a pour caractère distinctif les attributs de la médecine militaire à collet de velours cramoisi et caducée.

L'Ecole, magnifiquement installée, présente toutes les garanties désirables d'hygiène, et forme un superbe et immense bâtiment au voisinage immédiat de la Faculté. Cinquante élèves ont été admis à l'Ecole à la suite du concours de cette année. Le chiffre total des élèves pour l'année scolaire 1906-1907 sera de 137, non compris les élèves qui, ayant terminé leur scolarité, vont entrer au Val-de-Grâce, avec le grade de médecin aide-major de 2e classe.

Le personnel médical est composé de la façon suivante :

Directeur : Dr Vaillard, médecin inspecteur.

Sous-Directeur : Dr Descour, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Major : Dr Boisson, médecin-major de 1re classe, chargé du service médical et de l'infirmerie des élèves.

Répétiteurs : Drs Ecot, anatomie ; Lafforgue, thérapeutique, hygiène et médecine légale ; Rouvillois, médecine opératoire et accouchements ; Pecheux, pathologie externe ; Chavigny, physiologie et histologie ; Braun, pathologie interne.

Les répétiteurs, du grade de médecin-major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées aux cours de la Faculté et par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par les médecins-majors de 2e classe : Drs Lahoussois, Perrot, Lévy, Spick, le médecin aide-major de 1re classe Ferron et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hôpital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hôpital d'instruction ; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital ; le sous-directeur en est le médecin-chef, et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient chaque matin les élèves aux éléments de la médecine et de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants ; ses cliniques, d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne à tous égards de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Les notes méritées par les élèves aux examens de la Faculté continuent à être très bonnes ; cet excellent résultat est dû à la véritable sélection dont sont l'objet les élèves admis, mais aussi à

ce qu'ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entraînement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources considérables en livres, préparations, etc.

L'Ecole ne reçoit pas d'élèves en pharmacie ; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmacien de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu au Val-de-Grâce où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Doyen : M. A. PITRES. — *Doyen honoraire* : M. DE NABIAS. *Professeurs honoraires* :MM. MICÉ, DUPUY, FIGUIER.

Enseignement médical

SEMESTRE D'HIVER, *du 3 novembre au 28 février.*

Cours.

Anatomie : M. CANNIEU. Système nerveux central.— Mœlle et cerveau. Lundi, mercredi, vendredi à 1 heure. 1re et 2e années. — *Anatomie générale et histologie* : M. VIAULT. Etude des tissus d'origine mésodermique. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures 1/4. 1re et 2e années. — *Chimie biologique* : M. DENIGÈS. Les principes immédiats de l'organisme. — Humeurs normales et pathologiques. — Etude spéciale du lait et de l'urine. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M. COYNE. Lésions des artères et des veines. — Tube digestif. — Pancréas. — Foie. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures 3/4. 3e année. — *Médecine expérimentale* : M. FERRÉ. Technique microbiologique. Jeudi, à 2 heures. 3e année. — *Pathologie et thérapeutique générales* : MM. VERGELY, et MONGOUR. Des infections. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/4. 2e année. — *Thérapeutique* : M. ARNOZAN. Etude théorique et pratique des médicaments usuels. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2. 4e année. —*Pathologie exotique* : M. LE DANTEC. Affiche spéciale. 4e année. *Cours complémentaire d'accouchements* : M. ANDÉRODIAS. Cours complet d'accouchements. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. 3e année. — *Cours complémentaire de physiologie* (fondation de l'Université). GAUTRELET. Fonctions de nutrition : digestion, circulation, respiration, sécrétion. — Fonctions de reproduction. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, 1re année.

Cliniques.

Clinique médicale : M. PITRES. Hôpital St-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2. 3e année.— *Clinique chirurgicale* : M. LANELONGUE. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/2. 3e année. — *Clinique d'accouchements* : M. LEFOUR, Hôpital Pellegrin. Lundi, vendredi, à 1 heure 1/2. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. BADAL. Hôpital Saint-André. Lundi, vendredi, à 9 heures 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. DENUCÉ. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 heures. 4e année. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER. Hôpital du Tondu. Mardi, à 9 heures. 4e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. MOUSSOUS. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, à 4 heures. 4e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. DUBREUILH. Hôpital du Tondu. Samedi, à 9 h. 4e année ; Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 h. 4e année. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. POUSSON. Hôpital du Tondu. Vendredi, à 9 h. 4e année. — *Clinique des maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. MOURE. Annexe Saint-Raphaël. Mardi vendredi, à 10 h. 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies mentales* : M. RÉGIS. Hôpital Saint-André. Jeudi, à 3 h. 4e année.

Conférences et exercices d'application.

Petite chirurgie, bandages et appareils : M. BÉGOUIN. Exercices pratiques. Lundi, Mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re année. — *Anatomie* : M. GENTES. Organes génitaux urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1re et 2e années. — *Anatomie* : M. LAFITE-DUPONT. Angéiologie. — Organes des sens. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1re et 2e années. — *Parasitologie humaine* : M. BEILLE. Parasites animaux et végétaux de l'homme. Lundi, vendredi, à 5 h. 3e année. — *Exercices d'obstétrique*: M. FIEUX. Conférence préparatoire. Jeudi 4 h. 1/2 4e année. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, vendredi, à 9 h. 4e année. — *Anatomie topographique* : M. VILLARD. Anatomie des régions. Mardi, samedi, à 5 h. 1/4. 4e année. — *Autopsies médico-légales* : M. LANDE. (Annonces par des avis particuliers.) 4e année. — *Examen des pièces cliniques* : M. SABRAZÈS. Laboratoire des cliniques médicales et chirurgicales.

Travaux pratiques.

Chimie biologique : M. DENIGÈS. Laboratoire de chimie biologique. Mardi, samedi, 2 à 4 heures. 2e année. — *Anatomie* : M. LAFITE-DUPONT. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 h. à 4 h. 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi. 1 h. à 2 h. 1/2. 3e année. — *Parasitologie et bactériologie* : M. FERRÉ. Laboratoire de médecine expérimentale. Mardi, jeudi, samedi, de 2 h. à 3 h. 1/2. 3e année. — *Exercices pratiques de séméiologie médicale* : VERGER. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. 3e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ, *du 1er mars au 31 juillet.*

Cours.

Physiologie : M. JOLYET. Fonctions du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi à 5 heures. 2e année. — *Physique biologique et électricité médicale* : M. BERGONIÉ. Technique de physique médicale préparatoire aux travaux pratiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures 1/4. 1re et 2e années. — *Médecine expérimentale* : M. FERRÉ. Etude expérimentale des maladies infectieuses : Rage, septicémie, tétanos. Lundi, vendredi à 5 h. 1/4. 3e et 4e années. — *Médecine opératoire* : M. MASSE. Opérations que l'on pratique sur les os et les articulations. Mardi, jeudi, samedi, 2 h. 3/4. 3e année. — *Médecine légale* : N. L'expertise en général.— Traumatismes. Intoxications. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 1/2. 4e année. — *Matière médicale* : de NABIAS. Posologie, pharmacie, reconnaissance de médicaments. Mercredi, 1 h. 1/2. — *Hygiène* : M. LAYET. Hygiène générale appliquée. — Mardi, jeudi, samedi, 5 h. 1/4. 4e année. — *Cours complémentaire de pathologie interne* : M. RONDOT. Maladies infectieuses. — Maladies générales. Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. 2e année. — *Cours complémentaire d'ophtalmologie* (fondation de l'Université) : M. LAGRANGE. Anomalies de la réfraction. — Optométrie. — Affections des membranes profondes. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 3e année.

Cliniques.

Clinique médicale : M. PICOT. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. 3e année. — *Clinique chirurgicale* : M. DEMONS. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. 3e année. — *Clinique d'accouchements* : M. LEFOUR. Hôpital Pellegrin. Lundi, vendredi, à 1 h. 1/2. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. BADAL. Hôpital Saint-André. Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. DENUCÉ. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 h. 4e année. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER. Hôpital du Tondu. Mardi, à 9 h. 4e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. A. MOUSSOUS. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, à 4 h. 4e année. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. DUBREUILH. Hôpital du Tondu. Samedi, à 9 h. 4e année ; Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 h. 4e année. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. POUSSON. Hôpital du Tondu. Vendredi, à 9 h. 4e année. — *Clinique des maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. MOURE. Annexe Saint-Raphaël. Mardi, vendredi, à 10 h. 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies mentales* : M. RÉGIS. Hôpital Saint-André. Jeudi, à 3 h. 4e année.

Conférences et exercices d'application.

Pathologie externe : M. VENOT. Eléments de pathologie externe. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures, 1re et 2e années. — *Anatomie, histologie et pathologie dentaires* : M. CAVALIÉ. Leçons théoriques et démonstrations pratiques. Mardi, jeudi, 4 h., vendredi, à 11 h. 4e année. — *Anatomie pathologique* : M. ABADIE. La pratique des autopsies. — Description macroscopique des pièces fraîches fournies par les autopsies. Lundi, vendredi, à 3 h. 3e année. — *Exercices d'obstétrique* : M. FIEUX. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, vendredi, à 9 heures. 4e année. — *Autopsies médico-légales* : M. LANDE (Annoncées par des avis particuliers.) 4e année. — *Examen des pièces cliniques* : M. SABRAZÈS. Laboratoire des cliniques médicales et chirurgicales.

Travaux pratiques.

Physique biologique et électricité médicale : M. BERGONIÉ. Laboratoire de physique biologique et d'électricité médicale. Lundi, mercredi, vendredi, de 5 à 6 h. 1/2. 2e année. — *Histologie* : M. CASSAET. Laboratoire d'histologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 1re année. — *Physiologie* : M. SELLIER. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. 3/4. 2e année ; Démonstrations pratiques. Samedi, à 4 h. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire

d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année. — *Médecine opératoire* : M. VILLAR. Institut anatomique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année. — *Exercices pratiques de séméiologie chirurgicale* : CHAVANNAZ. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/2. 3e année. — *Pharmacie* : LLAGUET. Laboratoire de matière médicale. Mercredi, 1 h. 1/2, 4e année.

Enseigement pharmaceutique.

SEMESTRE D'HIVER.

Cours.

Pharmacie : M. DUPOUY. Etude des formes pharmaceutiques les plus importantes Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures 1/4 1re, 2e et 3e années. — *Matière médicale* : M. DE NABIAS. Médicaments de la nutrition. Lundi, vendredi, à 10 h. 1/4. 1re, 2e et 3e années. — *Physique pharmaceutique* : M. SIGALAS. Appareils et méthodes physiques utilisés dans les laboratoires d'analyse et les pharmacies. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures, 1re, 2e et 3e années. — *Chimie biologique* : M. DENIGÈS. Les principes immédiats de l'organisme. — Humeurs normales et pathologiques. — Etude spéciale du lait et de l'urine. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures, 3e année.

Conférences.

Zoologie pharmaceutique : M. LASSERRE. Les animaux vertébrés utilisés en pharmacie. Lundi, vendredi, à 9 h. 1/4, 1re, 2e et 3e années — *Chimie minérale* : M. BENECH. Chimie générale : Généralités. — Etude de quelques métalloïdes. Chimie organique : Généralités. — Etude des fonctions. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Physique appliquée : M. SIGALAS. Laboratoire de physique pharmaceutique. Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 heures. 3e année. — *Micrographie* : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, 2 h. à 4 heures. 3e année.— *Pharmacie* : DUPOUY. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie Lundi, mardi, 2 h. à 5 heures. 2e année. — *Analyse chimique* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux chimiques. Mercredi, vendredi, 2 h. à 5 heures 1re année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Cours.

Histoire naturelle : M. GUILLAUD. Etude médicale des familles végétales : Champignons inférieurs et apétales. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re, 2e et 3e années. — *Chimie organique et pharmaceutique et analyses spéciales* : M. BLAREZ. Etude des composés organiques appartenant à la série aromatique et des composés azotés, utilisés en médecine et en pharmacie : Etude toxicologique des principaux d'entr'eux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4. 1re, 2e et 3e années. — *Cours complémentaire d'hydrologie et minéralogie* (fondation de l'Université) : M. BEILLE. Minéraux utilisés dans l'industrie des produits chimiques. — Eaux potables. — Eaux minérales. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1re, 2e et 3e années.

Conférences.

Pharmacie : M. BARTHE. Médicaments de la chimie minérale. — Leurs essais analytiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Micrographie : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle Lundi, vendredi de 7 h. à 9 heures, 3e année. — *Analyse chimique* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux chimiques. Lundi, mardi de 2 h. à 5 heures. 1re année ; mercredi, vendredi de 2 h. à 5 heures. 2e année. — *Analyses spéciales* : M. TOURROU. Laboratoire de chimie. Mardi, jeudi, samedi de 2 h. à 5 h., 3e année.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRES D'HIVER ET D'ÉTÉ.

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. LANELONGUE, jeudi, à 8 heures, M. DEMONS, vendredi, à 8 h. 1/2.— *Maladies du cœur* : M. PICOT, mardi, à 9 heures. — *Maladies du système nerveux* : M. PITRES, mercredi, samedi, à 9 heures. — *Electricité médicale clinique* : M. BERGONIÉ, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. DUBREUILH, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures : opérations. Jeudi, à 9 heures. — *Maladies des femmes* : M. BOURSIER, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON, lundi, mercredi, à 1 heure. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. MOURE, mercredi, samedi, à 9 h. (gorge et larynx) ; mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (oreilles et nez) ; mercredi, samedi, à 8 h. 1/2 (opérations). — *Maladies mentales* : M. RÉGIS, mardi, à 1 heure. — *Maladies des pays chauds* : M. LE DANTEC, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Maladies des yeux* : M. BADAL, tous les jours, à 9 heures. — *Maladies des femmes enceintes* : M. LEFOUR, mercredi, à 1 heure. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. DENUCÉ, lundi, 8 h. du matin, 4 h. du soir ; mercredi, vendredi, à 8 heures. — *Maladies internes des enfants* : M. A. MOUSSOUS, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves sages-femmes.

Semestre d'hiver. — 1re ANNÉE. — *Anatomie élémentaire* : jeudi et samedi, à 10 heures. — *Physiologie élémentaire* : M. SELLIER, mardi, à 10 heures. — 2e ANNÉE. — *Cours théorique d'accouchements* (1re partie) : M. FIEUX, lundi, vendredi, à 10 heures.

Semestre d'été. — 1re ANNÉE. — *Physiologie élémentaire* : M. SELLIER, mardi, à 10 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. ANDÉRODIAS, jeudi, samedi, à 10 heures. — 2e ANNÉE. — *Cours théorique d'accouchements* (2e partie) : M. FIEUX, lundi, vendredi, à 10 heures.

Enseignement de la Médecine coloniale.

Cet enseignement a été créé en vue du diplôme de médecin colonial et de l'examen de médecin sanitaire maritime. — Les cours auront lieu pendant le 1er trimestre (novembre-décembre-janvier.) — *Une affiche spéciale sera publiée en novembre et indiquera le programme complet de l'enseignement.*

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des consignations et pour la délivrance des certificats et pièces diverses ; de 1 h. 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* sont reçues, de 10 heures à midi, aux dates ci-après : Médecine, 21 octobre au 5 novembre, 3 au 15 janvier, 3 au 15 mars, 18 au 31 mai ; — Pharmacie, 3 au 15 novembre, 3 au 15 janvier, 3 au 15 mars, 18 au 31 mai.

PROGRAMME DES ÉTUDES EN VUE DU DIPLÔME DE MÉDECIN COLONIAL.

Les études en vue du diplôme de médecin colonial comprennent : des études cliniques, des travaux pratiques et des leçons théoriques.

1° *Etudes cliniques.* — Les études cliniques auront lieu à partir de 8 heures du matin dans les différents hôpitaux et établissements hospitaliers civils et militaires de Bordeaux. MM. les Professeurs, Médecins des hôpitaux et Chefs de service feront connaître par voie d'affiche les cas intéressants soumis à leur examen et sur lesquels ils se proposent de faire une démonstration ou une leçon clinique. Une consultation spéciale de pathologie, où seront admis les passagers des paquebots, les malades envoyés par les compagnies de navigation, les marins et matelots du port, etc., sera faite à Saint-Raphaël (annexe de la Faculté) par le Chargé du cours complémentaire de pathologie exotique. L'Administration des hospices réservera un certain nombre de lits dans une salle de l'hôpital Saint-André pour les cas ressortissant à la pathologie exotique.

2° *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques et les conférences afférentes aux travaux pratiques auront lieu de 2 heures à 5 heures, sur les matières comprises dans le programme suivant ; Technique histologique. Microphotographie. Technique bactériologique. Hématologie. Paludisme. Parasites de la malaria. Sporozoaires. Hémoprotozoaires des animaux. Dourine. Fièvre typhoïde (analyse bactériologique des eaux, séro-diagnostic). Choléra. Peste. Diphtérie (diagnostic, sérothérapie). Rage (diagnostic, traitement). Tuberculose. Lèpre. Tétanos. Typhus récurrent. Septicémies. Dysenteries. Abcès du foie. Pratique de la désinfection. Dermatophytes. Dermatozoaires. Helminthes. Examen des matières fécales et des urines au point de vue parasitaire. Sangsues. Arachnides et insectes venimeux. Poissons vulnérants et toxicophores. Reptiles venimeux. Produits alimentaires, médicinaux et toxiques de la flore exotique. Poisons d'épreuve. Armes et flèches empoisonnées. Chirurgie du foie, de l'intestin. Urologie clinique. Anthropométrie ; crâniologie.

3° *Leçons théoriques.* — Les leçons théoriques auront lieu de 5 heures à 6 heures du soir. Elles porteront principalement sur les matières suivantes : Hygiène et prophylaxie des maladies coloniales. Climatologie. Géographie médicale. Maladies déterminées par l'action du soleil. Diarrhée des pays chauds. Fièvre jaune. Dengue. Béribéri. Scorbut. Pathologie cutanée et vénérienne dans les pays chauds. Verruga du Pérou. Pinta. Tokelau. Pied de madura. Eléphantiasis. Aïnhum. Goundou. Pian. Syphilis. Phagédénisme des chauds. Ophtalmologie tropicale. Névroses dans les pays chauds. Intoxications par l'opium, le haschisch, etc. Législation sanitaire. Mesures à prendre dans les cas d'épidémie. Renseignements et conseils sur les vêtements, les habitations, les aliments, etc. Liste des objets à emporter aux colonies. Instructions au point de vue de l'ethnographie, de l'histoire naturelle des études coloniales.

La Faculté de médecine se propose, en outre, d'instituer des conférences publiques se rapportant à la pathologie exotique et aux études coloniales, en intéressant à ces conférences, en dehors de l'Université, les Corps constitués: Municipalité, Conseil général, Chambre de commerce, les Sociétés savantes ou autres, les Amis de l'Université, etc. Ces conférences auront lieu à 8 h. 1/2 du soir dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

Il sera fait appel, pour ces conférences, aux professeurs appartenant à l'Université de Bordeaux ou à d'autres Universités, aux médecins de l'Armée, de la Marine et des Colonies, aux anciens élèves sortis de l'Ecole de Bordeaux, aux explorateurs, aux savants français ou étrangers et à toute personne ayant une compétence spéciale sur les questions à traiter.

Frais d'études. — Arrêté ministériel du 15 juillet 1901. Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux fixant ainsi qu'il suit les droits à percevoir pour études et examens en vue du titre de *Médecin colonial* de cette Université :

1 droit annuel d'immatriculation à.....	20 fr.
1 droit annuel de bibliothèque à.......	10 fr.
1 droit trimestriel de laboratoire à.....	150 fr.
1 examen à.........................	20 fr.

En vertu d'une décision ministérielle en date du 19 juillet 1901, les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions, en cours d'études, sont dispensés du droit d'immatriculation et du droit de bibliothèque en vue du titre universitaire de *Médecin colonial*. Des dispenses, soit du droit d'immatriculation, soit du droit de bibliothèque, soit de l'un et de l'autre de ces droits, peuvent être concédées par la Faculté aux candidats au titre susvisé. Des dispenses de droit de laboratoire, portant sur un ou plusieurs trimestres, pourront être également accordées à cette catégorie d'étudiants.

Association générale des étudiants de Bordeaux.

L'A. G. des Etudiants de Bordeaux est une des Associations les plus prospères de France. Les Etudiants y sont groupés à deux degrés. Chaque Faculté forme une section, un groupe autonome lorsqu'il s'agit d'intérêts professionnels. Sections de: Droit, Médecine, Pharmacie, Sciences, Lettres; l'A. G. n'étant que la réunion de ces sections, pour la défense des intérêts particuliers à l'un des Etudiants, ou pour la défense d'intérêts généraux, c'est-à-dire, intéressant l'Etudiant à quelque Faculté qu'il appartienne, ou la corporation toute entière.

La section de Médecine est particulièrement remarquable par son organisation. Des conférences d'Internat et d'externat ont lieu périodiquement au Siège social. Il existe également un service de remplacements médicaux et Pharmaceutiques, ainsi qu'un organe bi-mensuel spécialement organisé.

Au Congrès International des Etudiants réuni à Marseille, les délégués de l'A.G. de Bordeaux ont été tout spécialement remarqués ; le Président de l'A., étudiant en médecine, a fourni un rapport sur la réforme des Etudes médicales, dont les conclusions ont été unanimement adoptées par les maitres et élèves réunis en Assemblée.

L'A.G. de Bordeaux, confortablement installée au centre des Facultés, s'occupe également de questions sociales et corporatives. (Restaurant Coopératif ; Universités Populaires etc.). Elle publie chaque année un annuaire, contenant l'historique de l'A., un résumé de l'action pendant l'année écoulée, ainsi qu'un plan d'action de l'année scolaire qui va s'ouvrir. Un secrétariat permanent est à la disposition des Etudiants et du Public, pour tous les renseignements désirables.

Thèses de la Faculté de Bordeaux.

1. Chamontin. Influence de la suggestion sur les soldats du Premier Empire. — Quentel. Sur la genèse et l'évolution normale de l'uréthrite gonococcienne chez l'homme. — Charrier. De la conduite à tenir dans les grands traumatismes des membres. — Perreaux. Appendicite pelvienne infantile. — Dupouy. La douleur à la pression du pneumogastrique au cou dans la tuberculose pulmonaire. — Dotézac. La hernie inguinale est-elle un accident du travail ? — Yvernogeau. Contribution à l'étude de la trichotillomanie. — Noury. Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosiques de la lèvre chez l'homme. — Robert. Etude sur les intoxications par les vapeurs d'alcool. Etude expérimentale et clinique ? —Duval. De la duplicité du canal génital (Anatomie et physiologie).

11. Delaboudinière. Des anomalies de l'uretère. — Delormeau. Contribution à l'étude de la scopolamine comme anesthésique général. — Lacouture. Contribution à l'étude des manifestations cliniques aiguës de la tuberculose appendiculaire. — Dénier. Hernies traumatiques du pancréas. —Lapouble. Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire. — Dumora. Paraphasie, jargonaphasie et démence. (Recherches cliniques et ana tomo-pathologiques). — Brouqueyre. De l'éosinophilie générale et locale dans les kystes hydatiques. — Plazy. Traitement du décollement de la rétine. — Lafont. De la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust. — Duburquois. Hématologie de la coqueluche.

21. Le Berre. Etude des causes de déchéance des races indigènes dans nos colonies. — Robin. De l'étiologie de la fièvre jaune. — Pichon. Les maladies vénériennes aux colonies. Leur prophylaxie dans l'armée coloniale. — Brochet. Essai de procédé manuel de topographie cranio-encéphalique. — Bodet. Des vices de réfraction de l'acuité visuelle du sens chromatique et du champ visuel dans l'armée et la marine. — Casabianca. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les nourissons. — Jambon. Des sinusites syphilitiques. — Breneau. Contribution à l'étude du délire alcoolique d'après 54 observations prises à la clinique psychiatrique de l'hôpital Saint-André. — Fauré. La neurasthénie traumatique chez les artério-scléreux. — Potel. Genèse et descendance. Etude critique d'un conflit moderne. (Contribution à l'histoire de la Biologie).

31. Gaillaud. Essai sur la cérébralité féminine. — Pochoy. Indications et contre-indications de la bronchoscopie supérieure et inférieure dans le cas de corps étrangers des voies aériennes. — Roton. Les kystes hydatiques du pancréas. — Bézos. Les tumeurs du grand pectoral. — Bouthillier. De l'iridectomie et de la sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome. — Hervé. Signes, diagnostic et traitement des abcès amygdaliens valeur des signes anciens. — Nicaudie. De la valeur diagnostique et pronostique de la diazoréaction dans la tuberculose. — Rouxel. Les teignes à l'Hôpital civil de Brest depuis 8 ans. — Gachet. Mouvements involontaires et stéréotypies des doigts s'organisant en tic dans le tabes. — Védy. L'eau de mer en thérapeutique et principalement chez les tuberculeux.

41. Dupin. Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? Résultats comparés des diverses méthodes. — Bardet. Du traitement chirurgical de l'éclampsie puerpérale. — Rioms. La torsion du pédicule des kystes para-ovariens. — Lefebvre. Contribution à l'étude de l'urétrotomie interne à sections multiples. — Delahet. Le tempérament bilieux. Etude historique, clinique, thérapeutique. — Bouissière. Traitement du cancer des paupières par les Rayons X. — Guiselin. Du cancer de l'ombilic. — Cheynel. De l'ovarite ourlienne. — Bouchaud. Contribution à l'étude de la médication formique. — Dahourcau. Sur le saprophytisme du bacille de Koch.

51. Espinasse. De la valeur de la funiculopexie et de l'extension élastique dans le traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — Popp. De l'évolution clinique et bactériologique des salpingites. — Vidal De l'aménorrhée (Etude du sang chez les aménorrhéiques). — Ducellier. Lumière et galvanocaustie. Installations sur canalisations électriques urbaines. — Audhuy. Radiothérapie coloniale. — Marque. De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite (traitement opératoire). — Besse. Grenouillette de la glande de Nuhn-Blandin. — Geoffroy. Modifications de la respiration dans l'hyperthermie expérimentale. Etude physiologique de pneumographie et de pneumochimie. — Badin. Recherche du Spirochète pallida dans les lésions superficielles de la syphilis. — Beinet. La tuberculose de la prostate.

61. Millon. L'empalement. —Laporte. L'ostéomyélite du pubis. — Lutaud. Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs par la méthode sanglante. — Villeneuve. La femme et la médecine. — Dufresne. Notes sur la vie et les œuvres de Vicq d'Azyr (1748-1794) Histoire de la Fondation de l'Académie de Médecine. — Duliscouet. Les lépreux au moyen-âge en France. — Salonne. Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral. Avantages du traitement par la suture. — Vouters. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. — Challier. Du choix d'un traitement dans l'épididymite tuberculeuse (Etat actuel de la question). — Blain. L'altruisme morbide dans la paralysie générale.

71 Renault. Sur un nouveau mode de traitement du coryza spasmodique avec ou aans hydrorrhée par les injections interstitielles de paraffine. — Bourrut-Lacouture. Contribution à l'étude anatomique des vestiges du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant. Leur rôle dans la production des kystes du cordon. — Sauvet. Importance du terrain dans l'évolution de la tuberculose. — Lepage. Le bacille de Koch dans les selles chez l'enfant. Technique et valeur diagnostique. — Guennoc. Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. — De Schacken. Etude de la bilharziose. Sa localisation vésicale au point de vue anatomo-pathologique. — Gunaud. Le classement des voix. — Récamier. Action des Rayons X sur le développement de l'os. — François. Le chancre induré de la main. — St-Marty. De la gymnastique respiratoire.

81. Huet. Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du signe d'Argyll-Robertson. — Sibenaler. L'âge du discernement. Considérations juridiques et médico-légales sur la responsa-

bilité de l'enfance coupable. — Mauvoisin. De l'otite moyenne et de la mastoïdite d'origine puerpérale. — Gaubil. Calculs et tumeurs du rein. — Armstrong. Critique des théories émises sur le bruit de rappel. — Benjamin. La colonisation pénale à la Guyane française. Considérations médicales, biologiques, économiques et sociales. — Boloquy. Sur une réaction oxydante des urines purulentes. — Denis. Contribution à l'étude clinique du Véronal. — Chancogne. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chronique d'emblée. — Bonnet. Contribution à l'étude des cellules de Purkinje dans l'évolution de la paralysie rabique expérimentale.

91. Nates. A propos d'observations de saturnins. — Bosredon. Péril vénérien et prostitution. — Fournival. Quelques considérations sur l'ataxie tabétique et son traitement par la rééducation des muscles. — Meignié. Contribution à l'étude des psychoses d'insolation. — Pons. Sur quelques interventions portant sur la zone génitale au cours de la grossesse (interventions dirigées contre le cancer et le fibrome exceptées). — Eyquard. Valeur comparée de la prostatectomie périnéale totale et transvésicale totale (Méthode de Freyer). — Peyri. Contribution à l'étude de l'action nervolytique de la bile et des sels biliaires. — Castet. Complications urinaires des fibromes de l'utérus. — Ferbos. Des exostoses de l'omoplate. — Garrot. Contribution à l'étude des kystes paradentaires intrasinusiens.

101. Granval. Le spasme nutant. — Cardialaguet. Nos connaissances actuelles sur la fièvre méditéranéenne en Tunisie. — Gougeon. Mastoïdite et mal de Pott cervical. — James. A propos de quelques cas de tétanie. — Montagné. Le malmenage vocal. — Parsat. Contribution à l'étude de la macroglossite aiguë. — Cassaigne. La paralysie générale en Charente. Considérations statistiques et étiologiques. Ses rapports avec l'alcoolisme. — Pagès. Contribution à l'étude des alcools et de leurs rapports avec la folie dans le département de la Charente. — Thébaud. Des différents procédés d'ouverture de l'oreille moyenne dans le traitement de l'otorrhée.— Larederie. Dyslalies et anomalies dentaires.

111. Michelet. De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale déviée. Indications. Technique. Résultats. — Miffre. Indépendance entre les signes subjectifs et le chimisme stomacal dans la dyspepsie hyperchlorhydrique.— Boisseuil. Contribution à l'étude du traitement médical des cataractes par l'iodure de potassium.— Baraton. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis acquise des paupières. — Stéphant. Complications des éventrations post-opératoires. — Debec. Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes (luxations en dehors). — Bonnin. L'intoxication saturnine par les eaux d'alimentation. — Ducuron-Tucot. L'alcoolisme en Armagnac. Contribution à l'étude du rôle du vin naturel et de son alcool dans la genèse de la folie alcoolique. — Théas. De la hernie inguino-interstitielle chez l'enfant. — Campana. De la pathogénie des formes cliniques et de la sérothérapie de la dysenterie bacillaire chez les enfants.

121. Massonnet. De l'écriture en miroir. Recherches expérimentales chez les aliénés. — Challoux. Contribution à l'étude de la synovectomie pour les tuberculoses du genou chez l'adulte en particulier. — Bonnet. Etude critique sur la parenté morbide du bégaiement avec les tics et les crampes fonctionnelles. — Aumont. La main-d'œuvre aux colonies françaises. — Chauvaud. Est-il possible de reconnaître le sexe de l'enfant pendant le cours de la grossesse ? — Lhept. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urèthre. — Fillion-Roux. La maternité devant la Société. — Michel. De la cure radicale de la hernie ombilicale par suture transversale. — Briau. D'un procédé de cure radicale de la hernie inguinale.

131. Geneuil. Méthodes pour déterminer le début de la coagulation du sang. — Vignes. Sur la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne. — Gineste. Des accidents consécutifs à la vaccination animale. — Gaillardon. Contribution à l'étude du reflux hépato-jugulaire. — Janicaud. Le traitement des otorrhées à la clinique d'oto-rhino-laryngologique de l'Université de Bordeaux. — Lemée. Sur les polypes naso-pharyngiens. Ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires. — Pioger. Les logements insalubres et la nouvelle législation sanitaire.— Simounet. De la torsion du pédicule dans les salpingites.— Gascoin. Contribution à l'étude de l'actinomycose en Touraine.

Date de mise en lecture des thèses de doctorat soutenues dans les Facultés de médecine.

On sait que les thèses soutenues dans chaque Université française ou étrangère sont expédiées aux autres Universités une fois par an, pendant les grandes vacances, et qu'elles n'arrivent généralement à destination que vers la fin du mois d'octobre.

Il en résulte pour nos Facultés de médecine françaises qu'une thèse soutenue à la rentrée prochaine, par exemple, ne parviendra aux autres Facultés qu'en octobre 1907. Le classement, l'inscription sur les catalogues, la reliure, prendront encore environ trois mois, de telle sorte que la mise en lecture d'une thèse de novembre 1906 n'aura lieu que vers janvier ou février 1908.

Nous apprenons qu'afin de faire bénéficier beaucoup plus les médecins et les étudiants des bons travaux faits dans les diverses Facultés de médecine françaises, et désireuse de voir conserver aux thèses de doctorat, qui sont mises si tardivement en lecture, toute leur utilité et toute leur pleine valeur d'actualité, l'Assemblée de la Faculté de médecine de Bordeaux a émis le vœu que les thèses soutenues dans chaque Faculté soient régulièrement envoyées aux autres Facultés de médecine françaises trois fois par an, en août, en janvier et pendant les vacances de Pâques.

En proposant ces dates, qui correspondent à des périodes de vacances, la Faculté de Bordeaux a voulu écarter toute objection motivée par des difficultés de service et elle a demandé, en outre, qu'au cas où le personnel des Bibliothèques universitaires ne pourrait pas être chargé de ce surcroît de travail, l'envoi des thèses destinées aux Facultés de médecine soit assuré aux dates indiquées par les soins de MM. les secrétaires des Facultés.

Nous nous associons au vœu émis par la Faculté de Bordeaux qui est tout à fait dans l'intérêt des étudiants.

SITUATION SCOLAIRE ANNUELLE.

Relevé numérique des étudiants en 1905-1906.

	Etudiants immatriculés ou ayant pris au moins une inscription.	Etudiants n'ayant pas pris d'inscription, mais ayant subi au moins un examen.	Etudiants n'ayant accompli aucun acte scolaire, mais dont les inscriptions ne sont pas périmées.	Nombre d'étudiants.	Reçus aux grades ou partis en 1905-1906	Nombre d'étudiants restant à la fin de l'année scolaire 1905-1906.
Doctorat						
1re année	61	»	(A) 74	135	10	125
2e —	112	4	119	235	(B) 34	201
3e —	137	1	19	157	7	150
4e —	174	4	14	192	18	174
5e —	8	132	14	154	126	28
Officiat	»	»	»	»	»	»
Sages-femmes	(C) 29	17	1	47	16	31
Chirurgiens-dentistes	(D) »	»	»	»	»	»
Médecin colonial	21	1	»	22	22	»
Pharmacie 1re classe.						
1re année	22	1	»	23	1	22
2e —	17	»	3	20	»	20
3e —	49	23	6	78	44	34
Diplôme supérieur	1	»	»	1	»	1
Doct. de l'Université	7	2	17	26	2	24
Pharmacie 2e classe.						
1re année	3	2	8	13	1	12
2e —	12	»	6	18	»	18
3e —	25	33	18	76	29	47
Herboristes	11	6	»	17	16	1
Totaux	689	226	299	1214	326	888

Inscriptions 1905-1906.

Inscriptions trimestrielles		
Doctorat, civils	1.022	2.153
— marins	645	
Officiat	»	
Pharmacie 1re classe, civils	265	
Pharmacie 1re classe, marins	52	
Pharmacie 1re classe, militaires	12	
— 2e classe	157	
Inscriptions trimestrielles		
Médecine	281	293
Pharmacie	12	
Prises par les Officiers de santé postulant le diplôme de docteur	»	
Total		2.446

(A) Dont la plupart, élèves des écoles annexes de la marine, vont entrer en 2e année. — (B) Dont un certain nombre d'élèves des écoles annexes de la marine, non admis à l'école principale de Bordeaux (élèves pourvus de 4 inscriptions partis pendant l'année scolaire). — (C) 29 élèves sages-femmes immatriculées, faisant leurs études à la Faculté, 34 élèves sages-femmes des Maternités sont en outre venues subir leurs examens à la Faculté.) — (D) Pour mémoire : 43 aspirants dentistes ayant subi des examens à la Faculté.

Examens de tous grades.

Examens de fin d'année

Officiat	»	130
Pharmacie de 1re classe	86	
— de 2e classe	24	
Examen de validation de stage, 1e classe.	18	
» » 2e classe.	2	

Examens probatoires.

Doctorat civils (Médecine)	704	1.725
— marins	449	
Officiat	»	
Chirurgiens-dentistes	112	
Sages-femmes de 1re classe	15	
— de 2e classe	62	
Diplôme supérieur de 1re classe (Pharm).	»	
Pharmaciens de 1re classe	191	
— de 2e classe	142	
Herboristes de 1re classe	15	
— de 2e classe	2	
Diplômes universitaires.		
Doctorat de l'Université (Médecine)	9	
Médecin colonial	22	
Doctorat de l'Université (Pharmacie)	2	
Pharmacien de l'Université	»	
Total		1.855

Nombre de thèses.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1905-1906.

Doctorat	139
Doctorat de l'Université (Médecine)	2
Diplôme supérieur de pharmacie	»
Doctorat de l'Université (pharmacie)	2
Total	143

Diplômes conférés.

Diplômes d'Etat.

Doctorat	139
Officiat	»
Chirurgien-dentiste	34
Sages-femmes de 1re classe	10
— de 2e classe	23
Diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe	»
Pharmaciens de 1re classe	44
— de 2e classe	27
Herboristes de 1re classe	14
— de 2e classe	2
Diplômes universitaires.	
Doctorat de l'Université (Médecine)	2
Médecin colonial	22
Diplôme de Doctorat de l'Université « Pharmacie »	2
Pharmacien de l'Université	»
Total	319

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

Doyen : M. Caubet.

Professeur honoraire : M. Basset.

Année scolaire 1905-1906

Semestre d'hiver (du 3 novembre 1906 au 28 février 1907)

Cours et conférences.

Anatomie : M. Charpy, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. — *Histol. norm. et embryologie* : M. Tourneux, professeur, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Anatomie et histologie* : M. Dieulafé, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Pathologie externe* : M. Pénières, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 h. — *Médecine opératoire* : M. Labéda, doyen honoraire, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 h. — *Pathologie générale* : M. Herrmann, professeur, lundi, mercredi et vendredi à ... — *Microbiologie* : M. Morel, chargé du cours, mardi, et samedi à 3 h. — *Pathologie interne* : M. André, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Thérapeutique* : M. Saint-Ange, professeur, lundi, mercredi et samedi à 4 h. — *Hygiène* : M. Gui...d, professeur, mardi, jeudi et vendredi à 4 h. — *Physique pharmaceutique* : M. Cluzet, agrégé, lundi, mardi et mercredi à 5 h. — *Zoologie* : M. Suis, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. 1/2. — *Pharmacie* : M. Ribaut, chargé de cours, mardi, jeudi et samedi à 2 h.. — *Matière médicale* : M. Bræmer, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 h. 1/2. — *Chimie minérale* : M. Aloy, chargé du cours, jeudi, vendredi et samedi à 5 heures.

Semestre d'été (du 1er mars au 31 juillet 1907).

Cours et conférences.

Physiologie : MM. Abelous, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h., et Bardier, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Chimie biologique* : M. Aloy, agrégé, chargé du cours, lundi et mercredi à 4 h. — *Physique biologique* : M. Marie, professeur, lundi à 10 h. 1/4, mardi et samedi à 5 h. — *Anatomie topographique* : M. Soulié, chargé du cours, lundi, mercredi et vendredi à 4 h.— *Pathologie externe* : MM. Mériel, agrégé et Bauby, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. — *Obstétrique* : M. Thoyer-Rozat, agrégé, lundi, mardi et mercredi, à 6 h. — *Pathologie interne* : M. R. Cestan, agrégé et Baylac, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Anatomie pathologique* : M. Tapie, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 h. — *Médecine légale* : M. Guilhem, professeur, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Médecine expérimentale* : M. Maurel, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Chimie et Toxicologie* : M. Frébault, professeur, mardi, jeudi et samedi à 2 h. — *Botanique* : M. Lamic, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Pharmacie* : M. Laborde, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. 1/2. — *Hydrologie et Minéralogie* : M. Garrigou, chargé de cours, jeudi, vendredi et samedi à 3 heures 1/2.

Cliniques.

Hiver. — *Clinique médicale* : M. Mossé, prof., mardi, jeudi et samedi à 8 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Jeannel, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 8 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Audebert, chargé de cours, mardi et samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies des enfants* (le jeudi, au Dispensaire, rue des Trois-Renards) : M. Bézy, professeur, mercredi, jeudi et samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies mentales* : M. Rémond, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2. — Visite à l'hôpital tous les jours. — **Eté.** — *Clinique médicale* : M. Caubet, Doyen, prof., mardi, jeudi et samedi à 8 h. — *Clinique chirurgicale* : M. E. Cestan, chargé de cours, lundi, mardi et mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Audebert, chargé du cours, jeudi à 9 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique* : M. Frenkel, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi à 10 h. 1/2. — *Clinique syphiligraphique et dermatologique* : M. Audry, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 1/2. — Visite à l'Hôpital tous les jours.

Travaux pratiques.

Hiver. — *Anatomie* : M. Dieulafé, agrégé, chef des travaux, tous les jours à 1 h. — *Anatomie pathologique* : M. Daunic, chef de travaux, jeudi et samedi à 2 h. — *Chimie* : M. Aloy, agrégé, chef de travaux, vendredi et samedi, à 8 h. ; Mailhe chef de travaux, lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. — *Physique* : M. Cluzet, agrégé, chef de travaux, mardi, jeudi et samedi à 10 h. — *Micrographie* : M. Gabelle, chef de travaux, mercredi à 9 h. — *Pharmacie* : M. N.... agrégé, chef de travaux, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2. — **Eté.** — *Physiologie* : M. Bardier, agrégé, chef de travaux, lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2. — *Histologie* : M. Soulié, agrégé libre, mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. — *Chimie biologique* : M. N.., chef de travaux, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Physique biologique* : M. Cluzet, agrégé, chef de travaux, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. Bauby, agrégé, chef de travaux, lundi, mercredi et vendredi à 1 h. — *Chimie* : M. Mailhe, agrégé chef de travaux, lundi, vendredi et samedi, à 8 h. ; Aloy, chef de travaux, lundi, mardi à 8 h. — *Micrographie* : M. Gabelle, chef de travaux, mercredi, jeudi et vendredi à 9 h. — *Pharmacie* : M. N..., agrégé, chef de travaux, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

Laboratoire des Cliniques (*Exercices pratiques à l'Hôpital*).

Anatomie pathologique : M. Rispal, agrégé libre, chef de travaux. — *Chimie appliquée à la pathologie* : M. Baylac, agrégé. — *Physique appliquée à la pathologie* : M. Sorel, chef des travaux. — *Propédeutique* : M. Rispal, agrégé libre.

Sages-Femmes.

Hiver. — *Accouchements* : M. Audebert, chargé de cours, tous les jours à 8 h. — *Cours théorique d'obstétrique* : M. Audebert, chargé de cours, jeudi à 9 h. 1/2 — *Anatomie, physiologie, pathologie élémentaires* : M. N...., lundi, mercredi et vendredi à 10 h. — **Eté.** — *Accouchements* : M. Audebert, chargé de cours, tous les jours à 8 h. — *Cours théorique d'obstétrique* : M. Audebert, chargé de cours, mardi, et samedi à 9 h.

Récompenses et prix décernés par la Faculté. — Bourses. — Dispenses.

Prix Lefranc de Pompignan. — Une rente de 1,700 francs par an, provenant d'un legs de M. le marquis Lefranc de Pompignan, permet de décerner, tous les trois ans, une bourse à l'étudiant en médecine ayant pris régulièrement, et sans interruption, pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat à la Faculté de Toulouse et s'étant distingué par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat reçoit 1,700 francs par an pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Ce prix sera décerné en juillet 1906.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 francs est décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années au moins dans la dite Ecole, y aura pris son grade avec le plus de distinction. En conséquence, ce prix sera décerné comme prix de thèse (Doctorat en médecine).

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 francs, dont le revenu est distribué annuellement sous forme de prix à des étudiants en médecine, un concours spécial est ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, entre les élèves de première année et entre les élèves de deuxième année.

Prix Bascou-Lhuillier. — Mlle Bascou a institué par testament un prix d'environ 2,000 francs, pour être décerné chaque année. Ce prix a été attribué à un élève de 3e année (12 inscriptions).

Prix du docteur Jessé. — Mme veuve Jessé a légué en 1903, à la Faculté, une somme de 20,000 francs pour la fondation d'un prix à décerner à l'étudiant le plus méritant de la Faculté. (Ce prix d'environ 600 francs est attribué à un étudiant ayant terminé sa scolarité.)

Prix Maury. — M. Maury a institué par testament trois prix annuels de 1,000 francs en faveur des étudiants dénués de fortune et les plus méritants, qui ont pris leur titre de docteur dans le courant de l'année. (La Faculté ne dispose pas encore de ce legs.)

Prix de la Faculté. — Ces prix consistent en médailles et livres, décernés, à la suite de concours de fin d'année, entre les étudiants tant en médecine qu'en pharmacie. Les titulaires des prix sont lauréats de la Faculté.

En dehors de ces prix et grâce à une subvention de l'Université, la Faculté délivre des mentions. — De plus, il est institué des prix de travaux pratiques décernés à la suite de concours à la fin de l'année scolaire.

Prix aux élèves sages-femmes. — Un concours est ouvert en fin d'année entre les élèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de 2e année ; une médaille de bronze et une mention honorable pour les élèves de première année.

Prix de Thèses. — Outre le prix Lasserre cité plus haut, des prix sont décernés aux auteurs des meilleures thèses soutenues dans l'année. (Médailles d'argent et de bronze.)

Bourses. — Des bourses nationales existent en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie. Les concours ont lieu dans la dernière quinzaine d'octobre. Pour la première année de médecine et de pharmacie, l'attribution de ces bourses a lieu sans concours ; elles peuvent être concédées à des étudiants ayant obtenu la note « *bien* » aux examens du baccalauréat (et 75 points aux examens du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pour la médecine).

Subvention du Conseil général de la Haute-Garonne. — Douze subventions annuelles de 250 francs chacune sont accordées par le Conseil général de la Haute-Garonne à des étudiants dont les familles habitent le département.

Dispenses. — Des dispenses du droit d'inscription sont accordées, chaque année, par la Faculté, à un dixième des étudiants astreints à ce droit. Les demandes en vue de ces dispenses doivent être remises avant le 25 octobre précédant l'année scolaire pour laquelle la remise est demandée.

Association générale des Etudiants de Toulouse.

Cette association a été fondée il y a environ 20 ans. Elle a non seulement pour but de piloter les étudiants nouveaux à Toulouse, de leur indiquer des logements et des restaurants. Elle possède une bibliothèque, reçoit un grand nombre de journaux de toute nuance politique ainsi que des revues littéraires, médicales, etc.., de plus un billard, un piano, des échecs et toutes sortes de jeux sont à la disposition des associés. Un petit orchestre d'Etudiants donne quelques auditions et la situation de l'A. au-dessus d'un café permet de servir des consommations à prix réduit. En outre, suivant l'état financier, l'A. donne quelques fêtes intimes ou « amicales » et annuellement le « bal de l'Université » ; quand les finances sont prospères, elle donne un ou deux grands concerts à ses Membres honoraires. — Un docteur prodigue gratuitement ses soins aux Membres de l'A.

Chaque camarade associé paie une cotisation mensuelle de deux francs ; mais l'équilibre du budget est surtout assuré par les cotisations des Membres honoraires, qui jouissent de tous les droits des membres actifs sauf du droit de vote, et par des subventions de l'Etat, de la Ville de Toulouse et de l'Université. — L'A. est dirigée par un Conseil d'administration composé de 30 membres élus parmi les membres actifs.

Toulouse, 25 octobre 1906.

Mon cher Directeur.

Très volontiers, avec l'affiche des Cours, je vous adresse quelques documents relatifs aux conditions d'ouverture de la présente année scolaire et particulièrement au point de vue des ressources nouvelles offertes aux étudiants.

L'annexe biologique précédemment signalée, s'organise sur six pavillons, quatre sont bâtis, trois sont complètement outiliés et fonctionnent ; la médecine expérimentale, la chimie biologique, la physique médicale, pour la partie plus spécialement didactique, la partie clinique étant représentée à l'Hôtel-Dieu, par un important et très complet laboratoire d'électrothérapie. Deux pavillons sont encore à bâtir sur des terrains municipaux, dont la livraison est prochaine.

En même temps, notre bibliothèque, trop à l'étroit depuis longtemps, s'accroît de l'annexion d'un pavillon qui contenait un grand amphithéâtre, celui-ci étant remplacé par des salles de conférences plus praticables, et pourtant plus pratiques. D'autres services attendent un développement nécessaire de leurs locaux, par la translation à l'annexe de l'anatomie pathologique et de la pathologie générale.

Une innovation importante du côté de l'enseignement : nous avons organisé un cours spécial et complet pour la préparation à l'école de santé militaire de Lyon. C'est une nécessité à Toulouse, où les candidats à ce concours sont toujours très nombreux.

Le chiffre de nos étudiants en médecine, ne décline pas, et il est à prévoir que la nouvelle loi militaire n'aura pas un retentissement marqué sur le recrutement des médecins : il n'en est pas de même en pharmacie ; le nombre des étudiants a diminué notablement, et nous n'avons plus — ce dont il faut se louer — que des candidats à la 1re classe. Ce déclin a des causes extra-universitaires, mais non extra-professionnelles.

Il convient d'indiquer dès maintenant, ne fusse que pour prendre date, l'espoir où nous sommes, de voir Toulouse dotée d'un hôpital neuf, suburbain, devant contenir de 500 à 600 lits. La municipalité et le Conseil des hospices sont attachés à cette lourde et intéressante entreprise. L'assistance publique et l'enseignement y trouveront un réconfort et un développement sur lesquels il est superflu d'insister.

Nous avons perdu un de nos vétérans, le docteur J. Noguès, ancien professeur de clinique médicale, qui s'est éteint dans sa 94e année ; M. E. Cestan a été promu professeur titulaire de clinique chirurgicale ; M. Ribaut, chargé de cours de pharmacie.

Caubet.

ECOLES DE PLEIN EXERCICE

Dans ces Ecoles, comme dans les Facultés de médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les trois premiers examens probatoires de doctorat.

École d'Alger.

Année scolaire 1905-1906.

Directeur : J. Curtillet.

Directeur honoraire : M. E. Bruch ;
Professeur honoraire : M. A. Treille.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. Ardin-Delteil A. Lundi et vendredi à

10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. VINCENT. Mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. ROUVIER. Mardi et jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CURTILLET. Mardi et samedi, à 10 h. — *Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées* : M. BRAULT. Mercredi et vendredi, à 10 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. CANGE, chargé de cours. Lundi (exercices ophtalmoscopiques), et jeudi, à 10 h.

Les cours du semestre d'hiver commenceront le 3 novembre 1906 et auront lieu dans l'ordre suivant :

(Pour le premier semestre, les registres d'inscriptions seront ouverts du 4 au 12 novembre.)

Anatomie : M. TROLARD. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — *Anatomie pathologique* : M. PLANTEAU. Mercredi et vendredi, à 4 h. ; au laboratoire d'histologie. — *Pathologie générale, microbiologie et parasitologie* : M. SOULIÉ. Lundi, mardi, samedi, à 5 heures, à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie externe* : M. CABANE, professeur suppléant. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. ; au grand amphithéâtre. — *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Mercredi, jeudi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Jeudi, vendredi, samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Lundi, mardi, mercredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. N..., Mardi, samedi, à 3 h. — *Anatomie topographique* : M. FERRARI, prosecteur d'anatomie, Jeudi, à 3 h. — *Physique biologique* : M. GRIMAL, professeur suppléant. Vendredi, à 3 h., à l'amphithéâtre de physique. — *Accouchements* : M. GONNARD, professeur suppléant. Mercredi et vendredi, à 5 heures, au grand amphithéâtre.

Travaux pratiques.

Anatomie : Dissection. M. N ..., chef des travaux anatomiques. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, à midi. — *Anatomie pathologique* : M. PLANTEAU, professeur. Jeudi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Microbiologie et parasitologie* : M. N.., chef des travaux pratiques. Vendredi et samedi, de 1 h. 1/2 à 4 heures (médecine) ; jeudi, de 1 h. 1/2 à 4 heures (pharmacie), au laboratoire de microbiologie à l'Institut Pasteur. — *Chimie, toxicologie et pharmacie* : M. MALOSSE Henri, chef des travaux pratiques. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique médicale* : M. MALOSSE Henri, chef des travaux pratiques. Vendredi, de 1 h. à 3 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. CHAPUS, professeur suppléant. Samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. au laboratoire d'histoire naturelle.

Les cours du semestre d'été commenceront le 1er mars 1907 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Histologie et embryologie : M. PLANTEAU. Lundi et mercredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Physiologie* : M. REY. Lundi, mercredi, vendredi à 2 h. 1/2, à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. SCHERB, professeur suppléant. Lundi, à 6 h., mercredi, vendredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Hygiène et médecine légale* : M. MOREAU. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Thérapeutique* : M. HÉRAIL, chargé du cours. Mardi et samedi à 3 h. 1/2, au laboratoire de thérapeutique. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. 1/2, à l'amphithéâtre de physiologie. — *Physique biologique* : M. GUILLEMIN. Mardi et samedi, à 4 heures (Médecine). — *Physique médicale* : M. GUILLEMIN. Mercredi, à 5 heures (Pharmacie) à l'amphithéâtre de physiologie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Médecine opératoire (conférences) : M. GOINARD, professeur suppléant ; M. FERRARI, prosecteur. Mardi et samedi, à 1 h. 1/2. — *Médecine légale* : M. CRESPIN, professeur suppléant. Lundi et jeudi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Chimie biologique* : M. GRIMAL, professeur suppléant. Lundi à 4 h. 1/2 et jeudi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Histoire naturelle médicale* : M. CHAPUS, professeur suppléant. Mardi à 4 h. et vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Minéralogie* : M. N..., professeur suppléant. Jeudi, et samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. REY, professeur ; M. JULIEN, préparateur. Mercredi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2 — *Histologie et embryologie* : M. N..., prof. sup. Mardi et samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Médecine opératoire* : M. GOINARD, prof. sup. ; M. FERRARI, prosecteur. Mardi, et samedi, de 2 h. à 3 h. 1/2. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Chimie et physique biologiques* : M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Jeudi, de 2 h. à 4 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. CHAPUS, prof. sup. Jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2 (Médecine). Vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2 (Pharmacie). — *Matière médicale* : M. N...., professeur suppléant. Jeudi et samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2 au laboratoire d'histoire naturelle.

Au commencement de chaque semestre, une affiche apposée à l'Ecole rappellera aux élèves les cours et les travaux pratiques auxquels ils sont soumis.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services durant les dernières années.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits, plus des cabinets, (pavillon Trousseau), est affecté au service des hommes ; les femmes occupent la moitié du pavillon Andral, 20 lits et des cabinets. Un laboratoire, sous la direction du chef de clinique, est annexé au service.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes ; les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat. Les malades hommes de la clinique d'ophtalmologie sont logés dans une salle du pavillon Dupuytren, les femmes dans une baraque (salle Daviel, 10 lits et une chambre de pansements) en face de la salle Bichat.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses ; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Ce service comprend 100 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune.

Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 16 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 12 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit : internes de 1re classe, 1,200 fr. ; — internes de 2e classe, 1,000 fr. ; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre ; pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Prix de l'Ecole de médecine.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 150 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 36 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie ; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupes de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1re année et les élèves en pharmacie de 3e année, ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e années y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un mi-

croscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire ; chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical. : au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique* ; au laboratoire. — *Droguier* : salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologie et Botanique) : au laboratoire d'histoire naturelle.

Ecole de Marseille.

Année scolaire 1905-1906.

Directeur : M. Queirel.— *Directeurs honoraires* : MM. Chapplain et Livon. *Professeurs honoraires* : MM. Sirus-Pirondi, Magail, Chapplain, Bouisson et Combalat.

Cours annuels.

Clinique obstétricale : M. Queirel, prof.-directeur. Tous les jours à 8 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Laget, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Boinet, professeur. Tous les jours, à 9 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delanglade, professeur. Mardi, mercredi, et vendredi à 8 heures du matin, samedi à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Imbert, professeur. Lundi, à 9 h. mardi à 10 h. jeudi, et vendredi à 9 heures du matin.— *Clinique infantile* : M. d'Astros, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures du matin. — *Clinique de dermatologie* : M. Perrin, professeur. Lundi et vendredi, à 10 heures du matin. — *Clinique ophtalmologique* : M. Guende, professeur. Mercredi et samedi à 8 heures 1/2 du matin. — *Maladies des organes génito-urinaires* : M. Escat, chargé de cours. Mardi, jeudi et samedi, à 11 h. du matin. — *Accouchements* : M. Lop, chargé de cours. Mardi, et samedi, à 5 h. 1/2. — *Gynécologie* : lundi; mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 M. Platon, chargé de cours. — *Clinique chirurgicale infantile* : M. Brun, lundi, mercredi, à 9 h. 1/2. — Enseignement colonial : *Pathologie et bactériologie des maladies exotiques* : M. Gauthier, chargé de cours. Lundi à 4 h. du soir. — *Histoire naturelle coloniale* : M. J. de Cordemoy, chargé de cours. Mardi et jeudi, à 5 heures. — *Hygiène coloniale ; climatologie* : M. Reynaud, chargé de cours. Mardi et samedi à 3 h. 1/2. — *Clinique des maladies exotiques*: M. Treille, chargé de cours. Tous les jours, à 9 heures du matin.

Semestre d'hiver.

Physique : M. Caillol de Poncy, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2 du soir.— *Histologie*: M. Jourdan, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures du soir.— *Pathologie externe* : M. Villeneuve, professeur. Lundi mercredi et vendredi, à 3 h. du soir. — *Médecine légale* : M. Fallot, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pharmacie* : M. Domergue, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 h.3/4. — *Anatomie* : M. Magon, professeur. Mardi à 2 h. jeudi à 5 h. 1/2 et samedi, à 11 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Alezais, professeur. Lundi et vendredi, à 4 h., jeudi, à 3 h. 1/2. — *Chimie* : M. Moitessier, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 3 heures du soir.— *Histoire naturelle* : M. Cotte, prof.-suppléant. Jeudi et samedi, à 5 heures du soir. — *Anatomie et physiologie* : M. Aubert, prof. suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Livon, professeur. Mardi, jeudi, et samedi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Physique biologique* : M. Caillol de Poncy, prof. Samedi, à 3 heures du soir. — *Histoire naturelle* : M. Heckel, professeur. Mardi, jeudi et samedi à 3 h.— *Thérapeutique* : M. Arnaud (F.), professeur mardi, jeudi et samedi à 5 h. 1/2.— *Médecine opératoire* : M. Cousin, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/2 du soir. — *Pathologie interne et pathologie générale* : M. Oddo, professeur. Mardi, jeudi, et samedi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Matière médicale* : M. Arthus, chargé de cours. Lundi, mercredi et vendredi à 4 h.1/2. — *Bactériologie* : M. Arthus, chargé de cours. Lundi, mercredi et vendredi à 2 h. 1/2. — *Physique et chimie* : M. Berg, professeur suppléant. Lundi et mercredi à 5 h.3/4 samedi à 5 h. — *Chimie biologique* : M. Berg, chargé de cours. Vendredi, à 4 heures du soir. — *Minéralogie et hydrologie* : M. Gerber, chargé de cours. Jeudi et vendredi à 5 h. 1/2.— *Pharmacie et matière médicale* : M. Gerber, professeur suppléant. Jeudi, à 4 h. 1/4 et vendredi à 3 h. 1/4 du soir. — *Pathologie et clinique médicales* : M. Arnaud (J.), professeur suppléant. Jeudi, et samedi, à 3 h. 1/2 du soir. — *Pathologie. Clinique chirurgicale et clinique gynécologique*: M. Reynès, prof.-suppléant. Lundi et jeudi à 5 heures du soir. — *Pathologie et clinique médicale* : M. Olmer, prof.-suppléant. Lundi et vendredi, à 4 h. 1/2. — *Pathologie et clinique chirurgicale et clinique obstétricale* : M. Silhol, prof. suppléant. Lundi, mercredi, et vendredi à 4 heures du soir.

Cours de vacances.

En 1903, M. le prof. Reynès, chirurgien des Hôpitaux, inaugura pendant l'été, un cours de clinique chirurgicale, comprenant les mardis et jeudis à l'Hôtel-Dieu, une leçon clinique, ou une séance d'opérations.

Ce cours d'été, a été une création personnelle.

Travaux pratiques.

Hiver : *Laboratoire des cliniques* : tous les jours à l'Hôtel-Dieu, exercices pratiques.— Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 1re et 2e années. Elles ont lieu le matin de 8 h. à midi et le soir de 2 h. à 5h., sous la direction de MM. le chef des travaux anatomiques, le prosecteur et les aides d'anatomie. Des conférences d'anatomie, ostéologie, arthrologie, myologie, seront faites par M. le chef des travaux anatomiques les lundi, mercredi et vendredi à 4 h. 1/2 du soir (une heure de durée). — *Chimie* : Lundi, mercredi, vendredi à 8 heures. Etudiants en pharmacie. — *Pharmacie* : Vendredi à 8 heures. Etudiants en pharmacie, 3e année. — *Médecine légale* : Soumis aux circonstances. — *Anatomie pathologique* : Lundi et vendredi, après le cours. — *Hygiène coloniale* : Mercredi, à 5 h. 1/4. — *Pathologie exotique* : Vendredi, à 4 heures.

Eté : *Laboratoire des cliniques* : tous les jours à l'Hôtel-Dieu, exercices pratiques. — *Physiologie* : jeudi, à 4 h. 1/2, étudiants en médecine 1re et 2e années.— *Histologie* : Lundi, mercredi, et vendredi à 3 h., étudiants en médecine 1re et 2e années.— *Anatomie pathologique* : Lundi, à 3 heures du soir. Etudiants en médecine, 3e et 4e années.— *Médecine opératoire* : Mardi, jeudi et samedi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine, 3e et 4e années. — *Physique* : Mardi à 10 heures. Etudiants en pharmacie de 3e année. — *Physique* : Samedi, à 3 heures. Etudiants en médecine, 2e année. — *Chimie* : Lundi, mercredi et vendredi à 8 heures. Etudiants en pharmacie. — *Pharmacie* : Vendredi à 8 heures. Etudiants en pharmacie de 3e année. — *Botanique* : Mardi, à 8 h. 1/2. Etudiants en pharmacie de 3e année.— *Botanique* : Samedi, à 8 h.1/2. Etudiants en pharmacie de 2e année. — *Bactériologie* : Lundi et mercredi à 3 h. 1/2. Etudiants en médecine, 3e et 4e années ; Etudiants en pharmacie de 3e année. — *Hygiène coloniale* : Mercredi à 5 h. 1/4. — *Pathologie exotique* : Vendredi à 4 heures.

Diplômes universitaires d'études médicales coloniales et d'études pharmeutiques coloniales.

Par arrêté du 31 juillet 1906, M. le Ministre a approuvé la délibération suivante du 31 juillet 1901, par laquelle le Conseil de l'Université d'Aix-Marseille a institué un diplôme d'études médicales coloniales et un diplôme d'études pharmaceutiques coloniales.

Le Conseil de l'Université d'Aix-Marseille, vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 ; vu la demande formée par l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ; délibère :

Art. 1er. — Il est institué à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille deux diplômes: l'un d'études médicales coloniales, l'autre d'études pharmaceutiques coloniales.

Art. 2. — Les aspirants au premier de ces diplômes doivent justifier du diplôme du docteur en médecine ; les aspirants au second de ces diplômes doivent justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe d'une des Facultés de médecine ou Ecoles supérieures de pharmacie de France.

Pourront également être admis, à titre d'aspirants, les médecins ou les pharmaciens étrangers dont le diplôme aura été déclaré équivalent au doctorat d'une Université française, mention *Médecine* ou mention *Pharmacie*.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie inscrits pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou pour celui de pharmacien de 1re classe, pourront suivre les cours de médecine ou de pharmacie coloniales durant leur scolarité, à partir de la 12e inscription, pour les médecins, et de la 8e inscription pour les pharmaciens, mais ils ne pourront subir les épreuves du diplôme et obtenir le titre que quand ils seront pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du diplôme de pharmacien de 1re classe.

Art. 3. — Trois mois de scolarité constatés par la présence aux cours, conférences et aux travaux pratiques, sont imposés aux aspirants. L'enseignement est à la fois théorique et pratique : le programme est arrêté par l'Ecole.

Art. 4. — L'examen porte sur les matières du programme de l'enseignement. Les épreuves se composent :

Pour les médecins coloniaux : 1° d'une épreuve écrite de 4 heures sur une question mixte de pathologie des maladies exotiques et d'hygiène des pays chauds ou de police sanitaire ; 2° d'une épreuve orale de clinique des maladies exotiques ; 3° d'épreuves pratiques de microbiologie, d'anthropologie et d'urologie se rapportant aux points qui intéressent la pathologie exotique.

Pour les pharmaciens coloniaux : 1° d'une épreuve écrite de 4 heures sur une question mixte de matière médicale et de bromatologie coloniale ; 2° d'une épreuve orale sur l'histoire naturelle (botanique, zoologie et minéralogie) et spécialement sur la parasitologie coloniale ; 3° d'épreuves pratiques de microbiologie coloniale, d'analyses de produits toxiques et pathologiques se rapportant aux maladies coloniales et d'analyses de produits alimentaires coloniaux. Le jury fixe la durée des épreuves orales et pratiques.

Art. 5. — L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille procède, chaque année, à deux sessions d'examen : la première, fin mars, et la seconde, fin juillet.

Art. 6. — Le jury chargé de faire subir les épreuves prévues à l'article 4 est composé : pour les médecins coloniaux, des professeurs : 1° de bactériologie et pathologie exotiques ; 2° de clinique des maladies exotiques ; 3° d'hygiène coloniale ; 4° d'histoire naturelle coloniale ; 5° du médecin militaire, directeur du service de santé du 15ᵉ corps d'armée ou de son délégué.

Pour les pharmaciens coloniaux, des professeurs : 1° d'histoire naturelle coloniale et parasitologie ; 2° de matière médicale et bromatologie coloniales ; 3° du professeur de pathologie et de bactériologie ; 4° du professeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie ; 5° du pharmacien principal de 1ʳᵉ classe de l'armée, pris dans le 15ᵉ corps, ou son délégué. Les jurys nommeront eux-mêmes leur président par l'élection à chaque session.

Art. 7. — Tout candidat qui aura été ajourné ou qui ne se sera pas présenté aux épreuves sans raison majeure, dont le jury appréciera la valeur, sera tenu d'accomplir une nouvelle période de scolarité pour se présenter à de nouvelles épreuves, sauf exonération accordée par le jury.

Art. 8. — Le diplôme est délivré par le président du Conseil de l'Université ; il est signé par les membres du jury et par le directeur de l'Ecole.

Arrêté du 11 décembre 1901.

Les droits à percevoir sont fixés comme il suit :

Immatriculation	20 fr.
Bibliothèque	10 fr.
Droit de laboratoire	90 fr.
Examen	30 fr.
Total	150 fr.

Association générale des étudiants de Marseille.

Cette Association a été fondée officiellement le 8 janvier 1903. Elle compte deux cents membres environ. L'ancienne Association des étudiants de Provence a été dissoute en juillet 1902. L'Association des étudiants de Marseille, en dehors des avantages matériels qu'elle offre aux étudiants, tend à devenir de plus en plus un *centre intellectuel*. Elle possède un organe mensuel : *Marseille-Etudiant*, placé sous le haut patronage des doyens, directeurs, professeurs des facultés et écoles, où, après les conseils de leurs aînés, les jeunes littérateurs et esthètes peuvent faire connaître leurs aspirations vers le beau et le vrai. De nombreux membres honoraires ont généreusement prêté leur appui moral et pécuniaire à l'Association, dont la prospérité ne fait qu'augmenter tous les jours.

L'A. vient récemment de transporter son siège dans un vaste local où l'on trouve une grande salle de réunion. Des journaux, un cabinet de lecture, une salle de billard, et un restaurant coopératif sont à la disposition des membres. La carte photographique donne droit à des réductions importantes dans tous les théâtres. L'A. organise enfin, chaque année, plusieurs réunions (bals, concerts, concours, etc.)

Services hospitaliers.

A l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital de la Conception, à l'hôpital Sainte-Marguerite, fonctionnent tous les jours, les services de médecine, de chirurgie, d'accouchements et de pathologie vénérienne. C'est la grande école pratique de Marseille : auprès des médecins et chirurgiens des hôpitaux les étudiants sont simplement stagiaires, ou internes et externes après avoir passé des Concours spéciaux.

Les Hôpitaux de Marseille reçoivent environ 10.000 malades actifs par an (médecine, chirurgie, accouchements). Tous les jours, dans la matinée, à l'Hôtel-Dieu, les médecins et chirurgiens-adjoints des hôpitaux assurent une consultation gratuite très fréquentée : on y examine environ 12.000 malades par an.

Pour les grands blessés de l'industrie, ou les blessures criminelles, un service de chirurgie d'urgence est assuré par les chirurgiens adjoints

Tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont recrutés au concours public. Henry Reynès.

Ecole de Nantes.

Directeur : M. A. Malherbe.

Secrétaire et bibliothécaire : M. Aubineau.

Commis au Secrétariat, M. Boutin.

Professeurs honoraires : MM. Heurtaux, ✲, Viaud-Grand-Marais, et Fleury, ✲.

A cette école, de même que dans les Facultés de Médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions, et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'école comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'école depuis le mois de novembre 1894.

Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur de la Faculté des sciences de Paris, délégué par le Ministre.

Année scolaire 1906-1907.

Semestre d'hiver.

Anatomie : lundi, mercredi et samedi, à 1 h., M. E. Bureau, prof. ; mardi et vendredi à 1 h., M. A. Monnier, prof. suppl. — *Chimie organique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h., M. Andouard, prof. — *Chimie minérale* : Mardi, 4 h. 1/2, jeudi, à 4 h. 1/2, et samedi 4 h. 1/2, M. Marguery, prof. suppl. — *Chimie analytique et toxicologie* : lundi et mercredi à 3 h. 1/2 M. Viaud, prof. suppl. — *Histoire naturelle* (zoologie, cryptogamie) : Mardi, jeudi, à 1 h., samedi, à 1 h. 1/2 M. L. Bureau, prof. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, à 2 h. 1/2, samedi, à 8 h. M. Ménier, prof. — *Pharmacie* : Lundi, mercredi et vendredi à 2 h. 1 4. M. Boutron, prof. — *Physique* : lundi, mercredi, et vendredi, à 5 h., M. Morin, prof. suppl. — *Accouchements* (enseignement théorique) : Mercredi, 4 h. 1/2, samedi, à 3 h., M. Grosse, prof. supp. — *Anatomie pathologique* : Mardi. et samedi, à 3 h. 1/2. M. Bureau G., prof. suppl. — *Conférences de pathologie externe* : Mardi, jeudi, à 4 h. 1/2, M. Guilbaud, prof. suppl. — *Pathologie médicale* : Lundi, à 5 h. 1/2, mercredi, et vendredi à 5 h., M. Monnier (U.), prof. — *Pathologie générale* : Lundi, vendredi à 3 h., M. Aubry, prof. suppl. — *Botanique générale* : Mardi, jeudi, à 10 h., M. Citerne, prof. suppl. — *Anatomie et physiologie des vertébrés* : Lundi, à 10 h., vendredi, à 3 h. 1/2, M. Col, prof. suppl. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., M. Poisson, prof. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., M. Hervouet, prof. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, et vendredi, à 4 h. M. Guillemet, prof. — *Clinique ophtalmologique* Lundi, mardi, jeudi, vendredi, samedi, à 1 h., M. Dianoux, prof.

Travaux pratiques.

Dissection : Tous les jours, à 2 h., M. Bahuaud, chef des travaux. — *Chimie générale* : Mercredi, vendredi, à 8 h., samedi, à 9 h. 1/2, M. Marguery, chef des travaux. — *Physique* : Lundi,

jeudi, à 8 h., M. G. Allaire, chef des travaux. — *Zoologie et Botanique* : Lundi, à 2 h., mardi, à 8 h. 1/2, mercredi, à 1 h., M. Col, chef des travaux. — *Anatomie pathologique* : Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2, M. G. Bureau, chef des travaux. — *Chimie analytique* : Mercredi, et vendredi, à 8 h., jeudi 8 h. 1/2, M. X.., chef des travaux. — *Bactériologie* : Mardi et vendredi, à 2 h., M. X.., chef des travaux.

Semestre d'été.

Chimie biologique : : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. M. Andouard, prof. — *Hygiène et Médecine légale* : Mercredi, à 3 h., samedi, à 5 h., M. Mirallié, prof. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., M. Rouxeau, prof. — *Histologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. M. Malherbe, prof. — *Accouchements* (enseignement théorique) : Mardi, samedi, à 5 h., M. Grosse, prof. suppl. — *Botanique* (*phanérog.*) (*Pharmacie*) : Mardi, jeudi, à 1 h., M. Citerne, prof. suppl. — *Botanique* (*phanérog*). *P. C. N.* : Lundi, à 9 h., jeudi, à 10 h. M, Col, prof. suppl. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 6 h. M. Bureau, prof. — *Pathologie chirurgicale*, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. M. Montfort, prof. — *Pharmacie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. 1/4, M. Boutron, prof. — *Bactériologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h., M. Rappin, prof. — *Parasitologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. L. Bureau, prof. — *Physique biologique* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2, M. Leduc, prof. — *Clinique chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., M. Vignard, prof. — *Clinique médicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., M. Ollive, prof. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. Guillemet, prof. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 h., M. Dianoux prof. — *Chimie analytique et toxicologie* : Mardi, mercredi, à 3 h. 1/2, M. Viaud, prof. suppl.

Travaux pratiques.

Chimie biologique : Mardi, samedi à 1 h. 1/2, M. Marguery, chef des travaux. — *Chimie générale* : Mardi, à 7 h. 1/2, mercredi, vendredi, à 8 h., samedi, à 9 h. M. Marguery, chef des travaux. — *Chimie analytique*. — Mercredi, vendredi, à 8 h., jeudi, 8 h. 1/2. M. X., chef des travaux. — *Physique* (1) : Jeudi, à 8 h., samedi, à 7 h. 1/2, M. G. Allaire, chef des travaux. — *Zoologie et Botanique* : Lundi, à 2 h., Mardi, à 8 h.. Mercredi, à 1 h. M. Col, chef des travaux. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 2 h. 1/2, M. X., chef des travaux. — *Histologie* : Mercredi, à 4 h., vendredi, à 1 h.. M. A. Monnier, chef des travaux. — *Physiologie* : Mardi, jeudi, samedi à 3 h., 1/2 M. Lemeignen, chef des travaux. — *Médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 4 h.. M. Joüon, prof. suppl. — — *Herborisation* : Tous les dimanches. M. Citerne, prof. suppl.

Cours complémentaires. — (Agréés par le Conseil de l'Ecole).

Clinique des maladies des voies urinaires : M. A. Malherbe, prof. Visites à 9 h. (salles 12 et 15.) — Polyclinique, lundi et mercredi à 10 h. — *Clinique des maladies mentales* : M. Biaute, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de la Loire-Inférieure. Visites, tous les jours à Saint-Jacques (quartier des aliénés). Leçons cliniques à l'Hospice-Général, tous les mercredis, à 2 h. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Mirallié, prof. Leçons théoriques (semestre d'hiver), mercredi, à 3 h., samedi, à 5 h. 1/2 Toute l'année, polyclinique, jeudi, à 10 h. — Visites des malades tous les jours à 9 h. — *Polyclinique de dermatologie et de syphiligraphie* : M. G. Bureau, chef des travaux d'Anatomie pathologique, mardi et samedi, à 10 h. (salle des consultations), hôpital. — *Orthopédie. Chirurgie infantile* : M. E. Jouon, professeur suppléant, samedi à 10 heures (salle des consultations). — *Polyclinique d'électrothérapie* : M. G. Allaire, chef des travaux physiques, mardi, mercredi et vendredi, à 9 h. (hôpital). — *Clinique des maladies des oreilles, du nez et de la gorge* : Dr Texier, lundi, jeudi et samedi à 9 heures (hôpital).

Orthopédie chirurgie infantile : M. Jouon, prof. suppléant. Samedi à 10 h. Salle des consultations (hôpital).

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. Hiver : *Cours*. Anatomie, petite chirurgie pansements. *Travaux pratiques*, Dissections, stage hospitalier. — Été : *C*. Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques, cliniques médicale et chirurgicale. *T. P.*, Histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Deuxième année*. Hiver : *C*. Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicale et chirurgicale *T. P.*, Dissections, stage hospitalier. — Été : *C*. Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques, cliniques médicale et chirurgicale. *T. P.*, Physique médicale. histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Troisième année*. Hiver : *C.*, Pathologie chirurgicale, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. *T. P.*, Stage hospitalier. — Été : *C*. Bactériologie, histologie, parasitologie, thérapeutique, pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. *T. P.*, Médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année*. Hiver : *C*. Pathologie chirurgicale, accouchements, cliniques, médicale chirurgicale, obstétricale, spéciales. *T. P.*, Anatomie pathologique, stage hospitalier. — Été : *C*. Bactériologie, pathologie médicale, thérapeutique, médecine opératoire, hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et spéciales. *T. P.*, Stage hospitalier, chimie clinique.

(1) Interrogations après les travaux pratiques aux élèves en pharmacie et du P. C. N.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. Hiver : *Cours*. Chimie minérale et organique physique, botanique générale, matière médicale, anatomie et physiologie des vertébrés. *Travaux pratiques*. Chimie minérale et organique, botanique appliquée, physique. — Été : *C*. Chimie organique, physique. *T. P.*, Chimie générale, physique, botanique appliquée, herborisations. — *Deuxième année*. Hiver : *C*. Chimie organique, chimie organique et toxicologie, matière médicale, histoire naturelle, anatomie et physiologie des vertébrés, pharmacie. *T. P.*, Chimie analytique, botanique appliquée. — Été : *C*. Chimie biologique, chimie analytique et toxicologie, pharmacie, botanique, bactériologie. *T. P.*, Chimie analytique, botanique appliquée, bactériologie, herborisations. — *Troisième année*. Hiver : *C*. Chimie générale et chimie organique, chimie analytique et toxicologie, matière médicale, physique, pharmacie. *T. P.*, Chimie analytique, botanique appliquée, physique. — Été : *C*. Chimie analytique et toxicologie, pharmacie, botanique, bactériologie, chimie et physique biologiques. *T. P*, Chimie analytique, botanique appliquée, bactériologie, herborisations.

Enseignement préparatoire

en vue du Certificat des Sciences physiques, chimiques et naturelles.

Cours. Hiver : Physique, chimie, histoire naturelle (botanique et zoologie). *Travaux pratiques* correspondant à ces cours. — Été : *Cours* : Physique, chimie, histoire naturelle, herborisations. *Travaux pratiques* correspondant à ces cours.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 11 heures du matin, et de 1 h. à 6 heures.

Le *Musée anatomique* et les collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Étudiants.

(*Après concours*.)

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Aide de clinique ophtalmologique. — Préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. — Préparateur des travaux de bactériologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur de physique et de pharmacie. — Préparateur d'histoire naturelle et de matière médicale.

Concours annuels.

Internat en médecine (20 titulaires et 7 provisoires). — Internat de Asile des aliénés (2 titulaires). — Externat en médecine (26 externes). — Internat en pharmacie (8 titulaires et 3 provisoires). — Prix de clinique. — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. — Prix pour les travaux pratiques de chimie. — Prix pour les travaux pratiques de micrographie.

Prix fondés par le Dr Emile Cossé. — Prix Marcé, 600 fr. et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe, 500 fr. et une médaille d'argent, au 1er du concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin, 400 fr. et une médaille d'argent, à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes, 200 et 100 fr.: 1er et 2e prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par Mme Allory. — Prix Allory-Gillois, quinquennal à partir de 1901. — 500 fr. et une médaille d'or au meilleur travail sur la phtisie pulmonaire.

N. B. — Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883). Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant trois ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux de la Ville.

Les examens de fin d'année des étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

Association Générale des Étudiants de Nantes.

(40, *rue de la Fosse*, 40.)

Cette Association fut fondée le 1er janvier 1889 ; elle compte deux cents membres actifs et plus de cent cinquante membres honoraires ; plus de la moitié des Etudiants des Ecoles de Nantes font donc partie de l'Association. Les membres honoraires sont recrutés parmi les hautes personnalités nantaises : professeurs de toutes les Ecoles, membres de toutes les Sociétés savantes, magistrats, officiers, grands industriels et commerçants. Toutes les Sociétés savantes, toutes les Sociétés de Bienfaisance demandent à l'Association son concours, qui ne leur est jamais refusé.

Son but est de grouper autant que possible tous les Etudiants des différentes Ecoles dans un même esprit d'union et de solidarité, de procurer à chacun d'eux des avantages intellectuels et matériels, de venir en aide aux camarades qui sont dans le besoin. L'Association offre à ses membres un lieu de réunion, actuellement 40, rue de la Fosse, un magnifique local au premier étage avec billard, fumoir, café, bibliothèque, musique, escrime, photographie, salle du Comité. La bibliothèque, grâce aux membres honoraires, est riche en ouvrages de médecine, de droit et de pharmacie ; tous les grands journaux de Paris et les journaux locaux font le service de l'Association ; enfin l'Association reçoit un nombre considérable de revues. L'Association donne des conférences de Droit, de Sciences, de Lettres, d'Art, etc., enfin il est d'usage d'offrir tous les mois un concert aux membres honoraires.

Le Comité se compose de 9 membres, pris 3 dans chaque section médecine, pharmacie, droit. La cotisation mensuelle est de 2 francs ; de plus, l'Association est subventionnée par l'Instruction Publique, le Conseil Général du département et le Conseil Municipal.

Nantes, le 12 octobre 1906.

Mon cher Directeur,

La situation de l'école de médecine de Nantes n'a pas varié notablement depuis l'année dernière. Les inscriptions, à quelques unités près, restent au même chiffre, un peu diminué par la disparition des pharmaciens de seconde classe.

Cette disparition qui doit être considérée comme un véritable bienfait, pour l'humanité au moins, lorsqu'elle aura porté ses fruits, a, en revanche, l'inconvénient d'entraîner une diminution notable dans les recettes des écoles de médecine de province. On sait que ces écoles ne reçoivent *pas un centime* de l'Etat. Elles lui rapportent les droits de certificat d'aptitude et de diplôme, pouvant varier, pour l'école de Nantes, de sept à dix mille francs, sans aucune contre-partie, tous les frais (175.000 francs environ) étant supportés par la ville et les étudiants. Ajoutons que l'école reçoit du Conseil général une subvention annuelle qui a été portée cette année à 25.000 francs.

Il semble fort illogique que l'on n'ait pas déjà donné aux écoles de plein exercice le droit de faire subir au moins deux examens probatoires de pharmacie alors que ces écoles font subir trois examens aux futurs docteurs.

Tout ce qui sera fait pour ces écoles sera d'excellente décentralisation. — La loi du service militaire de deux ans est encore trop récente pour que son influence se fasse déjà sentir sur notre population d'étudiants. Nous en reparlerons l'année prochaine.

Votre bien dévoué,

X.....

AVIS

Thèses de doctorat. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la liste des thèses des différentes Facultés qui leur permet de se rendre compte des sujets traités récemment.*

Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.

Ecole de Rennes.

Année scolaire 1906-1907.

Premier semestre (3 novembre au 15 mars).

Directeur : M. Perrin de la Touche.

Professeurs honoraires : MM. Bellamy, Dayot père, Louveau, Petit, Regnault et Perret.

Professeurs : MM. Lhuissier, anatomie ; Lefeuvre, physiologie ; Perrin de la Touche, histologie ; Bodin, anatomie pathologique et bactériologie ; Follet et Bertheux, clinique médicale ; Le Moniet et Dayot fils, clinique chirurgicale ; Véron, clinique obstétricale et gynécologie ; Bruté, clinique ophtalmologique ; Le Damany, hygiène et médecine légale ; Blin, thérapeutique ; Fleury, matière médicale ; Houlbert, histoire naturelle médicale ; Lenormand, chimie médicale ; Gastex (A.), physique médicale ; Laurent (A.), pharmacie.

Professeurs suppléants : MM. Lautier, chaires d'anatomie et physiologie ; Millardet et Dide, chaires de médecine ; Veron et Assicot, chaires de chirurgie et d'accouchement ; Bondouy, chaires de pharmacie et matière médicale; Perrier, chaires de physique et de chimie ; Lesage, chaire d'histoire naturelle.

Chefs de travaux : MM. Lautier d'anatomie et d'histologie Lefeuvre fils de physiologie ; Lenormand, de chimie médicale Castex, de physique médicale ; Houlbert, d'histoire naturelle médicale ; *Chefs de clinique* : Clinique médicale, M. Chevrel Clinique chirurgicale, M. Hardouin ; Clinique médicale, M. Marquis ; *Secrétaire* : M. Durocher.

Premier semestre (3 novembre au 15 mars).

Cliniques (A l'Hôtel-Dieu). — *Cliniques médicales* : MM. Bertheux, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. Follet, mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2. — *Cliniques chirurgicales* : M. Dayot fils, mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2 ; Le Moniet, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Véron, mercredi, vendredi, 10 h. — *Clinique ophtalmologique*, M. Bruté, lundi, vendredi, 3 h. 1/2. — *Clinique électrothérapique* : M. Castex, lundi, 8 h. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Bodin, vendredi, 8 h. 1/2.

Cours.

Anatomie : M. Lhuissier, nerfs craniens, centres nerveux, anatomie topographique, lundi, mercredi, vendredi, 3 h. 1/2 ; M. Lautier, nerfs périphériques, angéiologie, splanchnologie, mardi, jeudi, samedi, 3 h. 1/2; Lautier, ostéologie du 3 novembre au 2 décembre), arthrologie, myologie, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, 2 h. 1/2. — *Accouchements* : Veron, anatomie et physiologie obstétricales, accouchements eutociques, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Bodin, microbie générale, mardi, jeudi, samedi, 2 h. 1/2. M. Dide, anatomie et physiologie pathologiques du système nerveux, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Médecine légale* : M. Millardet : attentat aux mœurs, avortement, infanticides, intoxications, mardi, jeudi, samedi, 5 h. — *Physique* : M. Castex, optique et acoustique biologiques, mardi, jeudi, samedi, 4 h. 3/4. — M. Perrier, chaleur et électricité, mardi, 10 h. 1/2. — *Chimie* : M. Lenormand Chimie organique, série cyclique, lundi, mercredi, vendredi, 4 h. 3/4 M. Perrier, chimie clinique, mardi, 1 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : M. Houlbert. Zoologie, anatomie et physiologie élémentaires, mercredi, 9 heures ; protozoaires, métaloaires, spongiaires, mollusques, samedi, 9 heures ; parasitologie, lundi, 2 h. M. Lesage, botanique, cryptogames cellulaires, vendredi, 1 heure 1/2. — *Pharmacie* : M. Laurent. Pharmacie chimique minérale (métaux), et toxicologie (notions générales, études des métalloïdes et des métaux), mardi, jeudi, samedi, 5 heures.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Lautier, dissections tous les jours de 1 h. à 1 h. 1/2. (*Nota.* — Les étudiants en médecine de 1re année ne seront admis aux travaux de dissection qu'après avoir subi un examen d'ostéologie qui aura lieu le 3 décembre). — *Chimie* : M. Lenormand, analyse qualitative et quantitative, lundi, 8 h. 1/2, jeudi, 3 h. 1/2. — *Physique* : M. Castex, physique appliquée, mercredi, 2 h. — *Histoire naturelle* : M. Houlbert, travaux de micrographie végétale, jeudi, 8 h. 1/2.

Deuxième semestre (16 mars au 31 juillet).

Cliniques (A l'Hôtel-Dieu). — *Cliniques médicales* : MM. Bertheux, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. Follet, mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2. — *Cliniques chirurgicales* : M. Dayot fils, mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2 ; Le Moniet, lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Véron, mercredi, vendredi, 10 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruté, lundi, vendredi, 3 h. 1/2. — *Clinique électrothéra-*

pique : M. CASTEX, lundi, 8 h. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. BODIN, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2.

Cours.

Physiologie : M. LEFEUVRE, physiologie générale, fonctions de nutrition, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. — *Histologie* : M. PERRIN DE LA TOUCHE, anatomie microscopique des organes, mardi, jeudi. samedi, 5 h. — *Hygiène* : M. LE DAMANY, hygiène industrielle, alimentation, maladies professsionnelles, mardi, jeudi, samedi, 5 h. — *Pathologie mentale* : M. DIDE, cours à l'école le samedi à 4 h. Présentation de malades, le dimanche à 10 h., à l'asile département des aliénés. — *Thérapeutique* : M. BLIN, maladies de l'appareil respiratoire, du cœur, du foie et des reins, lundi, mercredi, vendredi, 5 h. — *Pharmacie* : M. BONDOUY, asepsie, antisepsie, médicaments pour l'usage externe, lundi, mercredi, jeudi, 4 h. 1/2. — *Chimie* : M. PERRIER, chimie biologique, mardi, 1 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : M. LESAGE, cryptogames vasculaires phanérogames, vendredi, samedi, 2 h. — *Matière médicale* : M. FLEURY, médicaments végétaux, mercredi, vendredi, samedi, 9 h.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. LEFEUVRE fils, travaux sur le programme du cours, mardi, jeudi, 3 h. — *Histologie* : M. LAUTIER, préparations miscroscopiques de tissus et d'organes, lundi, mercredi, vendredi, 3 h. — *Médecine opératoire* : M. ASSICOT, ligatures d'artères, amputations, désarticulations, mardi, mercredi, jeudi, 3 à 5 h. — *Physique médicale* : M. CASTEX, manipulations sur le programme du cours, mercredi, vendredi, 1 à 3 h. — *Chimie médicale* : M. LENORMANT, manipulations sur le programme des cours, essais des médicaments, lundi, 8 h. 1/2 ; mercredi, 1 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : M. HOULBERT, travaux de micrographie, mardi, jeudi, 8 h. ; M. LESAGE, herborisations (seront annoncées par affiches spéciales.)

Conférences de physiologie et d'allemand préparatoires à l'Ecole de Lyon (Une affiche spéciale indiquera les jours et heures des conférences.).

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole. Les inscriptions doivent être prises dans les quinze premiers jours de chaque trimestre ; elles ne seront délivrées qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité a été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologique et les collections d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'École (à la Bibliothèque municipale) est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 4 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

Travaux pratiques de bactériologie.

La bactériologie devenant de plus en plus nécessaire aux pharmaciens, M. le professeur BODIN a organisé, depuis 1905, pour les étudiants en pharmacie des travaux pratiques sur le plan général de ceux que l'on fait à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

En 15 séances, les étudiants font eux-mêmes les principales manipulations de bactériologie pouvant leur être utiles dans la pratique : fabrication des milieux, ensemencements, cultures artificielles, examen et coloration des microbes, inoculations expérimentales, recherche et diagnostic des principaux microbes pathogènes (diphtérie, tuberculose, streptocoque, gonocoque, staphylocoque, teignes).

Ces manipulations sont dirigées dans le sens pratique, c'est-à-dire que l'on cherche à y montrer aux étudiants que tout pharmacien peut, sans dépenses considérables, sans laboratoire spécial et s'il est suffisamment au courant, faire toutes les recherches ordinaires de bactériologie dont le médecin peut avoir besoin.

En raison de l'importance de ces travaux pratiques, sur laquelle il n'est pas besoin d'insister, il a été décidé qu'un nouveau laboratoire de bactériologie, attenant à celui qui existe déjà, serait construit avec les récents pavillons de l'école de médecine. Ce laboratoire de bactériologie, actuellement en construction, qui sera réservé exclusivement aux élèves pourra abriter 16 travailleurs. Il sera disposé de telle sorte que chaque élève y aura sa place spéciale et y trouvera tous les appareils les plus récents pour les recherches bactériologiques.

Ce laboratoire restera d'ailleurs largement ouvert aux travailleurs qui désireront, après les travaux pratiques, continuer les études de bactériologie.

Association générale des Etudiants

3, rue de Bourbon, 3, Rennes.

Il a été fondé à Rennes en 1886 entre les Etudiants et sous la présidence d'honneur de Monsieur le Recteur d'Académie une association sous le titre de : Association générale des Etudiants. Cette association a pour but :

1° De faciliter les relations respectueusement amicales entre les professeurs et les étudiants ;

2° De resserrer les liens de solidarité et de camaraderie entre la jeunesse des différentes Facultés et Ecoles et de créer un centre de relations amicales ;

3° De grouper les étudiants dans l'intérêt de leurs études, d'entretenir chez eux l'esprit de corps, les sentiments d'honneur et de patriotisme.

4° De prendre en main la défense de leurs intérêts légitimes : de leur permettre au moyen de l'Association, de réaliser toute une série d'avantages et d'économies sur leurs dépenses.

Ainsi, l'Association assure à ses membres, au centre de la ville et près des facultés, un lieu de réunion où ils peuvent discuter leurs intérêts en un local extrêmement gai ; elle met à leur disposition des salles de correspondance, de lecture, de café, de musique, une bibliothèque ; elle organise des fêtes, des concerts, des bals de bienfaisance, etc. L'Association a son médecin et son pharmacien.

En résumé, l'Association générale des étudiants de Rennes facilite à ses membres la vie matérielle et intellectuelle, point très important pour les jeunes gens venant de loin et laissés à eux-mêmes dans une ville qu'ils ne connaissent pas et dont ils ignorent les ressources. Aussi, désireux de faire plaisir à ses camarades, le comité de l'A, se tient-il à la disposition de ceux qui voudront bien lui demander des renseignements.

Enseignement psychiatrique à l'Ecole de Rennes. (M. le Dr DIDE, professeur suppl., chargé du cours). Ce cours comporte 24 leçons, 12 leçons théoriques sont faites à l'Ecole de médecine où les questions de doctrine, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la classification, sont étudiées ; 12 leçons cliniques sont faites à l'Asile d'aliénés de Rennes. Un plan préétabli permet de présenter aux étudiants des cas typiques des différentes formes mentales. Ce cours, bien qu'il ne comporte pas de consécration pratique aux examens, est suivi par un très grand nombre d'élèves.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Les élèves en médecine peuvent prendre dans ces écoles les 12 premières inscriptions de Doctorat. Ils peuvent en outre passer devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie.

Ecole d'Amiens.

Directeur de l'École : M. MOULONGUET.
Secrétaire de l'École : M. CH. DE SAINT-ACHEUL.

I. — Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.)

Chimie : M. PANCIER, jeudi, de 8 h. à 9 h. 1/2, samedi de 9 h. 3/4 à 11 h. 1/4. *Physique* : M. BLEIN ; lundi, mercredi de 10 h. 1/2 à 12 h. — *Botanique* : M. MOYNIER DE VILLEPOIX, samedi, de 4 h. à 5 h. 1/2. . — *Zoologie* : M. HAUTEFEUILLE, mardi, de 4 h. à 5 h. 1/2. — *Travaux pratiques de chimie* : M. SAUNÉ ; lundi, de 1 h. 1/2 à 5 h., mardi, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, vendredi, de 8 h. à 10 h. 1/2. — *Travaux pratiques de physique* : M. LEFÈVRE ; jeudi, de 2 h. à 5 heures. — *Travaux pratiques de botanique* : M. MOYNIER DE VILLEPOIX. ; mercredi, de 2 h. à 5 heures. — *Travaux pratiques de zoologie* : M. HAUTEFEUILLE, vendredi, de 2 h. à 5 heures. (Ces cours ont lieu rue de Guyenne).

II. — Médecine.

Clinique médicale : M. BERNARD, lundi, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. PEUGNIEZ, mardi, samedi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. FOURNIER, mercredi, vendredi, à 9 h. (Ces 3 cliniques ont lieu à l'Hôtel-Dieu. — *Clinique ophtalmologique* (Hospice St-Victor) : M. FAGE, mercredi, à 10 h. — *Travaux anatomiques* (Hôtel-Dieu) : M. LABARRIÈRE ; tous les

jours de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Anatomie* (Hôtel-Dieu) : M. LABARRIÈRE ; mardi, mercredi, jeudi, à 3 h. 1/2. —*Anatomie* (Hôtel Dieu : M. PRUVOST, lundi, vendredi, à 3 h. 1/2.— *Pathologie externe* (Hôtel-Dieu) : M. MOULONGUET : mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2. — *Pathologie interne* (Hôtel-Dieu) : M. DÉCAMPS ; lundi mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2. — *Parisitologie* (3e année) ; (rue de Guyenne) : M. HAUTEFEUILLE ; mercredi à 3 h. 1/2. — *Démonstration d'anatomie pathologique* (Hôtel-Dieu) : M. HAUTEFEUILLE ; divers, à 10 heures.

III. — Pharmacie.

Travaux pratiques, chimie, physique et pharmacie : M. SAUNÉ ; mardi, de 9 h. à 12 h., jeudi, de 9 h. 1/2 à 12 h., vendredi, de 8 h. à 10 h. 1/2. — *Chimie organique* : M. PANCIER ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. — *Chimie générale*, jusqu'au 1er février : M. PANCIER ; Jeudi, de 8 h. à 9 h. 1/2, samedi de 9 h. 3/4 à 11 1/4 ; à partir du 1er février : M. SAUNÉ, vendredi, à 11 heures. — *Physique* : M. POINTELIN ; mercredi, samedi, à 8 h. 1/2. — *Histoire naturelle* (invertébrés) : M. HAUTEFEUILLE ; lundi, à 10 h. 1/2, mercredi, à 3 h. 1/2. — *Matière médicale* : M. FICQUET ; mardi, vendredi, à 3 heures. — *Chimie analytique* : M. PANCIER : mardi à 8 heures. (Tous ces cours ont lieu rue de Guyenne).

IV. — Sages-femmes (Cours annuel).

Pathologie et accouchements : M. FOURNIER ; mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — *Anatomie, physiologie et pathologie*, M. DEGOUY jeudi, à 11 heures. — *Théorie et pratique des accouchement* : M. DEGOUY, vendredi, à 11 heures. — *Anatomie, physioloie et pathologie* (1re année) : Mlle X..... lundi, mercredi, à 2 h. — *Théorie et pratique des accouchements* (2e année) : Mlle X.... ; mardi, samedi, à 2 heures. (Ces conférences auront lieu à l'Hôtel-Dieu).

Pour tous renseignements et pour les inscriptions, s'adresser au secrétaire de l'Ecole, 49, rue de la République, Amiens.

Association des Etudiants d'Amiens : cotisation annuelle 12 fr.

Ecole d'Angers.

Directeur : M. LEGLUDIC.

Professeurs honoraires : MM. BAHUAUD et RAIMBAULT.

La circonscription de l'Ecole comprend les départements de Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe.)

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Ouverture des cours, le 3 novembre 1906.

Semestre d'hiver (*3 novembre au 31 mars*).

Clinique interne : M. JAGOT, professeur. Mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. Chef de clinique : M. ROGUET. — *Clinique externe* : M. MONPROFIT, professeur. Mardi, samedi, 8 h. 1/2. Chef de clinique : M. ROYER. — *Clinique obstétricale* : M. BOQUEL, professeur. Lundi, jeudi, 10 heures. Chef de clinique : M. TURLAIS. — *Clinique ophtalmologique* : M. MOTAIS, professeur. Mercredi, vendredi, 10 heures. — *Anatomie* : M. MAREAU, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, 3 h. 1/2. — M. MARTIN, chef des travaux anatomiques. Mardi, jeudi, samedi, 3 h. 1/2. — *Pathologie externe* : M. BRIN, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, 4 h. 1/2. — *Pharmacie et Matière médicale* : X...., suppléant. Lundi, vendredi, 1 heure. — *Physique* : M. SARAZIN, professeur. Lundi, vendredi, 2 h. 1/2. — *Hygiène publique et privée* : M. ROGUET, suppléant. Mardi, jeudi, 4 h. 1/2. — *Chimie minérale* : M. ALLANIC, suppléant. Lundi, vendredi, 4 heures. — *Histoire naturelle* : M. THÉZÉE, professeur. Mercredi, 1 h. 1/2. — M. MONTIER, suppléant. Lundi, vendredi, 10 heures. — *Anatomie pathologique* : M. PAPIN, chef des travaux histologiques. Lundi, 3 h. 1/2. — TRAVAUX PRATIQUES : *Anatomie* : M. MARTIN, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 1 heure à 3 h. 1/2. — *Chimie* : M. ALLANIC, chef des travaux physiques et chimiques. (Etudiants en pharmacie). 1re année, lundi, 8 h., mercredi, 2 h. 1/2 ; 2e et 3e années, mercredi, vendredi, 8 heures. — *Physique*, jeudi, 2 heures 1/2. — *Bactériologie* : M. PAPIN, chef des travaux histologiques. Lundi 8 heures.

Semestre d'été (*1er avril au 31 juillet*).

Clinique interne : M. JAGOT, professeur. Mercredi, vendredi, 8 h. 1/2. Chef de clinique : M. ROGUET. — *Clinique externe* : M. MONPROFIT, professeur. Mardi, samedi, 8 h. 1/2. Chef de clinique : M. ROYER. — *Clinique obstétricale* : M. BOQUEL, professeur. Lundi, jeudi, 10 heures. Chef de clinique : M. TURLAIS. — *Clinique ophtalmologique* : M. MOTAIS, professeur. Mercredi, vendredi, 10 heures. — *Physiologie* : M. LEGLUDIC, professeur. Mardi, jeudi, samedi, 7 heures. — *Pathologie interne* : M. THIBAULT, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, 7 heures. — *Histologie* : M. PAPIN, chargé de cours. Mardi, jeudi, samedi, 2 heures. — *Histoire naturelle* : M. THÉZÉE, professeur. Lundi, vendredi, 1 h. 1/2. — M. MONTIER, suppléant. Lundi, 10 heures. — *Chimie organique et toxicologie* : M. A. TESSON, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures. — *Anatomie topographique* : M. MARTIN, suppléant. Lundi, vendredi, 4 heures. — *Chirurgie d'armée et médecine opératoire* : M. R. TESSON, suppléant. Mardi, samedi, 5 heures. — *Physique* : M. SARAZIN, professeur. Lundi, vendredi, 2 h. 1/2. — *Pharmacie et matière médicale* : M. TABUTEAU, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, 7 h. — *Bactériologie* : PAPIN, chef des travaux histologiques. Vendredi, 5 heures. — TRAVAUX PRATIQUES : *Physiologie* : M. TURLAIS, chef des travaux de physiologie. Lundi, 4 heures. — *Histoire naturelle* : M. THÉZÉE, professeur. Mardi, samedi, 8 h. 1/2. — *Chimie* : M. ALLANIC, chef des travaux physiques et chimiques. (Etudiants en pharmacie) 1re année, lundi, 2 heures 1/2 ; 2e et 3e années, mercredi, vendredi, 8 heures. — *Physique* : mardi, 4 heures. — *Histologie* : M. PAPIN, chef des travaux histologiques. Mardi, jeudi, 2 heures. — *Bactériologie* : samedi, 5 heures.

Cours et travaux pratiques obligatoires. — *Etudiants en médecine.* SEMESTRE D'HIVER. — 1re année : Anatomie (les deux cours). Histologie. Physique biologique. Clinique interne Clinique externe. Clinique ophtalmologique. Travaux pratiques de dissection. — 2e année : Anatomie (les deux cours). Histologie. Physique biologique. Pathologie externe. Clinique interne. Clinique externe. Clinique ophtalmologique. Travaux pratiques de dissection. — 3e année : Anatomie topographique. Pathologie externe. Clinique externe. Clinique interne. Clinique obstétricale. Clinique ophtalmologique. Anatomie pathologique. Travaux pratiques d'anatomie topographique. — SEMESTRE D'ÉTÉ. 1re année : Histologie. Physiologie. Chimie biologique. Bactériologie. Clinique interne. Clinique externe. Clinique ophtalmologique. Travaux pratiques de physiologie, d'histologie et de bactériologie. — 2e année : Histologie. Physiologie. Chimie biologique. Bactériologie. Pathologie interne. Clinique interne. Clinique externe. Clinique ophtalmologique. Travaux pratiques de physiologie, d'histologie, de bactériologie et de chimie biologique. — 3e année : Pathologie interne. Histoire naturelle (parasitologie). Clinique externe. Clinique interne. Clinique obstétricale. Clinique ophtalmologique. Médecine opératoire. Travaux pratiques de médecine opératoire. *Etudiants en pharmacie.* SEMESTRE D'HIVER : Pharmacie et matière médicale. — Physique. — Chimie. — Histoire naturelle. — Travaux pratiques de chimie et de physique. — SEMESTRE D'ÉTÉ : Chimie et toxicologie. — Histoire naturelle. — Physique. — Travaux pratiques de chimie, d'histoire naturelle, de physique et de bactériologie.

Enseignement préparatoire *au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* — Cet enseignement a été institué à l'Ecole d'Angers par décision ministérielle du 27 octobre 1894, et par application de l'article 7 du décret du 31 juillet 1893. Deux sessions d'examens ont lieu, à Angers en juillet et novembre, sous la présidence d'un professeur de la faculté des sciences de Rennes. — SEMESTRE D'HIVER. — *Cours* : Zoologie, botanique, chimie, chimie analytique, physique. (Travaux pratiques correspondant à ces cours). — SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Cours* : Chimie, chimie analytique, physique, zoologie, botanique et herborisations. (Travaux pratiques correspondant à ces cours).

Des conférences spéciales préparatoires à l'École du Service de Santé militaire seront faites à partir du 1er décembre, conformément au programme d'admission à l'Ecole. La Bibliothèque et le Musée de l'Ecole sont ouverts tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 à 5 heures.

Angers, le 15 octobre 1906.

Mon cher Directeur,

Vous me demandez de vous résumer les faits principaux de la dernière année scolaire ; ma réponse sera courte, car l'année 1905-1906 s'est écoulée sans changements notables.

Au point de vue du personnel, je n'ai à mentionner que la nomination de M. le Dr Montier, après concours, à la place de suppléant d'histoire naturelle, et la démission de M. le Dr Coudrain, suppléant de pharmacie et matière médicale, qui a quitté Angers.

Nous nous efforçons particulièrement d'accroître le matériel scientifique dans les divers laboratoires, où les travaux pratiques sont de plus en plus recherchés par les étudiants.

D'importants projets sont à l'étude pour l'amélioration de l'Ecole ; les plans et devis sont arrêtés pour la construction de laboratoires de pharmacie et de physique, l'agrandissement du pavillon de dissection, l'organisation d'un droguier et l'aménagement de vitrines de minéralogie. Mais il

serait prématuré d'insister, avant que les commissions municipales les aient examinés et acceptés.

Agréez, mon cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs et dévoués sentiments.

Dr X.

Ecole de Besançon.

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907

Directeur : M. PRIEUR. — *Secrétaire* : M SUFFREN.
Directeurs honoraires : MM. SAILLARD et DRUHEN.
Professeurs honoraires : MM. DRUHEN et SAILLARD.

Semestre d'hiver, *3 novembre.*

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : lundi, mercredi et vendredi à 9 h. M. GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : mardi, jeudi et samedi, à 9 h. M. CHAPOY, professeur. — *Clinique obstétricale* : mardi, et samedi, à 3 h. Cours théorique M. BAIGUE, professeur. — *Anatomie descriptive* : lundi, mardi, vendredi et samedi, à 5 h. 1/2. M. MANDEREAU, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* : tous les jours, de 1 h. 5 h. M. MANDEREAU. — *Anatomie* (leçons complémentaires): mercredi et samedi, à 5 h 1/2. M. LIMON, professeur suppléant. — *Anatomie* (conférence préparatoire au concours d'admission à l'école de santé militaire de Lyon) : mardi, à 4 h. M. LIMON, professeur suppléant. — *Eléments de pathologie générale et de séméiologie clinique* : samedi, à 4 h. M. LEDOUX, professeur suppléant. — *Pathologie interne* : lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 3/4. Conférence, samedi à 10 h. 3/4. M. ROLAND, professeur. — *Séméiologie médicale* : mardi à 10 h. 3/4. M. BRUNSCHWIG, chef de clinique. — *Pathologie externe* (cours complémentaire) mardi et jeudi, à 11 heures. Conférences, vendredi à 5 heures. : M. HYENNE, professeur suppléant. — *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. Conférence, jeudi, à 10 h. 1/2 M. MORIN, prof. suppléant. — *Chimie minérale* : Cours, samedi à 9 h. 1/4. M. ZORN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques* : jeudi et samedi, à 1 h. M. ZORN, professeur suppléant. — *Pharmacie* : mercredi, à 10 h. et samedi à 10 h. 1/2. M. SÉCRÉTANT, professeur suppléant. — *Physique pharmaceutique* : mercredi, 11 h. et vendredi, à 10 h. M. MALDINEY chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique*, vendredi à 11 h. : M. MALDINEY, chargé du cours. — *Chimie biologique* : mardi et vendredi, à 8 h. M. N.... professeur suppléant. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée*: mardi, à 9 h. M. MARCEAU, chef des travaux. — *Matière médicale* : lundi, mardi et vendredi, à 2 h. M. THOUVENIN, professeur. — *Minéralogie et hydrologie* : lundi à 10 h. M. THOUVENIN, professeur. — *Bactériologie* : samedi, à 4 h. 1/2. N..

Semestre d'été, *15 mars.*

Clinique médicale : lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. M GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : mardi, jeudi et samedi, à 9 h. M. CHAPOY, professeur. — *Clinique obstétricale* : mardi, jeudi et samedi, à 3 h. M. BAIGUE, professeur. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : a) travaux pratiques de médecine opératoire (du 15 mars au 31 mai), tous les jours, jeudi et dimanche exceptés, de 5 h. à 7 h.; samedi, à 5 h. b) cours de pathologie externe (du 1er juin au 31 juillet) : lundi et vendredi, à 11 h. : M. HEITZ, professeur. — *Histologie normale et embryologie* : lundi, mardi, mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2. Conférence, samedi, à 5 h. M. PRIEUR, professeur. — *Anatomie et histologie pathologiques* : conférence mardi, à 4 h. 1/2. M. LEDOUX professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique* : mercredi, à 4 h. 1/2 : M. LEDOUX, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de pharmacie* : jeudi, à 9 h. 1/2. M. SÉCRÉTANT, professeur suppléant. — *Physiologie* : mardi, jeudi et samedi, à 11 h. du matin. M. BOLOT, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : jeudi, de 2 h. à 4 h. M. LIMON, chef des travaux. — *Séméiologie medicale* : mercredi à 8 h. M. BRUNSCHWIG, chef de clinique. — *Botanique médicale* : mardi et vendedi, à 8 h. Herborisation le dimanche. M. MAGNIN, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : mardi, à 9 h. M. MARCEAU, chef des travaux. — *Physique médicale et biologique* : mercredi et vendredi, à 10 h. 3/4. M. MALDINEY, chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique médicale* : vendredi, à 11 h. M. MALDINEY, chargé du cours. — *Anatomie et histologie pathologique, bactériologie médicale* : mardi et mercredi, à 4 h. N... professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'histologie pathologique et de bactériologie* : samedi, à 4 h. N....., professeur suppleant — *Chimie minérale* : mercredi à 5 h. et samedi à 8 h. M. ZORN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : jeudi et samedi, à 1. h. M. ZORN, professeur suppléant. — *Toxicologie* : vendredi, à 10 h. M. ZORN, professeur suppléant. — *Zoologie médicale* : mercredi à 10 h. 1/2, le vendredi, à 10 h. Conférence, le lundi, à 4 h. 1/2. M. MARCEAU, professeur suppléant. — *Minéralogie et Hydrologie* : jeudi, à 10 h. M. THOUVENIN.

Inscriptions. — Ouverture et clôture des registres d'inscriptions. — Le registre des inscriptions est ouvert : pour le premier trimestre de l'année scolaire, du 15 octobre au 15 novembre (les étudiants admis au certificat d'études P. C. N., pendant la session de novembre ont un délai de huit jours pour s'inscrire après leur réception). Pour le 2e trimestre, du 1er au 15 janvier. — pour le 3e trimestre, du 1er au 15 mars. — pour le 4e trimestre, du 1er au 15 mai. Les emplois ci-après sont conférés à des étudiants : 1 Prosecteur, au traitement annuel de 250 fr. ; 1 aide d'anatomie, au traitement annuel de 150 fr ; 4 Préparateurs, au traitement annuel de 250 fr. chacun. — L'Hôpital Saint-Jacques dispose de 4 places d'internes rétribués et de 6 places d'externes. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétaire de l'Ecole.

Ecole de Caen.

Directeur : M. le Dr AUVRAY.

Année scolaire 1906-1907.

L'OUVERTURE DES COURS EST FIXÉE AU 3 NOVEMBRE.

Semestre d'hiver, *du 3 novembre au 15 mars.*

COURS OBLIGATOIRES. — *Clinique chirurgicale.* M. BARETTE, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 h. — *Clinique médicale*, M. AUVRAY, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. — *Clinique obstétricale.* — M. GUILLET, titulaire : Hôtel-Dieu, mardi, jeudi, samedi de 10 à 11 h. — *Anatomie descriptive*, — M. GIDON, titulaire : Institut anatomique, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 4 à 5 h. — *Anatomie descriptive* cours complémentaire : M. CHARBONNIER fils. suppléant. Institut anatomique, lundi, mardi de 4 à 5 h. — *Anatomie générale et histologie* : M. CATOIS. titulaire, mardi, jeudi de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, palais de l'Université. — *Pathologie générale et séméiologie* : M. MOUTIER, titulaire, lundi, mercredi, vendredi de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, palais de l'Université. — *Chimie et toxicologie* : M. LOUÏSE, titulaire, lundi, 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2, mardi de 10 à 11 et de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, mercredi de 10 à 11 h., palais de l'Université. — *Physique* : M. DEMERLIAC, chargé du cours, palais de l'Université, lundi de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, mardi, vendredi de 4 h. à 5. — *Anatomie pathologique.* — M. LÉGER, suppléant, Hôtel-Dieu, jeudi de 2 h. à 3 h. — *Accouchements*, cours annexe, M. NOURY, chargé du cours, Hôtel-Dieu, mardi et mercredi, 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Zoologie* : M. CHEVREL. chargé du cours. mardi de 8 h. 3/4 à 9 h. 3/4 ; mercredi de 8 h. 3/4 à 9 h. 3/4 et de 11 h. à midi, palais de l'Université.

TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection.* — M. X..., chef des travaux, Institut anatomique, tous les jours de midi à 4 h. — *Histologie pathologique.* — M. LÉGER, suppléant, Hôtel-Dieu, jeudi de 2 h. à 4 h. — *Chimie.* — M. CHRÉTIEN, chef des travaux. Palais de l'Université, jeudi de 1 h. à 4 h. et vendredi de 8 h. à 11 h. et de 1 h. à 4 h. — *Histologie normale.* — M. X..., chef des travaux : Palais de l'Université, samedi de 1 h. à 4 h.

Semestre d'été, *du 16 mars au 31 juillet.*

COURS. — *Clinique chirurgicale.* — M. BARETTE, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. à 10 h. — *Clinique médicale.* — M. AUVRAY, titulaire, Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. — *Clinique obstétricale.* — M. GUILLET, titulaire : Hôtel-Dieu, mardi, jeudi, samedi de 10 h. à 11 h. — *Physiologie* : M. GOSSELIN, titulaire : Palais de l'Université, lundi, mercredi, vendredi de 4 h. à 5 h. — *Pathologie externe et médecine opératoire.* — M. NOURY, titulaire : palais de l'Université, lundi, mercredi, vendredi de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — *Matière médicale.* — M. CHARBONNIER, titulaire : Palais de l'Université, lundi, mercredi, vendredi, samedi de 11 h. à midi. — *Pharmacie.* — M. FREMONT, délégué dans la suppléance : cours complémentaire, palais de l'Université. mardi, mercredi de 5 h. à 6 h. — *Botanique.* — M. GIDON fils. suppléant : cours complémentaire, palais de l'Université, mardi, mercredi de 8 à 9 h. — *Physique biologique.* — M. DEMERLIAC, chargé du cours : Palais de l'Université, mardi de 4 à 5 h. — *Chimie biologique.* M. CHRÉTIEN, suppléant : Palais de l'Université, lundi, mardi de 3 h. à 4 h. — *Chimie biologique, conférence.* — M. CHRÉTIEN, chef des travaux : Palais de l'Université, mercredi de 1 h. à 2 h. — *Anatomie pathologique.* — M. LÉGER, suppléant : Hôtel-Dieu, jeudi de 2 h. à 3 h. — *Accouchements.* M. AUDRAIN, suppléant : cours complémentaire, palais de l'Université, mardi de 4 h. à 5 h. et samedi de 11 h. à midi. — *Accouchements.* M. NOURY, chargé du cours : cours annexe. Hôtel-Dieu, mardi, mercredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

TRAVAUX PRATIQUES. — *Médecine opératoire.* — M. X..., chef des travaux : Institut anatomique, jeudi de 12 h. 1/4 à 3 h. —

Physiologie et bactériologie. — M. VIGOT, chef des travaux : Institut anatomique, jeudi de 1 h. à 5 h. — *Chimie.* — M. CHRÉTIEN, chef des travaux : Palais de l'Université, vendredi de 8 h. à 11 et de 1 h. à 4 h. — *Chimie biologique.* — M. CHRÉTIEN, chef des travaux : Palais de l'Université, mercredi de 2 h. à 4 h. — *Histologie normale.* — M. X..., chef des travaux : Palais de l'Université, samedi de 1 h. à 4 h. — *Micrographie.* — M. GIDON fils, suppléant, Palais de l'Université, lundi, samedi de 8 h. à 10 h. — *Herborisation.* — M. CHEVREL, chargé du cours : Palais de l'Université, jeudi, à 1 h. — *Physique.* M. CHRETIEN, chef des travaux : Palais de l'Université, lundi de 2 h. 1/2 à 4 h. et mardi de 10 h. à 11 h. — *Histologie pathologique.* — M. LÉGER, suppléant : Hôtel-Dieu, jeudi de 3 h. à 4 h.

Enseignement préparatoire au concours de l'école du service de santé militaire de Lyon.

Semestre d'hiver (*du 3 novembre au 15 mars*).

Physiologie et chimie biologique. Compositions écrites (épreuves écrites d'admissibilité 1er degré, M. GOSSELIN, professeur, vendredi de 5 à 6 h. — *Allemand.* Thèmes (épreuves écrites d'admissibilité 1er degré), M. BELOUIN, professeur à la Faculté des lettres, mardi de 5 à 6 h. — *Pathologie chirurgicale* et *Petite chirurgie.* Questions orales (épreuves définitives), M. BARETTE, professeur, vendredi de 6 à 7 h.

Semestre d'été (*du 16 mars au 31 juillet.*)

Anatomie. Questions orales (épreuves orales d'admissibilité, 2e degré), M. CHARBONNIER fils, suppléant, mercredi de 5 à 7 h. — *Histologie.* Questions orales (épreuves orales d'admissibilité 2e degré), M. CATOIS, professeur, samedi de 1 à 4 h. — *Pathologie médicale* et *séméiologie élémentaire.* Questions orales (épreuves définitives), M. LÉGER, suppléant, samedi, de 4 à 5 h. — *Pathologie générale.* Questions orales (épreuves définitives) M. LECORNU, jeudi, de 4 à 5 h.

Dans cet enseignement, spécialement organisé suivant le mode de travail des conférences, toutes les matières portées au programme du Concours seront étudiées.

Nomenclature des examens qui peuvent être subis devant l'Ecole de Caen. — 1er examen (*Anatomie*) : après la 6e inscription, session d'avril ; 2e examen (*Physiologie*) : après la 8e inscription, session d'août. Douze inscriptions de Doctorat peuvent être prises à l'Ecole de Caen. — *Pharmaciens* (2e cl.), *Herboristes* (2e cl.), *Sages-femmes* (2e cl.) : tous les examens de fin d'études. — *Pharmaciens* (1re cl.) : les deux examens de fin d'année ; *Sages-Femmes* (1re cl.) : 1er examen. — Examens des validations pour les élèves en pharmacie aspirant au titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe.

Dispenses du droit d'inscription. — Des dispenses du droit d'inscription peuvent être accordées à un dixième des étudiants astreints à ce droit. Les demandes en vue de ces dispenses doivent être rédigées sur papier timbré (0 fr. 60) et adressées au Directeur de l'Ecole, du 15 octobre au 1er novembre. Elles sont accompagnées : 1° d'un état certifié par le Maire énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille ; 2° s'il s'agit d'inscription de première année, d'un extrait du dossier scolaire certifié par les chefs d'établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses deux dernières années d'études.

Pour tous renseignements concernant les pièces à produire pour prendre les inscriptions et subir les examens, s'adresser à M. Galou, secrétaire de l'Ecole.

Emplois de l'école accessibles aux étudiants après concours. — Prosecteur d'anatomie ; aide d'anatomie ; préparateurs : de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — *Prix* : pour les différentes années d'études : médecine, pharmacie, sages-femmes ; prix pour les travaux pratiques de chimie ; prix Le Sauvage (médaille d'or et livres) ; prix Dan de la Vauterie ; prix Lepetit.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

—

La *Gazette médicale de Nantes* du 21 octobre a publié sous ce titre un numéro très bien fait consacré exclusivement à l'école de plein exercice de Nantes, aux hôpitaux et hospices, aux sociétés médicales de la ville, l'Institut Pasteur et l'école d'infirmières.

Ecole de Clermont-Ferrand.

ANNÉE SCOLAIRE 1905-1906, *commençant le 3 novembre.*

Directeur : M. le Dr P. GIROD.

Secrétaire : M. LABORDE.

Professeurs honoraires : MM. les Drs FREDET, DOURIF, GAGNON, BLATIN, BIDE.

Circonscription de l'école : Puy-de-Dôme, Allier, Cantal, Loire, Haute-Loire, Lozère, Aveyron.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. BOUSQUET, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique médicale* : M. DU CAZAL, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Accouchements* : M. PLANCHARD, professeur, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. PIOLLET, chargé de cours, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Chimie minérale* : M. HUGUET, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. ROCHER, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 du matin. — *Anatomie* (cours magistral) : M. BUY, chargé du cours, lundi, mercredi, et vendredi, à 4 heures du soir. — *Physique médicale* : M. MALLY, professeur, mardi et jeudi, à 8 heures du matin. — *Physique biologique* : M. MALLY, professeur, vendredi, à 11 h. du matin. — *Anatomie* (cours du professeur suppléant) : N.., professeur suppléant, mardi et samedi, à 4 heures du soir. — *Anatomie pathologique* : N.., prof. suppléant, mardi à 5 heures du soir. — *Zoologie* : M. GIROD, professeur, mardi et jeudi, à 11 heures du matin. — *Parasitologie* : M. GIROD, professeur, samedi, à 11 heures du matin. — *Hygiène* : M. VIGENAUD, chargé du cours, mardi (grand amphithéâtre de l'Université), à 8 heures et demie du soir.

Semestre d'été.

Clinique chirurgicale : M. BOUSQUET, professeur, mardi et vendredi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Clinique médicale* : M. DU CAZAL, professeur, lundi et jeudi, à 8 heures 1/2 du matin. — *Clinique obstétricale* : M. PLANCHARD, professeur, mercredi, samedi à 7 heures du matin. — *Botanique.* M. BRUYANT, professeur suppléant, les mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Pathologie externe* : M. LEPETIT, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. FOURIAUX, professeur en congé M. MAURIN, chargé du cours : lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin. — *Physiologie* : M. BILLARD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie et médecine opératoire* : M. DIONIS DU SÉJOUR, professeur suppléant, lundi et vendredi à 5 heures du soir. — *Anatomie pathologique* : N., professeur suppléant, jeudi, à 5 h. du soir. — *Chimie organique* : M. GROS, professeur suppléant : lundi et vendredi à 10 heures du matin. — *Chimie biologique* : M. GROS, professeur suppléant, mercredi, à 10 h. du matin. — *Matière médicale* : N... professeur suppléant, mardi, samedi à 8 h. du matin.

Prix annuels.

Prix Fleury (dit prix d'observations). — Valeur 100 fr., dont une médaille en vermeil.

Prix Nivet. — Une médaille de 22 fr. et 38 fr. de livres à l'élève en médecine classé premier au concours de fin de 2e année. Une médaille de 22 fr. et 18 fr. de livres à l'élève en pharmacie classé premier au concours de fin de deuxième année.

Prix Bertrand. — Une somme de 366 fr. de rente annuelle a été léguée par M. Bertrand pour être divisée entre les étudiants en médecine et en pharmacie classés premiers à la suite des concours.

Prix Renoux. — Notes prises au cours. Valeur 100 francs.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et 3 chefs de cliniques.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dôme et l'absence de tout autre grand hôpital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cent cinquante grandes opérations annuellement. Un service de radiographie prête son concours au professeur de clinique.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu, se trouve la maternité qui appartient à l'Ecole de Médecine du 15 mars au 15 novembre ; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales.

L'école de médecine de Clermont-Ferrand se trouvant au centre du groupe thermal le plus important de France, il était au moins surprenant de voir les élèves abandonner l'école sans avoir aucune notion des richesses thermales disséminées autour d'eux. Rompant avec les anciens errements, le docteur Bousquet a organisé depuis 1900 des voyages d'études : chaque année les élèves médecins et pharmaciens de 2me et 3me année, vont visiter les principales stations thermales : Vichy, le Mont-Dore, la Bourboule et Royat sont successivement explorés par ces caravanes scolaires. Un des médecins de la station fait une conférence, puis nos confrères montrent en détail toutes les ressources de la médication hydro-minérale.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique, de chimie et de pharmacie sont rétribuées et données au concours.

Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. Ces examens ont lieu sous la présidence d'un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, délégué par M. le Ministre.

Les travaux de dissection sont obligatoires pour tous les élèves en médecine en cours des deux premières années d'études.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les élèves en médecine et pour les élèves en pharmacie.

Des herborisations ont lieu pendant l'été sous la direction du professeur d'histoire naturelle.

Le registre des inscriptions sera ouvert à partir du 20 octobre et clos irrévocablement le 20 novembre pour le premier trimestre.

N. B. — Les inscriptions pendant le cours de l'année scolaire seront accordées aux seuls étudiants dont l'assiduité a été constatée aux cliniques, conférences et travaux pratiques.

Ecole préparatoire de Dijon.

La circonscription de l'Ecole de Dijon comprend les départements de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Nièvre, de Saône-et-Loire et de l'Yonne.

Directeur : M. Deroye.

Directeur honoraire : M. Gautrelet. — Professeurs honoraires : MM. Maillard, Hebert, Tarnier, Gautrelet. Secrétaire honoraire : M. Bossu. — Secrétaire de l'Ecole : M. Rossignon (aux Facultés, rue Monge).

Année scolaire 1906-1907.

L'Ecole ouvrira ses cours le jeudi 3 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver, *novembre-mars.*

Clinique médicale : M. Deroye, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot, professeur, les mardis, jeudis et samedi, à 8 h. 1/2 du matin. — *Anatomie descriptive* : M. Zippel, professeur, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. M. Gault, professeur suppléant, les lundis, mercredis et vendredis à 3 h. — *Anatomie topographique* : M. Leclerc, professeur suppléant, les mardis et samedis à 3. h. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. Gault, professeur suppléant, tous les jours à 1 h. — *Pathologie interne* : M. Misset, professeur, les lundis, mercredis et vendredi à 4 h. — *Pathologie externe* : M. Brousolle, professeur, les mardis et samedis à 3 h. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Vincent, les mardis, vendredis et samedis, à 9 h. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Pigeon, professeur, chargé du cours, les lundis, mercredis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Travaux pratiques de physique, de chimie et de pharmacie* : M. Voisinet, professeur suppléant, les mardis, mercredis et jeudis, à 1 h. 1/4. — *Conférences cliniques sur les maladies de la peau* : M. Longin, docteur-médecin, chargé de conférences, les samedis à 10 heures de l'hôpital.

Semestre d'été, *mars-juillet.*

Clinique médicale : M. Deroye, professeur, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale*. M. Parizot, professeur, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Baron, professeur, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2. — *Anatomie pathologique et bactériologique* : MM. Dubard, professeur suppléant, les lundis et vendredis à 10 h. — *Physiologie* : M. Michaut, professeur, les mardis, jeudis et samedis à 4 h. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. Michaut, professeur, les mercredis, à 10 h. — *Histologie* : M. Collette, les mardis, jeudis et samedis à 3 h — *Travaux pratiques d'histologie* : M. Gault, professeur suppléant, les samedis, à 5 h. — *Médecine opératoire* : M. Broussolle, professeur, les mercredis à 3 h. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : Abrant, chef des travaux de médecine opératoire, les mardis, mercredis, jeudis et samedis. — *Histoire naturelle médicale* : M. Laguesse, professeur, les mardis, mercredis, et jeudis à 10 h. 1/4. — *Conférences d'histoire naturelle* : M. David, professeur suppléant, les vendredis et samedis, à 5 h. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : M. David, professeur-suppléant, les lundis, vendredis et samedis à 1 h. 1/2. — *Matière médicale* : M. Voisenet, professeur suppléant, les lundis et jeudis à 8 h. — *Physique biologique* : M. Hurion, professeur, chargé du cours, les lundis et vendredis à 1 h. 1/2 (médecine) et les mercredis à 4 h. 1/2 (pharmacie). — *Chimie biologie et toxicologie* : M. Bellier, professeur suppléant, les mardis, à 4 h. et les jeudis à 10 h. 1/2. — *Travaux pratiques de physique, et de chimie et de pharmacie* : M. Voisenet, professeur suppléant, les mercredis à 1 h. 1/2, et les samedis, à 8 h. *Conférences cliniques sur l'aliénation mentale* : M. Garnier, médecin en chef de l'Asile des aliénés, les samedis, 10 h. 1/4, à l'asile des Chartreux. — *Oto-rhino-laryngologie* (Cours complémentaire) : M. Gault, professeur suppléant, les mardis à 5 heures.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les étudiants.

Concours. — Des concours particuliers pour les places d'élèves externes, de prosecteur, d'aide d'anatomie, de préparateur de chimie, de physique, de pharmacie et d'histoire naturelle, ont lieu toutes les fois qu'une vacance se produit dans ces emplois. Un concours pour des prix a lieu à la fin du deuxième semestre. Ces prix sont décernés aux élèves dans la séance publique de rentrée.

Dijon, le 14 octobre 1906.

Mon cher confrère,

En dehors des cours complémentaires, un enseignement clinique complémentaire a été organisé à l'École de Médecine de Dijon pour donner de bonne heure une orientation pratique à l'esprit des étudiants. C'est ainsi que, outre les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale, des conférences cliniques hebdomadaires sont faites sur les *maladies des enfants*, sur les maladies de la peau, sur les maladies mentales et sur les affections du nez, de la gorge et du larynx.

Un enseignement a été organisé à l'hôpital de Dijon, spécialement pour le recrutement des infirmières de cet hôpital et comme complément de leur instruction. Il y a lieu d'espérer que, suivant le désir du Conseil général de la Côte-d'Or une *école d'infirmières véritablement régionale* sera bientôt installée.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. Bordier.

Directeur honoraire : M. Berger.

Professeurs honoraires : MM. Berger et Gallois.

Semestre d'hiver 1905-1906.

Les cours commenceront le 3 novembre.

Clinique médicale et maladies des enfants : M. Porte, prof., mardi et vendredi à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, prof. lundi, jeudi à 10 h. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Gibert, mer., sam., à 10 h. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lund., mercr. et vend., à 1 h. 1/2. — *Bactériologie* : M. Jacquemet, prof. suppl. chargé de cours, lundi, à 3 h. 1/4. — *Pathologie élémentaire* : M. Termier, prof. suppl., samedi, à 4 h. *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur, mercredi, jeudi, vendredi à 5 h. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 h. 3/4. — *Physique* : M. Bagard, chargé de cours, mercredi, jeudi, à 9 h. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Bordier, professeur, lundi, jeudi, à 10 h. — *Chimie (métalloïdes-métaux)* : M. Labatut, prof. suppl. chargé de cours, lundi et samedi, à 2 h.

Cours complémentaires. Anatomie: M. Termier, prof. suppl., chef des travaux anatomiques mardi à 1 h. 1/2. — *Ophtalmologie* : M. Deschamps, chargé de cours, mardi à 11 h.

Travaux pratiques. Dissection : M. Termier, chef des travaux anatomiques, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à 2 h. 1/2 à 5 h. — *Bactériologie* : M. Jacquemet, prof. suppl., chargé de cours, mardi à 4 h. 1/2, samedi à 4 h. — *Chimie biologique* : M. Labatut, prof., suppl., chargé de cours, samedi à 3 h. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Picaud, prof. suppl., mardi et vendredi à 10 h. — *Chimie* : M. Romeyer, chef de travaux de chimie, mercredi, jeudi, à 2 h. — *Pharmacie* : M. Martin, prof. suppl., vendredi, à 2 h. *Hydrologie*, M. Georges Dodero, chargé de suppléance, mercredi à 10 h.

Les Œuvres complètes de J. M. Charcot, *y compris les 2 volumes des* LEÇONS DU MARDI *et les deux volumes des* CLINIQUES *des maladies du système nerveux, sont vendues à nos abonnés au prix réduit de* **50** *francs au lieu de* **190** *francs prises dans nos Bureaux.*

Librairie du PROGRÈS MÉDICAL

La collection complète des **Archives de Neurologie**, prise dans nos bureaux, est cédée **A NOS ABONNÉS** aux prix ci-après :

PREMIÈRE SÉRIE (1880-1895), soit 30 volumes, au prix de **180** francs.

DEUXIÈME SÉRIE (1896-1905), soit 20 volumes, au prix de **100** francs.

Les deux séries ensemble **260** francs.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. RAYMONDAUD.

Secrétaire : M. PILLAULT.

La circonscription de cette école comprend les départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Dordogne et du Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Ouverture des cours : *le vendredi 3 novembre 1906.*

Programme des cours.

CERTIFICAT D'ÉTUDES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET NATURELLES. (La préparation à l'obtention de ce certificat comporte une année d'études organisées à l'école en conformité des prescriptions du décret du 31 juillet 1893). — *Chimie minérale* : M. CORVISY, chargé de suppléance. Mardi, jeudi et samedi à 4 heures. — *Physique générale* : M. BIAIS, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Sciences naturelles* : *Botanique générale* : M. DEVAUX, professeur. Mardi, jeudi, à 8 heures et demie. — *Sciences naturelles* : *Zoologie générale* : N... suppléant. — *Chimie organique* : MM. PEYRUSSON, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie. — *Physique* : M. BIAIS, professeur. Mardi, jeudi, samedi à 10 h. 1/4. — *Botanique* : M. DEVAUX, Professeur Jeudi, à 8 heures et demie. — *Zoologie* : M. N... suppléant. Lundi, samedi, à 8 heures et demie. — Travaux pratiques (spéciaux aux étudiants du P. C. N.) : *Chimie, Manipulation de chimie analytique* : M. GARRAUD, chef des travaux. Lundi, samedi, de 2 à 4 heures. — *Physique. Manipulation et mise en marche des appareils* : M. GARRAUD, Chef des travaux. Mardi, jeudi, de 2 à 4 heures. — *Histoire naturelle Dissections, travaux de micrographie* : M. DEVAUX, Professeur, à 8 heures (semestre d'hiver) ; — *Herborisation*, à 7 heures et demie (semestre d'été). — Cette année d'études doit être couronnée par l'obtention d'un *certificat spécial* qui peut être utile à tous autres qu'aux étudiants en médecine. Les examens préparatoires qui le confèrent ont lieu aux sessions de juillet et de novembre sous la présidence d'un professeur d'une faculté des sciences délégué par le ministre et assisté de professeurs de l'école.

Etudes de médecine et de pharmacie.

SEMESTRE D'HIVER. — *Anatomie* : M. LEMAISTRE, Professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi. — *Clinique chirurgicale* : M. CHÉNIEUX, Professeur, Directeur honoraire, lundi, vendredi, à 8 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. A. THOUVENET, professeur, mardi, jeudi, à 9 h. du matin. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. BLEYNIE, professeur, mardi, jeudi, à 10 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicales* M. PILLAULT, professeur, lundi, mercredi, vendredi à 10 heure, et demie. — *Chimie minérale* : M. CORVISY, professeur suppléant : mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — *Physique générale* : M. BIAIS, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique* : M. BIAIS, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Sciences naturelles* : *Botanique générale* : M. DEVAUX, professeur mardi, jeudi, à 8 heures et demie. — *Zoologie générale* : M. N..., suppléant. Samedi, à 8 heures et demie.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Physique générale* : mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/4. — *Physique biologique* : M. BIAIS, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Chimie organique, Chimie biologique. Toxicologie* : M. PEYRUSSON, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie — *Histologie* : M. G. RAYMONDAUD, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Physiologie* : M. DESCAZALS, Professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie interne* : N.... mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. RAYMOND, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. BLEYNIE, professeur, mardi, jeudi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. CHÉNIEUX, professeur, lundi, vendredi, à 8 heures. — *Clinique médicale* : M. A. THOUVENET, professeur, mercredi, samedi, à 8 h. du matin. — *Sciences naturelles* : *Botanique* : M. DEVAUX, professeur, jeudi, à 8 heures et demie. — *Zoologie* : M. N.., suppléant, lundi, samedi, à 8 heures et demie.

Cours complémentaires, conférences et travaux pratiques.

SEMESTRE D'HIVER. — *Cours complémentaires d'anatomie* : M. N... suppléant, mardi, jeudi, à midi et demi. — *Démonstrations pratiques. Dissection* : M. DONNET, chef des travaux anatomiques, tous les jours, à 2 h. — *Cours complémentaires d'accouchement* : M. DONNET, professeur suppléant, mardi, jeudi, à 4 h. — *Conférences et travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie* : M. GARRAUD, chef des travaux, mercredi, vendredi, à 2 heures. — *Travaux pratiques de micrographie pour la pharmacie* : M. CHAILLOT, chargé des travaux pratiques vendredi, à 8 heures du matin.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Cours spécial de physique pour la pharmacie* : M. BIAIS, professeur, jeudi, samedi, à 5 heures. — *Histologie, Travaux pratiques* : M. DONNET, chef des travaux, samedi, à 4 heures. — *Physiologie, Travaux pratiques* : M. DESCAZALS, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Bactériologie* : N..., lundi, vendredi, à 5 heures. — *Conférences et Travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie* : M. GARRAUD, chef des travaux, mercredi, vendredi, à 2 heures. — *Histoire naturelle. Travaux pratiques et Herborisation* : M. CHAILLOT, chargé des travaux pratiques, mercredi, vendredi, à 7 heures et demie. — *Travaux pratiques de Micrographie pour la pharmacie* : M. GARRAUD, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 8 heures. — *Minéralogie et Hydrologie* : M. GARRAUD, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Préparation spéciale au concours d'admission à l'école du service de santé militaire. — Pathologie générale : médicale, M. N... chirurgicale, M. DONNET. — Langue allemande, conférences : LEMMEL, professeur d'allemand au lycée.

Auxiliaires de l'enseignement. — 4 préparateurs : Physique, Chimie, Histoire naturelle, Pharmacie : 1 prosecteur et 2 chefs de clinique.

Professeurs honoraires, membre du conseil de l'Ecole : MM. E. RAYMONDAUD, directeur honoraire ; BOUDET.

ORDRE DES COURS A SUIVRE PAR CHAQUE ANNÉE D'ÉTUDES PAR LES ÉLÈVES EN MÉDECINE. — *Candidats au certificat d'études.* Pendant toute l'année : Physique ; Chimie ; Zoologie ; Botanique ; Les travaux pratiques correspondant à ces cours. — *Etudiants de première année.* (Hiver) : Anatomie ; Clinique médicale ; Clinique chirurgicale ; Physique biologique ; Travaux de dissection : — (Eté) : Clinique médicale : Clinique chirurgicale ; Pathologie : Histologie ; Physiologie ; Physique biologique ; Bactériologie, et les travaux pratiques correspondants. — *Etudiants de deuxième année.* (Hiver) : Clinique médicale ; Clinique chirurgicale ; Clinique obstétricale : Anatomie ; Pathologie interne ; Physique biologique : Les travaux de dissection ; — (Eté) : Clinique médicale ; Clinique chirurgicale ; Clinique obstétricale ; Physiologie : Pathologie interne ; Médecine opératoire ; Histologie : Physiologie ; Physique biologique ; Bactériologie, et les travaux pratiques correspondants. — *Etudiants de troisième et de quatrième années.* (Hiver) : Clinique médicale ; Clinique chirurgicale : Clinique obstétricale ; Anatomie ; Pathologie interne ; Les travaux de dissection ; Anatomie pathologique ; — (Eté) : Clinique médicale ; Clinique chirurgicale : Clinique obstétricale ; Physiologie ; Histologie ; Pathologie externe : Médecine opératoire : Bactériologie. — PAR LES ÉLÈVES EN PHARMACIE. *Semestre d'hiver* : Cours de physique. — Cours de chimie. — Cours de pharmacie et matière médicale 3e année. — Cours de zoologie générale. — Travaux pratiques correspondant aux cours de physique et de chimie. — Travaux pratiques et botaniques (élèves de 3e année). — *Semestre d'été* : 1re, 2e et 3e années. — Cours de botanique générale et médicale. — Cours de physique. — Cours de chimie et de toxicologie. — Travaux pratiques correspondant à ces cours et micrographie (élèves de 3e année).

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Directeur : M. H. DELAUNAY. — *Secrétaire* : M. J. VALEGEAS.

Les cours du premier semestre commencent le 5 novembre et finissent le 15 mars.

Les cours du second semestre commencent le 16 mars et finissent à la fin du mois de juillet.

Cours.

Premier Semestre. — *Clinique médicale* : M. FAIVRE, professeur, les mercredi, à 9 h. 1/2 ; samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. CHRÉTIEN, professeur, les mardis, vendredis, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. ROLAND, professeur, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Anatomie* : M. BUFFET-DELMAS, professeur, les lundis, mardis, jeudis, et samedis, à midi 3/4. — 4 h. — *Pathologie médicale* : M. BROSSARD, professeur : Cours, les mardis jeudis et samedis, à 5 h. ; Conférence, le vendredi, à 5 h. — *Physique (Pharmacie)* : M. GARBE, chargé du cours, le jeudi, à 9 h. 1/2. — *Physique (Médecine)* : M. GARBE, le jeudi, à 5 heures 1/4. — *(Pharmacie galénique)* : M. JOUTEAU, professeur, les mardis, à 1 h. 1/2, jeudis et samedis, à 2 h.

Deuxième Semestre. — *Clinique médicale* : M. FAIVRE, professeur, les mercredis, à 9 h. 1/2 ; samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. CHRÉTIEN, professeur, les mardis et vendredis, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. ROLAND, professeur, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Physiologie* : M. DELAUNAY, professeur : Cours, les lundis, mardis et vendredis, à 1 h. 1/2 ; Conférence, le samedi, à 4 h. — *Histologie* : M. PETIT, professeur : Cours, les mardis, mercredis et jeudis, à 8 h. 1/2 ; Conférence,

le vendredi, à 5 h. 1/2. — *Pathologie chirurgicale* : M. MALAPERT, professeur, les mercredis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Chimie biologique* : M. SAUVAGE, chargé du cours, le samedi, à 8 h. — *Chimie médicale et pharmaceutique* : M. SAUVAGE, chargé du cours, les lundis et mercredis, à 1 h. 1/2. — *Botanique* : M. Maurice LÉGER, chargé du cours, les mardis, jeudis à 8 h. 1/2 ; vendredis, à 5 h. ; Herborisations, facultatives le dimanche.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. BARNSBY, suppléant, mercredi, vendredi, à 12 h. 3/4 (1er semestre). — *Pathologie générale et séméiologie* : M. MORICHAU-BEAUCHANT suppléant, les lundis et mercredis, à 5 h. 1/2 (1er semestre). — *Pathologie chirurgicale* : M. POULIOT, suppléant, les lundis et vendredis, à 8 h. 1/2 (2e semestre). — *Zoologie* (Pharmacie) : M. Maurice LÉGER, suppléant, les jeudis, et samedis à 8 h. 1/2 (1er semestre). — *Bactériologie et Parasitologie* : M. Maurice LÉGER, chargé du cours, les samedis à 4 h. (1er semestre) ; les mardi, à 9 h. 1/2 (2e semestre). — *Matière Médicale* : M. ROUCHY, suppléant, les mardis, et samedis, à 3 h. (2e semestre). — *Physique* (Médecine, 3e année) : M. TABOURY, suppléant, les jeudis, à 8 h. (1er semestre). — *Physique* (Pharmacie) : M. TABOURY, suppléant, les mercredis à 1 h. 1/4 (1er semestre). — *Chimie minérale* (Pharmacie) : M. TABOURY, suppléant, les lundis à 1 h. 1/4 (1er semestre).

Cours libres.

Mycologie : M. POIRAULT, professeur honoraire, le lundi, à 9 h. (1er et 2e semestre) ; *Pathologie générale et petite chirurgie* : M. GOURSOLAS, médecin aide-major, les mardis, à 6 h. (1er et 2e semestres).

Travaux pratiques.

Étudiants en médecine 1re, 2e années : *Anatomie* : M. BERLAND, tous les jours, de midi à 4 heures : conférences : lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (1er semestre). — 1re et 2e années : *Histologie* : M. BERLAND, les mardis et samedis, à 3 heures ; (2e semestre). — *Physiologie* : M. BARNSBY, les lundis et mercredis, à 3 h. (2e semestre. — 3e année : *Médecine opératoire* : M. POULIOT, les mardis et mercredis, à 4 h. (2e semestre). — *Anatomie pathologique* : M. MORICHAU-BEAUCHANT, les lundis et vendredis, à 2 h. (2e semestre).

Etudiants en pharmacie. 1re et 2e années : *Chimie* : M. L. GUITTEAU, les lundis et mercredis, de 8 h. à 11 h. (1er et 2e semestres). — 3e année : *Histoire naturelle* : M. MAURICE LÉGER, les mardis et samedis, de 9 h. à 11 h. ; (2e semestre). — 3e année : *Physique et Chimie* : M. L. GUITTEAU, les lundis et mercredis, de 8 h. à 11 h. (2e semestre). — 3e année : *Pharmacie* (Laboratoire spécial) : M. JOUTEAU, professeur, les mercredis à 2 h. 1/2 ; vendredis, de 8 h. 1/2 à 11 h. (2e semestre).

Préparation spéciale à l'école du service de santé militaire de Lyon. — Des conférences spéciales sont faites, avec le concours d'un médecin aide-major de l'armée, aux élèves qui veulent se présenter à l'école du service de santé militaire de Lyon, sur toutes les parties du programme, y compris les langues vivantes.

Des compositions sont remises par les jeunes gens et corrigées devant eux. Aucune rétribution supplémentaire n'est exigée des élèves qui suivent ces conférences.

Cette préparation existe depuis plusieurs années et fonctionne avec un plein succès (21 élèves reçus depuis l'inauguration des conférences, dont plusieurs dans les premiers rangs).

Cours des autres établissements de l'université s'adressant plus directement aux étudiants de l'école. — Faculté de droit : *Médecine légale* : M. le docteur FAIVRE, les lundis, à 4 h. (1er semestre). — Faculté des sciences : *Chimie organique* : M. ROUX, les mardis et vendredis, à 2 h. 3/4 (1er semestre) ; les mardis, à 2 h. 3/4 (2 semestre). — *Chimie agricole* (avec diplôme de chimiste agricole) : M. ROUX, les vendredis, à 2 h. 3/4 (2e semestre) ; M. BODROUX, les jeudis à 4 h. (1er et 2e semestre). — Faculté des lettres : *Physiologie appliquée à la philosophie* : M. le docteur DELAUNAY, les jeudis, à 4 h. 1/2 (1er semestre).

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hopital général réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique, Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de Médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de Médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole a été récemment, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole et par suite de divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'Ecole, tout y est organisé pour les y préparer. M. Gasbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr L. Guitteau fils, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les étudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1e partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie, que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Semestre d'hiver.

Anatomie : MM. L. HARMAN, professeur, BRUANDET, suppléant, tous les jours, de 11 heures à midi. — *Histologie* : M. HACHE, professeur, lundi mercredi et vendredi, à 5 heures. — *Pathologie externe* : M. SIMON, professeur, mardi, jeudi, samedi à 5 heures. — *Pathologie générale* : M. JACQUINET, suppléant, lundi et vendredi, à 4 heures. — *Pharmacie* : M. LAJOUX, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Chimie minérale* : M. HENRY, suppléant, lundi, et vendredi, à 10 heures et demie. — *Toxicologie* : M. X., samedi, à 4 heures. — *Physique* : M. BAGNÉRIS, agrégé des Facultés de Médecine, suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures. — *Zoologie* : M. MIRE, suppléant, lundi, et samedi, à 9 heures. — *Botanique* : M. LAURENT, chargé du cours, lundi, vendredi, de 5 à 6 heures. *Matière médicale* : M. CORDIER, suppléant, lundi, mardi et mercredi à 4 heures.

Semestre d'été.

Physiologie : M. LANGLET, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. — *Bactériologie* : M. CORDIER, chargé de cours, mercredi, vendredi à 5 heures et demie. — *Pathologie interne* : M. COLLEVILLE, professeur lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures. — *Médecine opératoire* : M. SIMON, professeur, mardi, jeudi et samedi, de 3 heures à 5 heures. — *Physique médicale* : M. CHEVY, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures. — *Chimie organique et toxicologie* : M. X., lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — *Hydrologie* : M. LAJOUX, chargé de cours, lundi et mercredi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. CORDIER, chargé de cours, lundi, mercredi à 5 heures. — *Chimie minérale* : M. HENRY, suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures et demie. — *Botanique* : M. LAURENT, chargé de cours, vendredi, à 5 heures. — *Zoologie* : M. MIRE, suppléant, mercredi de 5 à 6 heures, et samedi, de 9 à 10 heures.

Toute l'année.

Clinique médicale : M. H. HENROT, professeur ; M. JACQUINET suppléant. — M. SAINT-AUBIN, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. A. POZZI, professeur ; M. LARDENOIS, suppléant ; M. BRUANDET, chef de clinique. — *Clinique obstétricale* : M. DE BOVIS, professeur ; M. LARDENOIS, suppléant.

Travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. M. LUTON, chef des travaux, tous les jours (dimanche excepté) de 2 heures à 5 heures. — *Botanique*: M. LAURENT, chargé de cours, chef des travaux, mardi, et samedi de 1 h. 1/2 à 4 heures 1/2. — *Zoologie* : M. MIRE, chef des travaux, jeudi, de 9 heures à midi. — *Chimie* : M. HENRY, chef des travaux, mardi, jeudi de 2 heures à 4 heures. — *Chimie analytique* : M. GRAU, chef des travaux, lundi et mardi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Semestre d'été.

Physiologie : M. E. WIET, chef des travaux, vendredi, et samedi, à 3 heures. — *Physique* : M. BAGNÉRIS, chef des travaux, mercredi et vendredi de 8 heures à 10 heures. — *Chimie* : M. HENRY, chef des travaux, mardi et vendredi de 9 h. 1/2 à 11 h.

1/2. — *Histologie* : M. E. LUTON, chef des travaux, lundi et vendredi, de 4 heures à 6 heures.— *Chimie analytique* : M. BRAU, chef des travaux, lundi et mardi de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. -- *Botanique* : M. LAURENT, chargé de cours, chef des travaux, mardi et samedi de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. *Zoologie* : M. MIRE, chef des travaux, jeudi de 9 heures à midi.

Ecole de Rouen.

ANNÉE SCOLAIRE 1906-1907.

Circonscription de l'Ecole. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Directeur : M. Raoul BRUNON. — Secrétaire : M. LUQUET.

Directeur honoraire : M. DELABOST. — Professeurs honoraires : MM. BLANCHE, TINEL et PENNETIER. — Secrétaire honoraire : M. ROSSIGNON.

Rentrée le 3 novembre 1905.

Semestre d'hiver, *1er novembre-15 mars.*

MÉDECINE

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Anatomie descriptive* (Laboratoire) : M. BATAILLE. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. HALIPRÉ.— *Anatomie descriptive* (Cours annexe Laboratoire) : M. N. — *Pathologie externe et médecine opératoire* (Laboratoire) : M. François HUE. — *Physique biologique* (Ecole de Médecine) : M. BUGUET. — *Maladies chirurgicales des enfants* (Hospice général, clinique libre) : François HUE. — *Bactériologie* (Laboratoire, cours libre) : M. GUERBET.

PHARMACIE

Histoire naturelle (Ecole des sciences et Ecole de médecine) : M. MESNARD. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Physique médicale* (Ecole de médecine) : M. BUGUET. — *Chimie et Toxicologie* (Ecole de Médecine) : M. GASCARD. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Chimie des métaux* (Ecole de médecine) : M. RICHARD.

Semestre d'été, *16 mars au 31 juillet*

MÉDECINE

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Gynécologie* (cours complémentaire libre ; Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Maladies chirurgicales des enfants* (Hospice-Général, clinique libre) : M. François HUE. — *Travaux d'histologie* (Laboratoire d'histologie) : M. DÉVÉ. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. BRUNON. — *Physique biologique* (Ecole de Médecine : M. BUGUET. — *Chimie biologique* (Ecole de Médecine) : M. RICHARD. — *Physiologie* (Ecole de médecine) : M. LONGUET. — *Travaux pratiques de bactériologie* (Laboratoire ; cours libre) : M. GUERBET. — *Travaux de médecine opératoire* (Laboratoire d'anatomie) : M. JEANNE. — *Histologie* (Hôtel-Dieu) : M. HALIPRÉ. — *Anatomie pathologique* (Hôtel-Dieu) : M. DÉVÉ.

PHARMACIE.

Pharmacie (Ecole de médecine) : M. POUCHIN. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M. MESNARD. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M. GASCARD.— *Histologie végétale* (Ecole de Médecine) : M. DUMONT. — *Chimie biologique* (Ecole de médecine) : M. RICHARD. — *Physique médicale* (Ecole de Médecine) : M. BUGUET. — *Matière médicale* (Ecole de médecine) : M. GUERBET.

Chefs de cliniques. — *Clinique médicale* : M. SEYER. — *Clinique chirurgicale* : M. DELAFORGE. — *Clinique obstétricale* M. VALLÉE.

Bactériologie. — Enseignement nouveau créé en 1904, obligatoire pour les étudiants en pharmacie, facultatif pour les étudiants en médecine, ouvert à toutes les personnes qui se feront inscrire. M. GUERBET, au laboratoire de bactériologie de l'école, 48, rue Stanislas-Girardin.

Cours spéciaux pour les élèves sages-femmes : *leçons cliniques* par M. VALLÉE, chef de clinique obstétricale. A l'hospice général, les mercredis et vendredis, à 11 heures (1-2 années d'études). — Un stage spécial pour les élèves externes est organisé par séries.

Enseignement libre. — *Clinique ophtalmologique* : M. ROCHER, 8, rue Grand-Pont. Tous les jours, examen de malades. Le samedi, leçon clinique. — *Clinique laryngologique* : M. LEMARIEY, 1, rue Guillaume-le-Conquérant. Le dimanche, à 9 heures du matin.

Il existe, en dehors de l'Ecole, des cours d'ophtalmologie, de laryngologie, des maladies de la peau et des voies urinaires, et d'électrothérapie, etc.

Services hospitaliers. — Aux services de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Rouen sont attachés *douze internes* nommés au concours. Ils sont logés, chauffés, éclairés, nourris toute l'année, et reçoivent un traitement de 600 fr. En outre, il y a dans chaque hôpital un élève panseur, choisi par l'Administration, et qui est logé, chauffé, éclairé et nourri, mais ne touche pas de traitement.

Aux hôpitaux sont également attachés *cinq internes en pharmacie*, nommés au concours et jouissant des mêmes avantages que les internes en médecine.

Préparateurs nommés au concours. — Le prosecteur reçoit une indemnité de 450 francs ; l'aide d'anatomie, les préparateurs de chimie, de physique, de pharmacie, d'histoire naturelle, ont chacun un traitement de 250 francs.

Prix décernés par l'École. — 1° *Prix de fin d'année* (1re, 2e et 3e années). Médecine et pharmacie. Médailles et livres. — 2° *Prix de travaux pratiques* (100 fr.) Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — 3e *Prix du Conseil général* (300 fr.), accordé à la suite d'un concours entre les élèves de deuxième et de troisième année de Médecine.— 4° *Prix Louis Dumesnil* (200 fr.) décerné à un étudiant en médecine ou en pharmacie (alternativement désigné par le Conseil de l'Ecole. — 5° *Prix Henri Pillore* (médaille d'or de 100 fr, et 880 francs) décerné chaque année à la suite d'un concours entre les élèves en médecine ayant au moins huit inscriptions prises à l'Ecole de Rouen, et attachés depuis deux ans aux hôpitaux de Rouen. — 6° *Médaille de vermeil*, décernée à un étudiant en médecine ou en pharmacie par le Conseil de l'Ecole, et donnée par la Société des amis de l'Université de Normandie.

Bourses. — En 1905. — L'Association des anciens élèves de l'Ecole a donné une bourse de voyage et quatre bourses exonérant quatre étudiants des droits d'inscription.

Consulter l'Annuaire à l'Ecole de médecine ou pharmacie librairie Lestringeant, 11, rue Jeanne d'Arc, Rouen.

Ecole de Médecine et de pharmacie de Rouen. — Depuis 2 ans les élèves en pharmacie sont astreints (par décision de l'école) à un cours de bactériologie : leçons thérique et travaux pratiques bactériologiques pour les Etudiants en médecine et les médecins de la région. De plus un cours de micrographie générale est organisé chaque année par les élèves en pharmacie.

Une association des anciens élèves de l'Ecole a donné l'an dernier les subsides nécessaires à 3 bourses de pharmacie de plus elle ouvre un crédit pour l'achat des livres que demandent les sociétaires. Enfin elle consacre un millier de francs à l'achat d'objets intéressant l'histoire de la Médecine. Le musée historique de l'Ecole contient actuellement plus de 500 objets catalogués.

Rouen, le 10 octobre 1906.

Mon cher Directeur,

Voici le relevé de nos principaux travaux de l'année scolaire 1905-1906.

A. **Enseignement chirurgical** (LONGUET). — Clinique, pathologie, bactériologie, physique, chimie, physiologie, zoologie, constatations biopsiques, thérapeutique, technique, etc. dans leurs rapports avec la biologie chirurgicale ; études nécropsiques rigoureusement exceptés. — Publications : chirurgie biologique : 1er fascicule in-8°, 150 pages, 5 leçons — Traitement chirurgical de la constipation. — L'appendicectomie préventive en cas d'appendice sain ou vaccination contre l'appendicite. — Chirurgie du phimosis. in *Progrès médical*, 1905. — Les phlébites par le Dr ETIENNE ; — La transposition testiculaire par le Dr A. PÉLIGIER ; — Les nouvelles données sur le varicocèle par le Dr H. DESCHAMPS ; — L'ablation de l'appendicite sain par le Dr TOUZÉ (in *Progrès médical*, 1906 et thèses de Paris, 1905).

B. **Enseignement médical** (DÉVÉ F). — Clinique, pathologie, bactériologie, physique, histologie, thérapeutique et enseignement nécropsique. — Publications : Les kystes hydatiques envisagés au point de vue médical et expérimental. *In Revue médicale de la République argentine* 1905. — le cholépéritoine hydatique *in* thèse de BLAUDET P. Paris, 1906.

D'autre part l'enseignement anatomique pur a été conti-

nué par MM. Bataille et Halipré; l'enseignement histologique pur a été commencé par M. Halipré.

C. **Enseignement pharmaceutique** (Gascard). — Les travaux de pharmacie ont été exécutés sous la direction de M. Gascard, à qui nous devons aussi des travaux d'ordre plus spécialement chimique.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'expression de ma respectueuse considération. Dr L. Longuet.

Ecole de Tours.

Directeur : M. Wolff.

Année scolaire 1906-1907.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. Meunier, professeur, mercredi et samedi à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delagenière, professeur, lundi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Thierry, professeur, mardi et vendredi, à 9 h. du matin. — *Anatomie* : M. Ledouble, cours du professeur, lundi, mardi, samedi, à midi et demi. — M. Beaudoin, cours du suppléant, mardi, vendredi à midi et demi. — *Physique* : M. Wolff, professeur, mardi, jeudi, samedi à 1 heure. — *Pathologie externe* : M. L. Thomas, professeur, lundi, mercredi, vendredi à 4 heures. — *Chimie et toxicologie* : M. Grandin, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux complémentaires et conférences.

Physique biologie : M. Wolff, professeur (Cours et manipulations), samedi à 3 heures. — *Pathologie interne* : M. N... professeur cours complémentaires), mardi et jeudi, à 4 heures. *Sciences naturelles* (*Zoologie*) : Menuet, professeur suppléant lundi, vendredi, à 3 heures, mardi, à 4 heures. — *Anatomie* (Conférence du chef des travaux) : M. André, chef des travaux. (novembre et décembre, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.) janvier, février et mars : lundi et vendredi à 4 heures).

Travaux pratiques obligatoires

Travaux anatomiques : M. André, chef des travaux. Tous les jours à 1 heure 1/2. — *Micrographie végétale* : M. Menuet, prof. suppl. lundi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Chimie* : M. Dorléans, chef des travaux. Mardi, mercredi, de 2 heures à 4 heures, et samedi, de 2 heures à 5 heures.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Meunier, professeur, mercredi et samedi à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delagenière, professeur, lundi, jeudi, à 8 heures 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Thierry, professeur, mardi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Mercier, professeur, lundi, mercredi, vendredi à 4 heures. — *Sciences naturelles* : M. Pitard, chargé de cours. Botanique, mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisations, le dimanche ou le jeudi. — *Pharmacie* : M. Javillier, chargé du cours, mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Physiologie* : M. Guibbaud, professeur, mardi, mercredi, jeudi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Parisot, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Cours complémentaires et cours libres.

Toxicologie : M. Villedieu, (cours du suppléant), lundi à 3 heures. — *Pathologie externe* : M. Henri Barnsby, suppléant, (cours complémentaires), mardi et samedi à 4 heures. — *Chimie biologique* : M. Grandin, lundi, à 4 heures. — *Matière médicale* : M. Lerat, suppléant, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/4. — *Ophtalmologie* : M. J. Thomas (cours libre, conférences pratiques), samedi, à 10 heures. — *Clinique des maladies mentales* : M. Archambault, (cours libre), mardi à 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires.

Chimie : M. Dorléans, chef des travaux, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. Dorléans, chef des travaux, lundi, jeudi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. Vialle, chef des travaux, lundi, de 1 heure à 3 heures. — *Histologie* : M. André, chef des travaux, jeudi, de 1 heure à 3 heures. — *Médecine opératoire* : M. Barnsby, suppléant, mardi et vendredi, à 2 heures.

Cours aux élèves sagesfemmes.

Anatomie : M. Ledouble, lundi et mercredi, à 2 heures. — *Phisiologie* : M. Guibbaud, jeudi et vendredi, à 2 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Thierry, lundi et vendredi, à 2 heures. — *Accouchements* : Thierry, mercredi et samedi, à 9 heures.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants.

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de physique.

Cours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (nombre indéterminé). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires. — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil). — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique, de botanique, d'anatomie, d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire.

Fondation de Madame veuve Riffaut. — Prix : L. Tonnellé. — *Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e année, inscrits à l'Ecole et internes à l'hôpital de Tours.

ECOLES DE MÉDECINE NAVALE.

1° Ecole principale du Service de Santé de la Marine (Bordeaux).

Directeur : M. Jacquemin, directeur du service de santé de la marine. — *Sous-direct.* : M. Bellot, méd. en chef de 2e cl. — *Pathologie externe. Accouchements* : M. Vergnes, médecin de 1re cl., professeur. — *Anatomie. Médecine opératoire* : M. Chabannes, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie normale et pathologique. Bactériologie* : M. Tribondeau, médecin de 1re classe. — *Pathologie interne. Thérapeutique* : M. Aurrégan, médecin de 1re classe, professeur. — *Physiologie. Hygiène et Médecine légale* : M. Béguin, médecin de 1re classe. — *Physique. Chimie. Histoire naturelle* : M. Auché, pharmacien de 1re classe.

L'école du Service de Santé de la Marine, instituée près la Faculté de Médecine de Bordeaux, a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la Marine et des médecins et pharmaciens des troupes coloniales ; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé ; et 3° de donner à ces élèves l'éducation maritime jusqu'à leur nomination de médecin ou pharmacien.

Les élèves se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des Ecoles de Médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon. Dans ces Ecoles, les étudiants font la première année des études médicales et à la fin il leur est concédé quatre inscriptions devant la Faculté de Bordeaux.

Le concours a lieu tous les ans dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon. Une instruction, publiée chaque année au *Journal Officiel*, règle les conditions d'admission. Les élèves qui n'ont pas été admis au concours peuvent obtenir l'autorisation de redoubler leur première année d'études et de concourir de nouveau.

Au moment de leur admission à l'Ecole principale, les élèves contractent un engagement spécial (*Journal Officiel*, du 10 avril 1906), par lequel ils s'obligent à servir six années dans l'armée active à partir de leur nomination de médecin ou pharmacien. Ceux qui n'ont pas encore été inscrits sur les tableaux de recensement s'exerçant en outre par le même acte, à servir pendant un an aux conditions ordinaires, dans le corps des équipages de la flotte avant d'entrer à l'école principale du service de santé.

Le personnel de l'Ecole comprend un directeur du service de Santé, un médecin en chef ou principal, sous-directeur, cinq médecins et un pharmacien de première classe, prof. ; deux méd. de 2e cl., officiers surveillants, des officiers commis d'administration.

L'Ecole est soumise au régime militaire. Les élèves portent l'uniforme de la marine. Ils sont assimilés aux aspirants de 2e classe. Ils sont logés, nourris, habillés et leurs frais universitaires sont à la charge de la marine. Le prix de la pension est de sept cents francs par année d'études. Des bourses et des trousseaux peuvent être accordés par le Ministre de la Marine.

Les élèves étant entrés à l'Ecole avec quatre inscriptions y demeurent trois ans pendant lesquels ils sont étudiants de la Faculté de Médecine dont ils suivent tous les cours et autres exercices ; puis quand ils ont ainsi acquis seize inscriptions dans cette Faculté, il leur est accordé trois mois pour satisfaire aux dernière épreuves du doctorat. Ils sont obligés d'être reçus docteurs en médecine avant le 1er février de la cinquième année d'études médicales, ou sinon ils sont considérés comme démissionnaires de la marine.

Les élèves en pharmacie doivent accomplir dans une des Ecoles de Brest, Rochefort ou Toulon au moins la deuxième année de leur stage. Leur stage validé, ils concourent pour entrer à l'Ecole de Bordeaux et y accomplissent les trois années de scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

2° École d'application des Médecins stagiaires. (Toulon).

Directeur : M. Guès, directeur du service de santé. — *Chirurgie navale : médecine opératoire* : M. Pungier, médecin principal, professeur. — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. Aubert,

INSTITUT DE THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE

d'ARGELÈS (Hautes-Pyrénées)

CURE DE CLIMAT — CURES DE RÉGIME — CURES DE TERRAINS

BAINS D'AIR, DE LUMIÈRE, DE SOLEIL

BAINS DE LUMIÈRE ÉLECTRIQUE

Lumière blanche et colorée — Chaleur radiante lumineuse

(APPAREILS DOWSING)

RÉÉDUCATION PSYCHIQUE ET MOTRICE

MÉCANOTHÉRAPIE

Appareils Zander. — Application aux maladies nerveuses et orthopédiques.

KINÉSITHÉRAPIE

Gymnastique orthopédique de développement.
Gymnastique suédoise.
Rééducation musculaire méthodique appliquée au traitement des maladies nerveuses.
Massage français et suédois.
Massage général et local. — Massage vibratoire électrique. (*sismothérapie*).

HYDROTHÉRAPIE

Bains simples ou médicamenteux. — Douches diverses.
Bains de piscine (chaude et froide).
Douches de vapeur. — Douches ascendantes.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Courants galvaniques et faradiques de toutes formes.
Franklinisation statique.
Bain hydro-électrique.
Courants de haute fréquence (divers modes d'application).
Electrolyse.

RADIOSCOPIE — RADIOGRAPHIE

SERINGUE HYPODERMIQUE STÉRILISABLE

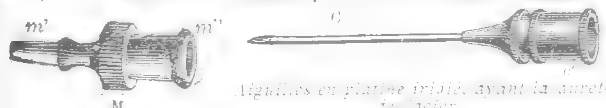
SOLIDE, PRATIQUE & D'UNE GRANDE PRÉCISION

EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX LABORATOIRES OFFICIELS.

Importante réduction de prix.



Quatre Types de 1, 2, 3, 5, 10 et 20 cc. N° 1 simple; — N° 2, avec verre de rechange; — N° 2 *bis* dans une gaîne stérilisable; — N° 3, n° 2, avec les accessoires pour la stérilisation à l'eau.



Aiguilles en platine iridié, ayant la dureté de l'acier.

Eugène FOURNIER, 42 et 44, rue Bargue (15e),
PARIS, près l'Institut Pasteur.
NOTICE et CATALOGUE FRANCO. — *TÉLÉPHONE* 722-20

ANÉMIE, CHLOROSE, NEURASTHÉNIE, LYMPHATISME, TUBERCULOSE, CACHEXIES, MALADIES OSSEUSES, RACHITISME, SCROFULES, ALBUMINURIE, PHOSPHATURIE, NÉVRALGIES

HÉMONEUROL COGNET

Combinaison granulée nouvelle

d'OXYHÉMOGLOBINE, KOLANINE et GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX

RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR DES GLOBULES SANGUINS NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

PARIS — 43, Rue de Saintonge, 43, *et toutes Pharmacies*

KÉPHIR SALMON

ALIMENTATION DES DYSPEPTIQUES & DES TUBERCULEUX

KÉPHIR n° I, Laxatif. — N° II, Alimentaire. — N° III, Constipant.

PULVO-KÉPHIR

pour préparer soi-même le Képhir lait diastasé

Le PULVO-KÉPHIR a été fait pour permettre aux personnes éloignées de Paris de préparer elles-mêmes le Képhir.

Prix de la boîte de 10 doses : 3 francs

SOCIÉTÉ D'ALIMENTATION LACTÉE, 28, rue de Trévise. — Fournisseur des Hôpitaux

...decin principal. — *Législation et administration* : M. X...., ...decin en chef, professeur. — *Clinique médicale* : M. Planté, ...decin principal ; M. De Champeaux, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. Ambiel, médecin en chef, professeur ; M. ...tric, chef de clinique. — *Bactériologie* : M. Planté, médecin principal, professeur. — *Applications de la physique à la médecine* : M. X...,pharmacien principal. — *Chimie histologique*. — ... X...

3° Ecoles annexes de médecine.

(Brest).

Directeur : M. X..., directeur du service de santé. — *Anatomie descriptive* : MM. Condé, médecin de 1re classe. — *Histologie et Physiologie* : M. Mailliu, médecin de 1re cl. — *Séméiologie médicale et petite chirurgie* : M. Salaun, médecin de 1re classe. — *Physique biologique* : M. X..., pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Izambert, pharmacien de 1re classe. — *Prosecteur d'anatomie* : M. X..., médecin de 2e classe.

Rochefort.

Directeur : M. X..., directeur du service de santé. — *Anatomie descriptive* : M. Etourneau, médecin de 1re classe. — *Physiologie et histologie* : M. Duguet, médecin de 1re classe. — *Séméiologie médicale et chirurgicale* : M. Bartet, médecin de 1re classe. — *Physique biologique* : M. Perdrigeat, pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Lasalle, pharmacien de 1re cl. — M. Manine-Hitou, médecin de 2e cl., prosecteur d'anatomie.

(Toulon).

Directeur : M. Guès, directeur du service de santé. — *Anatomie* : Bouras, médecin de 1re classe. — *Histologie et Physiologie* : M. Pourtal, médecin de 1re classe. — *Chirurgie élémentaire et Séméiologie médicale* : M. Mourron, médec. de 1re cl. *Physique biologique* : M. X......, pharmacien principal. — *Chimie biologique* : M. X...., pharmacien de 1re classe, professeur. *Professeur d'anatomie* : M. X...

Conseil supérieur de santé de la Marine

(Ministère de la Marine).

M. Bertrad, inspecteur général du service de santé, président du Conseil supérieur de santé ; Hyades et Barret, médecins en chef de 1re classe : M. Billandaeu, pharmacien en chef, M. Roux-Dessineng, médecin de 1re classe.

Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Voici le texte du décret du 3 octobre 1905 qui crée une école d'application du service de santé colonial à Marseille :

Art. 1er. — L'école d'application du service de santé des troupes coloniales est créée à Marseille. Elle est instituée pour donner aux médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales, et aux médecins et pharmaciens stagiaires des troupes coloniales, l'instruction professionnelle spéciale, théorique et surtout pratique, nécessaire pour remplir les obligations du service qui incombent au corps de santé des troupes coloniales de France et aux colonies.

Personnel de l'école. — Art. 2. — L'état-major de l'école est composé d'officiers du service de santé des troupes coloniales : le médecin inspecteur ou principal de 1re classe, directeur. 1 médecin principal de 1re ou de 2e classe, sous-directeur. 1 médecin-major de 1re classe, major. 1 officier d'administration de 1re ou 2e classe du service de santé, comptable du matériel et trésorier.

Art. 3. — Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre. La durée de ses fonctions est de trois ans ; elle peut être prolongée par décision du ministre de la guerre de deux périodes successives de un an.

Art. 4. — Le sous-directeur et les autres officiers attachés à l'école sont nommés par décision du ministre de la guerre.

Art. 5. — L'autorité du directeur de l'école s'exerce sur tout le personnel et sur toutes les parties du service : discipline, instruction et administration. Le directeur est logé à l'école et tenu d'y résider.

Art. 6. — Les salles coloniales de l'hôpital militaire de Marseille servent d'hôpital d'instruction à l'école d'application. Elles sont, comme les salles métropolitaines, sous l'autorité du médecin chef de l'hôpital militaire, mais elles fonctionnent avec un personnel de médecins et d'infirmiers fourni par le service de santé des troupes coloniales. Les médecins sont soumis à toutes les obligations prévues pour les médecins traitants des hôpitaux militaires par le règlement sur le service de santé à l'intérieur et les instructions ministérielles. Les infirmiers sont détachés à l'hôpital militaire et participent aux services généraux de cet établissement, notamment au service de grade. Le directeur de l'école a le droit de visiter les salles coloniales en vue d'y assurer le contrôle technique de l'enseignement donné aux élèves ainsi que l'inspection du personnel colonial qui s'y trouve employé. Le directeur du service de santé du 15e corps d'armée lui fournit tous les renseignements techniques nécessaires et lui adresse périodiquement les notes du personnel colonial en service. Les pharmaciens aides-majors de 2e classe élèves et les pharmaciens stagiaires sont mis par le directeur de l'école à la disposition du médecin chef qui les répartit dans les services de leur spécialité et les note périodiquement.

Le directeur de l'école correspond directement avec le ministre pour toutes les affaires relatives à l'école ; il correspond directement avec le directeur du service de santé du 15e corps d'armée pour les affaires relatives aux salles coloniales de l'hôpital militaire. Le directeur de l'école adresse au général commandant le corps d'armée des troupes coloniales tous les renseignements importants relatifs à l'hygiène et à la santé des militaires coloniaux traités à l'hôpital militaire.

Art. 7. — Le sous-directeur est aux ordres du directeur de l'école pour toutes les parties du service. Il est chargé spécialement de la police, de la discipline et des questions de personnel ; il remplace le directeur absent. Il peut être chargé d'un cours. En cas d'absence, il est remplacé par le médecin le plus élevé en grade et le plus ancien dans le grade.

Art. 8. — Les professeurs sont médecins traitants des salles coloniales de l'hôpital militaire, ils sont assistés par des médecins majors de 2e classe ou aides-majors de 1re classe qui sont surveillants des études, remplissent en même temps les fonctions de chefs de clinique et de chefs de travaux et peuvent être chargés de cours. Le major et l'officier d'administration comptable exercent leurs fonctions conformément aux réglements sur l'administration et la comptabilité des écoles et sur le service intérieur de l'école. Le major est chargé du cours d'administration.

Art. 9. — Le personnel enseignant de l'école comprend des professeurs, des chefs de clinique et des chefs de travaux répartis comme il suit :

1° *Clinique interne et maladies des pays chauds*. — Un professeur médecin principal ou médecin major de 1re classe. Un chef de clinique, médecin major de 2e classe ou aide-major 1re classe. — 2° *Clinique externe, chirurgie d'armée et maladies spéciales*. — Un professeur, médecin principal ou major de 1re classe. Un chef de clinique, médecin major de 2e classe ou aide major de 1re classe. — *Bactériologie, parasitologie, hygiène militaire et coloniale, prophylaxie des maladies tropicales, police sanitaire*. — Un professeur médecin principal ou major de 1re classe. Un chef des travaux major de 2e classe ou aide-major de 1re classe. — 4° *Anatomie chirurgicale, médecine opératoire, pansements et appareils*. — Un professeur, médecin principal ou major de 1re classe. Un chef des travaux, médecin-major de 2e classe ou aide-major de 1re classe. — 5° *Médecine légale, administration, service de santé en France et aux colonies*, Professeur, le médecin major de 1re classe, major de l'école. — 6° *Chimie, toxicologie, pharmacie*. Un professeur, pharmacien major de 1re ou de 2e classe. Un chef des travaux, pharmacien-major de 2e classe ou aide-major de 1re classe.

Les professeurs de l'école seront nommés dans des conditions fixées par instruction ministérielle. Pour la première formation, ils seront désignés par le ministre, sur la proposition d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats. La durée des fonctions de sous-directeur, de professeur et de major est fixée à deux ans ; elle peut être prolongée de deux périodes successives de un an par décision du ministre et sur la proposition du directeur de l'école.

Art. 10. — L'enseignement de l'école est complété suivant les besoins : 1° par les cours professés à l'institut colonial et à l'école de plein exercice de Marseille, et surtout par l'enseignement pratique donné dans les services de médecine, de chirurgie, d'accouchements et de maladies spéciales des hôpitaux de la ville ; 2° par des conférences complémentaires faites par des professeurs qualifiés nommés par le ministre. Chaque année, le directeur soum et à l'approbation du ministre, après avis du conseil de perfectionnement, la liste des cours de l'école de médecine et de l'Institut colonial ainsi que celle des services des hôpitaux que devront suivre les élèves ; il lui soumet dans les mêmes conditions la liste des professeurs qualifiés chargés des conférences.

Art. 11. — Les chefs de travaux et chefs et clinique sont nommés au concours parmi les médecins-majors de 2e classe et les aides-majors de 1re classe ayant au moins deux ans de grade. La durée de leurs fonctions est de deux ans, elle peut être prolongée d'une période d'un an par décision du ministre sur la proposition du directeur de l'école. La durée des fonctions de l'officier

d'administration comptable est déterminée dans les mêmes conditions.

Art. 12. — Le personnel subalterne de l'école est emprunté au dépôt de la section d'infirmiers des troupes coloniales, suivant une répartition arrêtée par le ministre de la guerre sur la proposition du directeur de l'école et après avis du directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales.

Conseils. — Art. 13. — Il est établi à l'école : 1° un conseil de perfectionnement ; 2° un conseil d'administration ; 3° un conseil de discipline.

Art. 14. — Le conseil de perfectionnement se compose du directeur, président ; du sous-directeur, des professeurs. Un major de 2ᵉ classe, désigné chaque année par le directeur, remplit les fonctions de secrétaire. Le conseil se réunit chaque fois que le directeur le convoque et au moins deux fois par an. Il émet son avis motivé sur tous les sujets soumis à ses délibérations, soit par le président, soit par l'un de ses membres, dans l'intérêt des études. Si ses délibérations l'amènent à proposer des modifications dans les programmes ou dans l'emploi du temps, les procès-verbaux des séances sont annexés aux demandes conformes adressées par le directeur de l'école au ministre.

Art. 15. — Le conseil d'administration se compose : Du directeur, président ; du sous-directeur ; d'un médecin professeur ; du major, rapporteur ; de l'officier d'administration, secrétaire. Le médecin professeur est désigné chaque année par le directeur, qui le choisit alternativement parmi les deux plus anciens professeurs. Les attributions du conseil d'administration sont définies par les règlements sur l'administration et la comptabilité des écoles militaires.

Art. 16. — Le conseil de discipline se compose : du directeur, président, du sous-directeur, de deux professeurs, et d'un médecin-major de 2ᵉ classe.

Les deux professeurs et le médecin-major de 2ᵉ classe sont désignés chaque année par le directeur. Le conseil de discipline est chargé de provoquer toutes les mesures nécessaires au maintien de l'ordre. Le stagiaire qui a commis une faute assez grave pour encourir le renvoi de l'école parait devant le conseil de discipline. Le ministre de la guerre statue sur les propositions de renvoi. L'aide-major de 2ᵉ classe élève, appelé pour le même motif à comparaitre devant le conseil de discipline, est l'objet, s'il y a lieu, d'une proposition de mise en non-activité ou en réforme.

Art. 17. — En cas de désordres graves, de manifestations quelconques ou de fautes collectives, le ministre prend, d'après les rapports du directeur de l'école, les mesures qu'il juge convenables dans l'intérêt de la discipline.

Dispositions relatives aux aides-majors de 2ᵉ classe élèves, aux stagiaires et au service intérieur. — Art. 18. — Tout élève de service de santé des troupes coloniales reçu docteur en médecine ou pharmacien de 1ʳᵉ classe, est admis de plein droit à l'école d'application le 1ᵉʳ février, il est nommé, à cette date, au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2ᵉ classe. L'école reçoit à la même date les médecins et pharmaciens stagiaires nommés après concours, en exécution de l'article 16 du décret du 11 juin 1901. Pendant leur séjour à l'école d'application le classement par ordre de mérite des médecins et pharmaciens aides-majors de 2ᵉ classe et des médecins et pharmaciens stagiaires est déterminé par les notes des examens trimestrielles combinées avec les autres notes. Les cours de l'école d'application commencent le 1ᵉʳ février et prennent fin le 1ᵉʳ octobre. Les examens de sortie ont lieu dans la deuxième quinzaine de septembre.

Art. 19. — Le programme des études et le tableau d'emploi du temps sont établis par le directeur de l'école après avis du conseil de perfectionnement et soumis à l'approbation du ministre.

Art. 20. — Le règlement sur le service intérieur de l'école est présenté par le directeur à l'approbation du ministre : il en est de même des modifications à ce reglement qui seraient jugées ultérieurement nécessaires.

Art. 21. — L'école est inspectée chaque année par un médecin-inspecteur des troupes coloniales délégué par le ministre.

Art. 22. — A partir de leur nomination, les aides-majors de 2ᵉ classe élèves et les stagiaires reçoivent des allocations déterminées par les tarifs de solde.

Art. 23. — Ils sont soumis à l'intérieur de l'école à des interrogatoires à des épreuves pratiques qui donnent lieu à des notes permettant d'établir deux classements au 1ᵉʳ mai et au 1ᵉʳ août.

Art. 24. — Les examens de sortie sont passés devant un jury spécial présidé par un médecin inspecteur des troupes coloniales désigné par le ministre et assisté de deux professeurs de l'école. Le classement par ordre de mérite des aides-majors de 2ᵉ classe et des stagiaires est arrêté en séance du conseil de perfectionnement, présidé par le médecin inspecteur, président général des jurys. Ce classement général résulte de la combinaison des notes obtenues aux examens de sortie avec celles des deux classements annuels.

Art. 25. — Les aides-majors de 2ᵉ classe élèves qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen de sortie prennent rang sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2ᵉ classe, d'après leur numéro de classement général. Les stagiaires qui ont subi avec succès ces mêmes épreuves sont nommés au grade de medecin ou de pharmacien aide-major de 2ᵉ classe à compter du 1ᵉʳ octobre, ils prennent rang entre eux et à cette date sur la liste d'ancienneté, d'après leur classement de sortie.

Art. 26. — Les aides-majors de 2ᵉ classe élèves et les stagiaires qui n'ont pas obtenu à l'examen de sortie le minimum des points déterminé par le règlement sur le service intérieur de l'école peuvent être autorisés par le ministre sur la proposition du jury à renouveler leur huit mois d'études. Ils concourent dans ce cas avec la promotion suivante et sont classés, s'ils ont satisfait à l'examen de sortie, avec les aides-majors de 2ᵉ classe ou les stagiaires de cette promotion. Dans le cas où l'autorisation de redoubler les huit mois d'études n'est pas accordée, les aides-majors de 2ᵉ classe élèves sont mis en non-activité. Ils peuvent être autorisés à subir de nouveau les examens de sortie en mêmes temps que les aides-majors élèves d'une promotion suivante ; s'ils satisfont à ces examens ils sont rappelés à l'activité, prennent rang à la suite des aides-majors de cette promotion et entre eux, d'après les règles générales établies pour le classement. Les stagiaires à qui l'autorisation de redoubler le stage n'est pas accordée sont licenciés de l'école et restent soumis aux obligations imposées par la loi au recrutement.

Art. 27. — L'autorisation de redoubler les huit mois d'études ne peut être accordée qu'une seule fois aux aides-majors élèves et aux stagiaires.

Art. 28. — Tout stagiaire licencié de l'école est tenu au remboursement du montant des sommes payées à lui ou pour lui par le département de la guerre. Il en est de même si, nommé médecin ou pharmacien aide-major de 2ᵉ classe, il quitte, excepté dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli son engagement sexennal. Les médecins ou pharmaciens des troupes coloniales provenant d'une école de recrutement qui quitteraient, excepté dans le cas de réforme pour infirmités, le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur rengagement sexennal, sont tenus au remboursement du montant des frais de scolarité payés pour eux par l'administration de la guerre, et s'ils ont été boursiers à l'école de recrutement, au payement des montant des frais de pension et de trousseau, ainsi qu'au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement.

Enseignement spécial pour les officiers du service de santé des troupes coloniales en congé en France. — Art. 29. — Pendant toute l'année, et plus spécialement du 1ᵉʳ octobre au 1ᵉʳ février, des cours pratiques de clinique et de médecine opératoire, sont faits à l'école d'application pour les médecins et pharmaciens des troupes coloniales en congé qui en font la demande et sont autorisés par le directeur de l'école. Les laboratoires et les amphithéâtres d'anatomie sont mis à leur disposition. Ils travaillent sous la direction des professeurs et peuvent être autorisés à se livrer à des études spéciales.

Ecole de Médecine indigène de Madagascar à Tananarive.

(Arreté du 11 décembre 1896.)

Cette Ecole prépare des jeunes gens aux fonctions de médecin de colonisation et des jeunes filles à celles de sages-femmes. Son siège est à l'hôpital de Tananarive et la Maternité d'Isoraka. Tous les grands centres de Madagascar sont pourvus d'asiles ou d'hôpitaux où les malades sont traités gratuitement : il existe en outre des consultations foraines. Les lépreux sont soignés dans des établissements spéciaux. La divulgation de l'hygiène se fait par de nombreuses brochures en langue malgache. Les vaccinations rendues obligatoires se font fréquemment partout.

75 médecins indigènes et 64 sages-femmes ont été diplômées depuis 1897. Ils sont dispersés dans les divers centres de Madagascar où ils exercent. Ces médecins indigènes diplômés sont organisés par un arrêté du 15 octobre 1900 ; ils sont assimilés aux sous-gouverneurs.

Personnel de l'Ecole de Médecine. — M. Jourdran, médecin de 1ʳᵉ classe, *Directeur* ; MM. Villette, médecin major de classe, Maurras, médecin major de 2ᵉ classe, Fontoynont, médecin civil, Bouin, pharmacien major, Rasamniana, médecin civil, Razafinipalino, médecin de colonisation de 4ᵉ classe, *professeurs*.

Ecole de médecine indigène de l'Inde francaise à Pondichéry.

Directeur : M. le Dr Camail, médecin-major de 1re classe. Professeurs MM. Gassin, médecin aide-major de 2e classe, et Serph, pharmacien major de 2e classe.
Il existe des professeurs indigènes et des sages-femmes.

Ecole de Médecine indigène de l'Indo-Chine, à Hanoï.

Cette école de médecine indigène a son siège à Hanoï et un hôpital indigène lui est annexé.

Personnel. — Le Dr Cognacq, *Directeur* : M. Gallois, chargé de cours, *secrétaire*. — MM. les Drs Degorge, Leroy des Barres et Lasnet, *professeurs*. — MM. le Dr Capus, médecin major de 1re classe des colonies ; Jacquet, Directeur de l'Agriculture au Tonkin, *chargés de cours*. — M. Le Van Chinh, *interprete répétiteur*. — M. Le Van Huan, copiste *expéditionnaire*.

Conseil supérieur de Santé des Colonies (Ministère des Colonies).

M. Kermorgant, médecin inspecteur général, *président*. — MM. Primat, médecin inspecteur des troupes coloniales. Pottier, pharmacien principal de 1re classe des troupes coloniales, *membres*. — M. Arnoult, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, *secrétaire*. — M. Regnier, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, attaché à l'Inspection générale du service de santé des Colonies et chargé de la statistique.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE

A. Belgique.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE BRUXELLES

Président : M. Spehl. — Secrétaire : M. J. De Boeck.

Candidature (Art. 22 de la loi).

Première épreuve. — *Anatomie humaine systématique. (Ostéologie, syndesmologie, myologie, angiologie)* : M. Brachet, prof. extr., 1 s., lundi, mardi, mercredi ; 2 s., lundi, mardi, 10 h. — *Histologie générale* : M. Rommelaere, prof. ord., 1 s., mardi et jeudi, 9 h., vendredi, 10 h. — *Physiologie générale* : M. Demoor, prof. extr., 1 s., lundi, mercredi, 8 h.3/4 : 2 s., mardi, jeudi, 11 h. 1/2. — *Eléments d'anatomie comparée* : M. Yseux, prof. ..., 1 s., mardi, 3 h. 1/4 ; 2 s., mardi, mercredi, 8 h. 3/4. — *Démonstrations anatomiques* : M. Brachet, prof. extr., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 2 h. 1/2 à 5 heures.

Deuxième épreuve. — *Anatomie humaine systématique (splanchnologie, névrologie, organes des sens)* : M. Brachet, prof. extr., 1 s., jeudi, vendredi, 10 h., samedi, 11 h. ; 2 s., jeudi, vendredi, samedi, 11 h. — *Anatomie humaine topographique* : M. Brachet, prof. extr., 1 s., lundi, jeudi, 9 h. — *Physiologie spéciale* : M. Héger, prof. ord., 1 s., lundi, mercredi, 11 h., samedi, 10 h. ; 2 s., lundi, mercredi, 11 h., samedi, 10 h. — *Histologie spéciale*. M. Rommelaere, prof. ord., 2 s., mardi, jeudi, 9 h., vendredi, 10 h. — *Exercices micrographiques* : M. Rommelaere, prof. ord., 2 s., mardi, jeudi, 10 h. — *Embryologie* : M. N..... 1 et 2 s., mardi, 11 h. — *Démonstrations anatomiques* : M. Brachet, prof. extr., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 2 h. 1/2 à 6 h. — M. Brunin, chef des travaux anatomiques ; M. Joris, agrégé, assistant au cours d'histologie ; M. Willems, assitant aux cours d'anatomie systématique et d'anatomie topographique.

Doctorat. (Art. 24 de la loi).

Première épreuve. — *Pathologie chirurgicale générale* : M. Thiriar, prof. ord., 1 et 2 s., lundi, vendredi, 12 heures. — *Pathologie générale, y compris la propédeutique* : M. Spehl, prof. ord., 1 et 2 s., mardi, samedi, 12 h. — *Théorie des accouchements* : M. Kufferath, prof. ord., 1 et 2 s., lundi, 1 h., mercredi, 12 h. — *Pharmacologie* : M. Jacques, prof. ord. 1 et 2 s. mardi, 1 h., jeudi, 1 h. 1/2-2 h. 1/2.

Deuxième épreuve. — *Pathologie et thérapeutique des maladies internes* : M. Carpentier, prof. ord., 1 et 2 s., Jeudi, 12 h. 1 h. 1/2, samedi, 1 h. à 2 h. 1/2. — *Thérapeutique générale et pharmacodynamique* : M. Jacques, prof. ord., 1 et 2 s., mercredi, vendredi, 1 h. — *Anatomie pathologique* : M. Stiénon, prof. ord., 1 et 2 s., mercredi et vendredi, 2 h. — *Exercices pratiques d'anatomie pathologique* : M. Stiénon, 2 s., lundi, 2 h., mercredi, vendredi, 3 h. — *Psychiatrie* : M. de Boeck, prof. extr., 1 s., vendreedi, 12 h. — *Pathologie chirurgicale spéciale* (à Saint-Pierre) : M. Thiriar, prof. ord., 1 et 2 s., mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2. — M. Sand (R.), agrégé, assistant au cours d'anatomie pathologique.

Troisième épreuve. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. Stiénon, prof. ord., 1 et 2 s., mardi, jeudi, samedi, 8 h. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. Thiriar, prof. ord., 1 et 2 s., mardi, jeudi et samedi, 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* (à Saint-Jean) : M. Vandervelde, agrégé, 1 et 2 s., lundi, mercredi, samedi, 8 h. — *Clinique chirurgicale* (à Saint Jean) : M. Depage, agrégé, 1 s., lundi, vendredi, 9 h. 1/2 ; 2 s., lundi et mercredi, 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* (à la Maternité) : M. Kufferath, prof. ord., 1 et 2 s., mardi, jeudi, samedi, 3 h. 1/2. — *Ophtalmologie et Clinique ophtalmologique* (à Saint-Jean) : M. Gallemaerts, prof. extr., 1 s., mercredi, 9 h. 1/2 ; 2 s., vendredi, 9 1/2. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. Laurent prof. ord., 1 et 2 s., lundi, mercredi et vendredi, 12 h. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : M. Laurent, prof. ord., 2 s., lundi et mercredi, 3 h. — *Anatomie des régions et démonstrations* : M. Brachet, prof. extr., 1 s., lundi, mercredi, 2h. — *Médecine légale* : M. Dallemagne prof. extr. 1 s., vendredi, 1 h. ; 2 s., mercredi, vendredi, 1 h. — *Hygiène publique et privée*, y compris la *bactériologie* : M. de Smet, prof. ord., 1 s., lundi, mercredi, 1 h., vendredi, 2 h. ; 2 s., luudi, 1 h., mercredi, vendredi, 2 h. — M. Funck, agrégé, assistant au cours d'hygiène.

Cliniques complémentaires.

Clinique interne des maladies des enfants (à Saint-Pierre) : M. Jacques, prof. ord., 1 et 2., samedi 1 h. — *Clinique externe des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) : M. Lorthioir, chir. de l'hôpital, 1 s., samedi, 2 h. — *Clinique des affections mentales* (à Saint-Jean) : M. de Boeck, prof. extr., 1 s., mardi, 2 h. — *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean), M. Rouffart, agrégé, 1 s., lundi et vendredi, 4 h. 1/2. — *Clinique des maladies cutanées* (à Saint-Pierre) : M. Bayet, agrégé, 1 et 2 s., samedi, 12 h. — *Clinique des maladies syphilitiques* (à Saint-Pierre) : M. Bayet agrégé, 1 et 2 s., dimanche, 10 h. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. Cheval, agrégé, 1 et 2 s., jeudi, 12 h. — *Clinique chirurgicale : clinique sur la chirurgie des voies urinaires* (à Saint-Jean) : M. Verhoogen (J.), agrégé, 1 s., jeudi, 2 h. 1/2 ; 2 s., mardi, 1 h., jeudi, 2 h. 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : Delsaux, chef de service à l'hôpital, 1 s., mardi, 1 h. — *Clinique chirurgicale (bandage et appareils)* à Saint-Pierre) : M. Van Engelen, agrégé, dimanche, 9 h. — *Clinique interne des maladies des vieillards* (à l'infirmerie) : M. Verhoogen (R.), agrégé, 1 s., jeudi, 2 h. 1/2.

Grade de pharmacien. (Art. 25 de la loi).

Première épreuve. — *Eléments de chimie analytique, qualificative et quantitative. Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique* : M. A. Van Engelen, prof. ord., 1 et 2 s., lundi, mardi, mercredi, 9 h. à 10 h. 1/2. — *Pharmacognosie. Altérations et falsifications des substances médicamenteuses et alimentaires* : A. Herlant, prof. ord., 1 et 2 s., jeudi, vendredi, 9 h. à 10 h. 1/2.

Deuxième épreuve. — *Opérations chimiques. Opérations analytiques. Recherches toxicologiques* : M. A. Van Engelen, prof. ord., 1 et 2 s., lundi, 10 h. 1/2 à 12 h. 1/2, mardi et mercredi, 10 h. 1/2 à 12 h. 1/2 et 2 h. à 5 h. — *Recherches des falsifications des substances alimentaires. Recherches microscopiques* : M. A. Herlant, prof. ord., 1 s., mardi, mercredi, 1 h. 1/2 à 5 h. 1/2, jeudi, vendredi, 10 h. 1/2 à 12 h. 1/2 ; 2 s., jeudi, vendredi, 10 h. 1/2 à 12 h. 1/2. — M. Léon Herlant, agrégé, assistant aux cours de chimie.

Troisième épreuve. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques officinales et magistrales* : M. A. Herlant, prof. ord., 2 s., jeudi, vendredi, 9 h. à 10 h. 1/2 et de 10 1/2 à 12 heures 1/2.

Cours libres.

Electro technique médicale. Technique et théorie de la radiologie (Inst. de phys.). *Exercices de radiographie et de radiologie* (à Saint-Pierre) : M. Cheval, agrégé, 1 s., mercredi, 3 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux* (Inst. d'hyg.) : M. Crocq, agrégé, 1 et 2 s., samedi, 2 h. 1/2. — *Anthropologie* (Inst. de sociologie) : M. Houzé, prof. extr., 1 s., mardi et samedi, 5 h. — *Manœuvres obstétricales et démonstrations d'instruments d'obstétrique* (exercices pratiques) : M. Cocq, agrégé, 2 s., lundi, 4 h. — *Pathologie de la grossesse* (Inst. d'hygiène : M. Tournay, agrégé, 1 s., jeudi, 1 h. 1/2. — *Cours théorique et pratique de massage* (hôpital Saint-Jean) : M. Le Marinel, agrégé, 1 s., mardi, 5 h. — *Pathologie des maladies microbiennes. Infection et immunité.* (Huit leçons) : M. Bordet, agrégé, 2 s., mercredi et samedi, 4 h. 1/2. — *Cures hydrothérapiques et cures d'eaux minérales* (Inst. de

physiologie) : M. Wybauw, agrégé, 1 s., mercredi, 3 h. 3|4. — *Propédeutique des maladies des voies digestives* : M. Godart-Danhieux, agrégé, 1 s., jeudi, 2 h. 1|2. — *Exploration clinique et diagnostic médical* (à Saint-Pierre) : M. Villers, agrégé, 1 s., mardi, 3 h. 1|2 ; 2 s., samedi, 3 h. 1|2. — *Démonstrations microscopiques d'histologie* : M. Joris, agrégé. vendredi, samedi, 10 h. 2 s. ; mercredi, vendredi, 3 h. — *Technique et travaux d'histologie* : M. Joris, agrégé. Jours et heures à fixer. — *Procédés de laboratoire appliqués à la clinique* : M. Zunz, agrégé, 1 s., lundi, 2 h., jeudi, 2 h. 1|2. — *Eléments de chimie physiologique* (Ecole de pharmacie) : M. Herlant (Léon), agrégé, 1 s., lundi, 2 heures.

Institut de physiologie.

Démonstrations de physiologie : M. Héger, prof. ord., 2 s., lundi, mardi, 3 h. 1|2 à 5 h. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. J. Demoor, prof. extr., 2 s., jeudi et samedi, 3 h. à 6 h. — *Exercices pratiques de chimie physiologique* : M. Slosse, chargé de cours. Tous les jours de 3 à 5 heures. — J.-B. Coppez, J.-B. Depaire, Hauben et Sacré, professeurs honoraires. Coppez, H., Dubois-Havenith, Jacob, Marique, Péchère, agrégés.

ECOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. Van Engelen, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi. de 8 h. 1/2 à 9 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires.* M. A. Herlant, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie, et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heures à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique, qualitative et quantitative. Opérations chimiques. Opérations analytiques* : M. E. Van Engelen, prof. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi. Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demi.

POLYCLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES

24-26, *rue des Eperonniers*,

Les cliniques spéciales, inaugurées dans le courant de l'été 1891, reprises depuis novembre 1898, sont continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide des différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an ; en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Polyclinique, tous les jours de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Tous les jours à 8 h. 1/2. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr Hendrix. — Tous les jours à 8 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*, M. le Dr Higuet. — Lundi, mercredi et vendredi, de 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr Jos. Godart. De 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies nerveuses. Electrothérapie* : M. le Dr Glorieux. — Mardi, jeudi. samedi, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies de la peau*. M. le Dr Dubois-Havenith, agrégé, à l'Université. — Tous les jours, de 8 h. à 9 h. *Maladies des voies urinaires, Cystoscopie*, M. le Dr Bastin-Williams

Tous les jours, de 11 h. à 12 h. : *Ophtalmologie*, Dr Gallemaerts, agrégé à l'Université. — Tous les jours, de 10 h. à 11 h. *Maladies des voies digestives*, Dr Godart-Danhieux. — Mardi, jeudi et samedi, de 8 h. à 9 h. *Maladies des dents et de la bouche*, M. Rosenthal.

POLICLINIQUE CENTRALE DE BRUXELLES

31, rue Duquesnoy.

Des cours de 4 à 6 semaines sont donnés à la Policlinique centrale sur les spécialités suivantes :

Urologie et dermatologie.— Cours pratiques d'urétroscopie et de cystoscopie. Cathétérisme des uretères. Cours pratiques de médecine opératoire pour les voies urinaires. Démonstrations sur le traitement de la syphilis par la cure intensive. Cours pratiques de photo et radiothérapie. M. le Dr Duhot. — *Maladies et affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin* : Cours pratique de médecine opératoire spéciale sur les voies digestives. *Au laboratoire* : Cours spécial de chimisme stomacal par le Dr Docq. — *Otologie. Rhinologie et laryngologie* : Cours pratiques. Dr Wodon.

Maladies nerveuses et mentales. — Cours pratiques sur la technique de l'anesthésie rachidienne et sur la ponction lombaire. Cours pratiques d'électrothérapie, M. le Dr Laruelle (de Liége). — *Médecine générale*. Cours pratiques sur le traitement des tumeurs, affections cancéreuses de Coley : M. le Dr Matagne. — *Gynécologie et chirurgie générale*. Cours pratiques de gynécologie, par M. le Dr Puttemans.

Pédiatrie et orthopédie. — Cours pratiques : M. le Dr Cordier. Cours de radio-diagnostic. — *Maladies de la bouche et des dents*. Cours pratiques : M. le Dr Devroe. — *Ophtalmologie*. Consultations les lundis, mercredis et vendredis à 4 h. 1|2. — *Radioscopie-photothérapie*, la salle d'opérations est accessible aux chirurgiens étrangers à la policlinique ; leurs malades peuvent être hospitalisés à l'Institut. — Tous les services sont ouverts aux médecins désirant suivre les cliniques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND

Doyen : M. Van Ermengen. — Secrétaire : M. Van der Stricht.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchement.

Première année. — *Eléments de zoologie* : M. F. Plateau, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. Leboucq, professeur. — *Physiologie générale*, M. E. Lahousse, prof. — *Histologie générale*, M. Van der Stricht, prof. ext. — *Embryologie*, M. Van der Stricht, prof. ext. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. Van der Stricht, prof. — *Exercices pratiques de zoologie*, M. F. Plateau, professeur.

Seconde année. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. Leboucq, prof. — *Histologie spéciale*, M. Van der Stricht, prof. ext. — *Anatomie topographique*, M. H. Leboucq, prof. — *Physiologie spéciale*, M. Lahousse, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. Plateau, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. Van der Stricht, prof. ext. — *Psychologie*, M. J. Van Biervliet, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. Plateau, professeur.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Première épreuve. — *Pathologie générale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Anatomie pathologique*, M. le Dr Van Duyse, prof. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. F. Van Imschoot, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. Heymans, prof. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. Van der Linden, chargé de cours.

Deuxième épreuve. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes y compris les maladies mentales*, M. E. Eeman, prof. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. A. de Cock, prof. — *Pharmacodynamique*, M. J.-F. Heymans, prof. ordinaire. — *Eléments de pharmacologie*, M. J.-F. Heymans, prof. ordin.

Troisième épreuve. — *Théorie des accouchements*, M. C. Van Cauwenberge, prof. — *Médecine légale*, M. E. Van Ermengem, prof. — *Clinique obstétricale*, M. C. Van Cauwenberge, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. van der Linden, chargé de cours. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. D. Van Duyse, prof. ordin. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. Verstraeten, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. A. de Cock, et M. Van Imschoot, prof. — *Policlinique médicale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Clinique gynécologique*, M. C. Van Cauwenberge, prof. — *Clinique médicale*, M. R. Boddaert, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. A. de Cock, prof. et M. Van Imschoot, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. Van Imschoot, prof. — *Démonstration d'anatomie des régions*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. D. Van Duyse, prof.

Cours facultatifs. — *Bactériologie*, M. E van Ermengem, prof. — *Otologie, laryngologie, et rhinologie*, M. E. Eeman, prof. — Les élèves des trois doctorats en médecine pourront, de plus, s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

Maladies des pays chauds : M. P. Van Durme.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examens de pharmacien.

Première épreuve. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. Gilson, prof. — *Chimie pharmaceutique*, M. Delacre, prof., E. Gilson, prof. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des substances médicamenteuses*, M. E. Gilson, prof. — *Falsification des denrées alimentaires*, M. E. Gilson, prof.

Seconde épreuve. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsification des médicaments*, MM. Delacre, prof., et G...

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies.

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès médical.* — Prix : broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

« Les internes et les externes des hôpitaux, dit notre ami le Pr Brouardel, ont seuls eu l'occasion, avant de se livrer à la pratique de la médecine, de faire des autopsies. Dans les hôpitaux, le plus souvent, l'autopsie a pour but de déterminer la nature de la maladie pour laquelle le malade a été soigné, de contrôler le diagnostic. Elle est donc souvent très incomplète. Sans insister sur les différences et les difficultés de l'autopsie médico-légale, on peut dire que peu de médecins, même les plus instruits, sont en état de distinguer toutes les lésions développées sous l'influence de la maladie, de celles qui auraient pu être provoquées par une intoxication ». C'est pour aider à combler la connaissance insuffisante de la pratique des autopsies que nous avons composé le *Manuel technique des autopsies*, le faisant aussi complet que possible en un petit nombre de pages et en le rendant commode par son format. Voici l'appréciation qu'en a donnée un homme absolument compétent en la matière, M. le Pr Cornil : « MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un *vade-mecum* indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination.

« Le Manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure ; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow ; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE

Publiée sous la direction du Dr Bourneville. Collection d'ouvrages pour l'enseignement, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

I. — **Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie**, tome Ier (1772-1840) ; par Bourneville. Un beau volume in-8 de 420 pages, avec 4 planches. — Prix : 7 fr. Pour nos abonnés, 5 fr.

II. — **Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie, et la surdité** ; par Itard. Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville. Un beau volume de 200 pages avec le portrait du Sauvage. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés.................... 2 fr. 75

III. — **Rapports et mémoires sur l'éducation des Enfants normaux et anormaux** ; par E. Séguin. Préface par Bourneville. Volume in-8 de XLVIII-380 p. Prix : 10 fr. Pour nos abonnés. 7 fr.

III *bis.* — **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés**, par Edouard Séguin. Préface de Bourneville. Vol. in-8° de VIII-514 pages. Portrait de l'auteur Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés........................ 8 fr.

IV. — **Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés** ; rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894), par Bourneville. Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés........................ 2 fr. 50

V. — **Manuel des méthodes d'enseignement spéciales pour les enfants anormaux** (Aveugles, Sourds-Muets, Bègues, Idiots, etc.) ; par Hamon du Fougeray et Couetoux, volume in-8 de XX-288 pages avec 35 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés........................ 3 fr. 50

VI. — **Alphabet du dessin pour les enfants arriérés** ; par Mme P. Bru-Thiellay. In-8° de 158 p. avec 19 pl. et 127 fig. — Prix : 4 fr.

VII. — **Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants ; Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales**, par Pornain, avec une préface de M. le Dr Magnan. Un volume in-8 de IV-215 pages. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés.. 3 fr. 50

VIII. — **Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture a l'usage des enfants arriérés ou présentant des troubles de la parole** ; par Joseph Boyer. Edition illustrée de 150 fig., par Jacquin fils. Petit in-8 de VII-88 pages. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. — **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédies** ; par le Dr H. Thulié. Un volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. Pour nos abonnés................ 6 fr.

X. — **Rapports et mémoires de Séguin** : de 1846 à sa mort (1880), y compris son rapport à l'Exposition de Vienne et les mémoires sur l'éducation de l'œil et de la main qui formaient autrefois le vol. II.

XI. — **Idiocy and its Treatment by the Physiological Method**, by E. Séguin. (Traduction en cours).

XII. — **Mémoires et discours de Delasiauve** (en préparation).

XIII. — **Traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie**, par Bourneville. Volume in-8° de 136 pages avec 55 figures. Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés................ 3 fr.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (Collection du Dr Bourneville).

I. **Le Sabbat des sorciers** ; par Bourneville et Teinturier. Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Papier velin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. **Françoise Fontaine**. — Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers, par Bénet. — Velin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. 50. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. **Jean Wier**. — Histoires, Disputes et discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean Wier. — Deux volumes compacts formant ensemble 1.297 pages. — Prix des deux volumes : Velin, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr. — Parchemin, 20 fr. — Pour nos abonnés, 15 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

IV. **La possession de Jeanne Fery**. — Velin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

V. **Sœur Jeanne des Anges**, supérieure des Ursulines à Loudun, par Legué et Gilles de la Tourette. — Velin, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr. — Parchemin, 10 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr. — Japon, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr.

VI. **Procès de la dernière sorcière** brûlée à Genève le 6 avril 1652, par Ladame. — Velin, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. — Parchemin, 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

VII. **Barbe Buvée**, en religion sœur Sainte-Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658-1663). Etude historique et médicale, par le Dr S. Garnier, avec une préface du Dr Bourneville. — Volume in-8 carré de XVII-96 pages. — Velin, 3 fr. — Hollande, 6 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 ; 3 et 5 fr.

VIII. **La foi qui guérit**, par J.-M. Charcot, in-8 carré de 48 pages. — Vélin, 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50. — Hollande, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 — Japon, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. **L'hystérie de Sainte-Thérèse**, par le Dr Rouby. — Un volume in-8° de 44 p. — Vélin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

Prix de la collection pour nos abonnés seulement : Velin **33** fr. **50**. Parchemin : **44** fr. Japon : **64** fr. La « bibliothèque diabolique » ne se vend que par collection, sauf l'hystérie de Ste-Thérèse.

son, prof. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. Gilson..

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

Troisième épreuve. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques*, M. Gilson, prof.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE

Doyen : M. Ch. Julin, prof. ordin.

Secrétaire : M. F. Schiffers, prof. ordin.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Anatomie humaine systématique (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et néirologie) : M. F. Putzeys, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie,organe des sens) : M.A. Swaen, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Eléments d'anatomie comparée* : — *Embryologie* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. — *Histologie spéciale* : M. A. Swaen prof. ordin.— *Histologie générale* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. A. Nuel, prof. ordin. — *Psychologie* : M. A. Grafé, prof. ordin. — *Démonstrations anatomiques* : MM. A. Swaen et F. Puzteys, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. et M. Ch. Julin, prof. ordin.— *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales, M. X. Francotte, prof. ordin. — *Pathogénie et thérapeutique générales des maladies infectieuses*.— *Pharmaco-dynamique, éléments de pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. Henrijean, prof. ordin. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Démonstrations d'anatomie pathologiques Exercices pratiques d'autopsie. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique.Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie. Maladie des pays chauds* : M. Ch. Firket, prof. ordin. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciales des maladies internes* : M. P. Snyers prof. extraordin. — *Pathologie chirurgicale générale*. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*. — *Exercices pratiques de médecine opératoire*. — *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ordin.— *Hygiène publique et privée*.— *Démonstrations d'hygiène et excursions*. — *Travaux pratiques d'hygiène* : M. F. Putzeys, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale spéciale*. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*. — *Policlinique* : M. Troisfontaines, prof. ordin. — *Ophtalmologie*. — *Clinique ophtalmologique*. — *Policlinique* : M.P. Nuel, prof. ordin.— *Bactériologie*. — *Travaux pratiques de bactériologie* : M. E. Malvoz, chargé de cours. — *Médecine légale*. — *Autopsies et démonstrations de médecine légale* : M. G. Gorin, chargé de cours. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies mentales*.— *Psychiatrie envisagée au point de vue légal*. — *Clinique des maladies mentales* ; M. X. Francotte, prof. ordin. — *Clinique médicale*. — *Exercice de clinique propédeutique* : M. L. Béco, chargé de cours. — *Clinique des maladies des enfants et Policlinique médicale* : M. P. Nolf, chargé de cours. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Théorie des accouchements*. — *Clinique obsétricale* (accouchements). — *Clinique obstétricale* (conférences). — *Exercices d'exploration obstétricale* . — *Policlinique obstétricale*. — *Opérations obstétricales*. — *Clinique gynécologique* : M. F. Fraipont, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* ; M. F. Henrijean, prof. ordin. — *Clinique des maladies de la gorge, des oreilles, du nez*. — *Policlinique* : M. F. Schiffers, prof. ordin.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des substances médicamenteuses. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. Gilkinet, prof. ordin. — *Eléments de chimie analytique, qualitative et quantitative*. — *Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. De Koninck, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires*.— *Exercices pratiques d'analyse des substances alimentaires*. *Pharmacie pratique y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée* (pharmacie galénique et magistrale).*Exercices pratiques de pharmacie* : M. Arm. Jorissen, prof. ordin.— *Eléments de chimie toxicologique,exercices pratiques de chimie toxicologique* : M. Th. Candelon, chargé de cours.

Relevons dans ce programme : 1° l'enseignement des *maladies des yeux* ; — 2° l'enseignement de la *psychiatrie* ; — 3° l'enseignement de la pratique des *autopsies* ; 4° celui de l'otologie et de la laryngologie ; — 5° celui de la gynécologie ; 6° celui de la dermatologie.

B. — Suisse

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

M. le professeur A. Mayor, doyen

Année 1906-1907

Anatomie normale de l'homme : M. Laskowki, prof. ordin. Tous les jours à 3 h.— *Exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours à 11 h (Ecole de médecine). — *Histologie normale* : M. A. Eternod, prof. ordin. Lundi, mardi et samedi à 9 h. — *Embryologie* : Le même professeur. Mercredi, jeudi et vendredi à 9 h. — *Stomatologie normale et pathologique* : Le même professeur, jeudi de 10 à 12 h. — *Laboratoire d'embryologie et d'histogénie* ; *Conférence d'histologie et d'embryologie* : Le même professeur. Tous les jours à 2 h., sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi (Ecole de médecine). — *Physiologie* (*fonctions de nutrition*) M. J.-L. Prévost, prof. ordin. Lundi, mardi, vendredi, samedi, à 4 h., mercredi, de 4 à 6 h. — *Démonstration et exercices pratiques dans le laboratoire* : Le même professeur. Lundi, de 9 à 11 h. et jeudi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours (Ecole de médecine). — *Pathologie générale* : Askanazy, prof. ordin. Mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 8 h. — *Cours d'autopsie et de démonstrations pathologiques* : Le même professeur, Lundi, de 2 à 4 h., mercredi et samedi à 2 h. — *Exercice d'autopsie* : Par groupe d'élèves et sur convocation. Le même professeur. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours (Institut pathologique). — *Clinique médicale* : M. L. Bard, prof. ord. Tous les jours, de 10 h. 1/2 à 12 h., sauf le samedi. — *Stage clinique* : Le même professeur (Pour médecins et élèves, dont la scolarité est terminée.) Tous les jours. — *Exercices pratiques d'auscultation* : Le même professeur. (Avec le concours des médecins-adjoints), mercredi de 4 h. à 6 h. — *Exercice pratique d'appareils et de laboratoire* : Le même professeur (avec le concours du chef de laboratoire), vendredi de 4 à 6 h. (Hôpital cantonal). — *Clinique chirurgicale* : Girard, prof. ord., Tous les jours, de 9 à 10 h. 1/2, sauf le samedi. — *Exercices pratiques d'exploration chirurgicale* : Le même professeur (avec le concours du chef de clinique), samedi, à 2 h. — *Exercice pratique de chirurgie courante* : Le même professeur (avec le concours du chef de clinique), jeudi à 2 h. (Hôpital cantonal). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. A. Jentzer, prof. ord. Lundi, mardi, mercrdi et vendredi, à 7 h. 1/2. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le même professeur, jeudi à 7 h. 1/2. — *Cours théorique d'accouchement* : Le même professeur, samedi à 7 h. 1/4.— *Policlinique gynécologique* : Le même professeur, lundi et mercredi de 6 à 7 h. (Maternité), — *Pathologie interne* : M. A. d'Espine, prof. ord., mardi, jeudi, samedi à 5 h. (Ecole de Médecine). — *Pathologie chirurgicale générale* : J. Reverdin, prof. ordin., lundi, mercredi, vendredi à 6 h.— *Pathologie chirurgicale spéciale* : Le même professeur, mardi, samedi à 6 h. (Ecole de médecine).— *Thérapeutique et Matière médicale* : M. A. Mayor, prof. ord. lundi, mardi, samedi à 4 h. (Ecole de médecine), vendredi, à 5 h. (Policlinique).—*Laboratoire pour recherches spéciales*. Le même professeur, Tous les jours. (Ecole de médecine). — *Policlinique médicale* : Le même professeur, lundi et mercredi à 6 h. (Policlinique. — *Hygiène* : H. Cristiani, prof. ord. Lundi et vendredi de 4 à 5 h. (Ecole de médecine.—*Démonstrations d'hygiène* : Le même professeur, jeudi de 8 à 10 h. — *Exercices pratiques de bactériologie appliquée à l'hygiène et à la médecine* : Le même professeur, tous les jours de 8 h. du matin à 6 h. du soir. — *Recherches spéciales d'hygiène* : Le même professeur. Tous les jours, de 8 h. du matin à 6 h. du soir. (Laboratoire d'hygiène). — *Médecine légale*. L. Mégevand, prof. ordin. Mardi et vendredi à 2 h.— *Travaux pratiques* : Le même professeur. Jeudi de 10 h. à 12 h. — *Recherches spéciales de médecine légale* : Le même professeur. Tous les jours (Morgue judiciaire). — *Psychiatrie* : R. Weber, prof. ordin. Mercredi, de 2 h. à 4 h. (Asile Bel-Air) (Chêne). — *Policlinique chirurgicale* : Aug. Reverdin, prof. ord. Samedi de 10 à 12 h. (Policlinique). — *Clinique et polyclinique des maladies vénériennes et cutanées* : Oltramare, prof. ord. mardi, mercredi et vendredi de 9 à 10 h. (Hopital cantonal). A lieu en été seulement. — *Policlinique el ophalmologique* : G. Haltenhoff, prof. extr. Lundi et vendredi à 2 h. — *Ophtalmologie pratique* : Le même professeur, mercredi à 2 h. (Policlinique).

Cours de Privat-Docents.

Hygiène et alimentation de l'enfance : M. le Dr Audeoud Mercredi à 6 h. (Policlinique). — *Physiologie des organes du sens* : M. le Dr F. Batelli. Jeudi à 1 h. (Ecole de médecine).— *Laboratoire pour recherches histopathologiques en gynécologie* : M. le Dr Beutner. Tous les jours (Ecole de médecine). — *Policlinique des maladies des enfants* : M. le Dr Bourdillon. Mardi de 4 à 6 h. (Ecole de

médecine).— *Répétitoire pratique d'ophtalmologie avec démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie oculaires* : M. le Dr Collomb. Samedi de 4 à 6 h. (Ecole de médecine).— *Eléments de dermatologie* : M. le Dr Du Bois. Jeudi à 4 h. (Hôpital cantonal). *Radiothérapie théorique et pratique.* Samedi à 4 h. (Hôpital cantonal). — *Leçons cliniques d'ophtalmologie et de bactériologie oculaire* : M. le Dr Gourfein. Jeudi de 8 à 10 h. (Ecole de médecine). — *Gynécologie et obstétrique pratiques journalières* : M. le Dr Guerdjikof. Samedi à 4 h. (Maternité).— *Anatomie pathologique du système nerveux avec démonstration de pièces* : M. le Dr Huguenin. Jeudi à 8 h. (Institut pathologique). — *Répétitoire de pathologie interne élémentaire* : M. le Dr Humbert. Vendredi à 8 h. du soir (Hôpital cantonal).—*Rhino-laryngologie et otologie pratiques* : M. le Dr Jaunin. Vendredi de 5 à 7 h. (Ecole de médecine). — *Cours pratiques de bandages et appareils chirurgicaux* : Dr Ch. Julliard. Mardi à 5 h. (Ecole de médecine). *Leçons sur les accidents du travail* (pour élèves avancés). Vendredi à 5 h. (Ecole de médecine). — *Cours d'obstétrique* : M. le Dr H. Koenig. Mercredi à 3 h., samedi à 8 h. (Maternité). *Cours d'opérations obstétricales au mannequin.* Jeudi et samedi à h. (Maternité). — *Cours pratiques de diagnostic des maladies chirurgicales* : M. le Dr Kummer. Mardi et vendredi de 9 h. à 11 (Clinique particulière) — *Pathologie nerveuse. Démonstrations des coupes histologiques* : M. le Dr Long. Lundi à 5 h. (Hôpital cantonal). — *Cours cliniques sur les maladies des enfants* : M. le Dr Martin. Samedi de 9 h. à 10 h. 1/2 (Hôpital Gourgas). — *Matière médicale* : M. le Dr Mouktar. Jeudi de 4 à 6 h. (Policlinique).— *Histoire de la médecine* : M. le Dr Naegeli-Akerblom. Mardi à 8 h. du soir (Université). — *Thérapeutique des maladies des enfants* : M. le Dr Pallard. Jeudi à 6 heures (Ecole de médecine). — *Psychiatrie* : M. le Dr Papadaki Université). — *Exercices de thérapeutique* : Dr Roch. Mardi à 8 h. (Policlinique).— *Colloquium de gynécologie et d'obstétrique* : M. le Dr de Seigneux. Mardi à 5 (Ecole de médecine).— *Cours de toucher.* Vendredi à 5 h. (Ecole de médecine). — *Nutrition intime de l'organisme animal* : M. le Dr Linas Stern. Jeudi de 5 à 6 h. (Ecole de médecine).— *Des taches au point de vue médico-légal* : Dr Tissot. Samedi à 6 h. (Morgue judiciaire). — *Petite chirurgie pratique et chirurgie d'urgence* : M. le Dr Veyrassat. Mardi à 8 h. 1/2 (Policlinique). — *Policlinique oto rhino-laryngologique* (troubles de la parole) : M. le Dr Wyss. Jeudi de 4 à 6 h. (Clinique particulière).— *Le traitement moral en neuro-pathologie* : M. le Dr Zbinden. Mardi à 4 h. (Ecole de médecine).

Conditions d'admission.—Sont admis à l'immatriculation en qualité d'*étudiants* dans la Faculté de Médecine : 1° les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève ; 2° les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'université de Genève ; 3° les personnes qui par des certificats ou des diplômes justifient d'études équivalentes par le Bureau sur le préavis de la Faculté. Voir aussi le règlement, pages 18 et 19, article 33 et les modifications aux articles 21, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85 et 86 du dit Règlement. Pour les étudiants en médecine russes, il faut : 1° Le diplôme de 7° classe d'un Gymnase féminin russe, reconnu officiellement par le gouvernement russe. 2° Le diplôme de latin, tel qu'il est exigé pour l'admission à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. (Examen passé dans 8 classes, gymnase des garçons). Ces titres doivent être accompagnés d'une traduction française complète et légalisée par un Consul suisse ou une autorité officielle russe. En principe, la Faculté de médecine de Genève n'immatricule comme étudiants réguliers, que les personnes qui, par leurs titres et diplômes, sont admissibles dans leur propre pays à étudier la médecine ont la faculté de suivre les cours comme *auditeurs* et sans qu'aucun titre soit nécessaire pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Sauf autorisation spéciale, les professeurs titulaires, les cliniques, les laboratoires et les cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

ECOLE DENTAIRE DE GENÈVE.

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (Hiver).

Physique expérimentale. M. le Pr C.-E. Guye (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie inorganique.* M. le Pr C. Græbe (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. Chodat (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux vertébrés.* M. le Dr Yung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine.

Deuxième semestre (Eté).

Physique expérimentale. M. le Pr C.-E. Guye (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimie organique.* M. le Pr Græbe. (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine.— *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Dr R. Chodat (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertébrés.* M. le Pr E. Yung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Laboratoire de chimie analytique.* M. le Pr Duparc (Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique de sciences naturelles (cantonal ou fédéral).

Deuxième année.

Troisième semestre (Hiver).

Histologie normale. M. le professeur A. Eternod (Faculté de médecine). — Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Prévost (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie.* M. le Pr Laskowski. Tous les jours. — *Laboratoire d'Embryologie.* M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

Quatrième semestre (Eté).

Histologie normale. M. le Pr Eternod (Faculté de médecine). Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologie de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur, trois heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de Médecine). Six heures par semaine.— *Physiologie.* M. le Pr Prévost (Faculté de médecine). Six heures par semaine.— *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr Girard (Faculté de Médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique d'anatomie et de physiologie (cantonal ou fédéral).

Troisième année.

Cinquième semestre (Hiver).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr Askanazy (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine). Trois heures par semaine.— *Pathologie et thérapeutique de l'appareil dentaire. Hygiène de la bouche et des dents. Anesthésie* : M. le Pr Renard, trois heures par semaine. — *Clinique dentaire et stomatologique* : Le même professeur, douze heures par semaine. — *Conférences et répétitions* : Le même professeur, trois heures par semaine.— *Prothèse* : M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après-midi. *Physique, chimie, mécanique et métallurgie appliquées à l'art dentaire.* M. le Pr Dussaud. Cours théorique, deux heures ; travaux publiques ; trois heures par semaine.

Sixième semestre (Été) et **Septième semestre** (Hiver).

Clinique dentaire. M. le Pr C. Redard (Ecole dentaire). Douze heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matière médicale en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois fois par semaine.— *Prothèse* : M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans nos ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale, restauration faciale et palatine).* Le même professeur Une fois par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Métral. Travaux pratiques tous les jours après-midi. *Matières plastiques et amalgames*

Différents procédés d'aurification. Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septième semestre, examen professionnel (cantonal ou fédéral).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Doyen : M. le Pr BUGNION.

Semestre d'hiver.

M. BRUNNER, professeur ordinaire. *Chimie inorganique*, 5 heures : *Toxicologie*, 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie*, 2 après midi. — M. Henri DUFOUR, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : 5 heures. — M. C. DUTOIT, professeur extraordinaire. *Laboratoire de physique*, 4 heures. — M. WILCZEK, professeur ordinaire. *Botanique générale*, 5heures. — M. BLANC, prof. ord. *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures, *Anatomie et physiologie générales* : Appareils et fonctions de relation, 3heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée*, 4 heures. — M. CHUARD, prof. extr. *Chimie analytique* (volumétrie). 1 h. — M. BUGNION, prof. ord. *Embryologie*. — M. ROUD, prof. extr. *Anatomie descriptive* (ostéologie. arthrologie, myologie, 3 h. ; *Anatomie topographique*, poitrine, abdomen, bassin, 2 h. ; confér. anatomique (gr.) 4 heures dans le semestre ; *Travaux de dissection* : tous les jours, sauf le samedi après-midi. — M. HERZEN, prof. ord. *Physiologie* : Fonctions de nutrition, 6 heures. — M. LOEWENTHAL, prof. extr. *Histologie générale*, 3 heures, *Technique histologique* (avec démonstrations et exercices pratiques), 2 h., *Travaux spéciaux pour étudiants avancés*. — M. STILLING, prof. ord. *Pathlogie générale*, 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstrations et autopsies), 4 h. ; *Travaux de laboratoire pour étudiants avancés*, tous les jours. — M. BOURGET, prof. ord. *Clinique médicale*, 5 fois par semaine, 1 heure 1/2. *Examen du malade, auscultation et percussion*, 2 h. *Chimie physiologique* (Chef des travaux : M. le prof. Dr STRYZWOSKI), 1 après-midi. — M. ROUX, prof. ord. *Clinique chirurgicale et gynécologique*, 6 fois par semaine, 1 heure 1/2. — *Pathologie externe* (3e partie tumeurs), 1 heure. *Cours pratique de pansements et bandages* (en collaboration avec M. le chef de Clinique), 2 heures. — M. ROSSIER, prof. extr. *Clinique obstétricale*, 3 fois par semaine 1 heure 1/2. *Policlinique obstétricale et cours de toucher*, 6 heures dans le semestre. *Opérations obstétricales au mannequin* 2 heures. — *Obstétrique, cours théorique*, 2e partie, 2 heures. — M. MURET, prof.ext. *Gynécologie théorique* : Maladies de la vulve, du vagin, des trompes et des ovaires, 2 heures ; *Policlinique gynécologique*, cours pratique, 4-6 fois. — M. DUFOUR, prof. ord. *Clinique ophtalmologique*, 4 h. *Ophtalmologie* : Affections internes de l'œil, 1 h. — M. DEMIÉVILLE, prof. extr. *Policlinique*, 3 fois par sem. 1 1/2 h. — M. DIND, prof. extr. *Syphilis. Cours théorique avec démonstrations*, 2 heures. *Laboratoire d'histologie cutanée* (avec la collaboration de M. le chef de cliuique), 1-2 heures. — M. COMBE, prof. extr. *Clinique infantile*, 2 h. — M. GALLI-VALERIO, prof. extr. *Hygiène*, 3 heures. *Hygiène industrielle* 1 h. ; *Parasitologie* (cours théoriques avec démonstrations) : Parasites animaux et maladies qu'ils déterminent dans nos pays et dans les pays chauds, 2 heures. *Travaux de laboratoire pour les étudiants avancés et les médecins*, tous les jours. — M. MAHAIM, prof. extr. *Cours théorique de psychiatrie*, 2 h. *Psychiatrie médico-légale*, 1 heure. Clinique psychiatrique, 2 h. *Topographie anatomo-pathologique du cerveau* (avec projections), 2 heures. — M. SPENGLER, prof. extr. *Médecine légale* : Les accidents du travail. *Exercices pratiques* (selon le matériel disponible. — M. PERRET, prof, extr. *Médecine opératoire*. — M. BERDEZ, prof. extr., *Thérapeutique et matière médicale*, 3 h. *Electricité médicale*, 1 heure. — M. MERMOD, prof. extr. *Oto-rhino laryngologie* (theorie et exercices pratiques), 2 fois par semaine 2 h. — M. STRZYSOWSKY, prof. extr. *Chimie médicale* et préparation des médicaments, 2 heures. — M. EPERON, privat docent. *Policlinique ophtalmologique*, 2 heures. — M. Aug. DUFOUR, privat-docent. *Ophtalmoscopie*, 1 1/2 h. — M. de LA HARPE, privat-docent. *Balnéothérapie* (gr.), 1 heure. — M. VULLIET, privat-docent. *Chirurgie spéciale* (gr.), 2 heures. — M. TREYER, privat-docent. *Pathologie interne*. Maladies du cœur et des vaisseaux, 1 heure. — M. GONIN, privat-docent. *Exercices pratiques d'ophtalmologie*, (gr.), 1 heure. *Maladies profondes de l'œil* (cours destiné aux candidats en médecine ou aux médecins déjà familiarisés avec l'ophtalmoscopie) (gr.), 1 heure.— M. TAILLENS, privat-docent. *Maladies des bronches et des poumons* 2 h.— M. WEITH, privat-docent. *Diagnostic obstétrical au mannequin*, 1 heure. *Alimentation du premier-âge*, 1 heure. — M. SCHENK, privat-docent. *Anthropologie et archéologie prehistorique de la Suisse* (publ.) (*Faculté des Sciences*, n° 57), 1 heure. — M. MILLET, privat-docent. *Introduction aux travaux pratiques d'analyse qualitative* (*Faculté des Sciences*, n° 60) 1 heure. Répetitions de chimie générale (*Faculté des Sciences*, n° 61), 2 heures.

ÉCOLE DE PHARMACIE.

M. BRUNNER, prof. ord., *Chimie inorganique*, 5 heures ; Chimie, pharmaceutique, 2 heures ; Toxicologie, 1 heure ; Série aromatique (suite), 1 heure ; Travaux au laboratoire de chimie, 3 après-midi. — M. CHUARD, prof. extr., *Chimie analytique* : Volumétrie, 1 heure ; Chimie agricole. Chapitres choisis, 3heures — M. SEILHER, prof. extr., Analyse chimique des denrées alimentaires et des boissons, 1re partie, 3 heures. Analyse bactériologique générale, avec application à l'examen des denrées et des boissons, 2 heures. Pharmacie, 1re partie, 2 heures. Les nouveaux médicaments, 1re partie (gr.), 1 heure. Laboratoire d'analyse des denrées et des boissons, 2 après-midi. Travaux pour étudiants avancés, tous les jours. — M. BOURGET, prof. ord., *Chimie physiologique et pathologique*, 1 après-midi. — M. Henri DUFOUR, prof. ord., *Physique expérimentale*, 5 heures. — M. Ch. DUTOIT, prof. extr., *Laboratoire de physique*, 1 après-midi. — M. WILCZEK, prof.extr., *Botanique générale*, 5 heures ; Laboratoire de botanique, 2 heures ; Travaux pour étudiants avancés, tous les jours, Botanique pharmaceutique, 2 heures; Pharmacognosie, 2 h. ; Laboratoire de pharmacognosie, 1 après-midi. — M. LUGEON prof. extraord., *Géologie générale et appliquée*, 2heures. — M. GOLLIEZ, prof. extr., *Minéralogie théorique*, 4 heures.— M. BLANC, prof. ord., *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures : Anatomie et physiologie générales, 3 heures ; Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée, 4 heures. — M. GALLI-VALLERIO, prof. extr., *Hygiène*, 3 h. *Hygiène industrielle*, 1 h. Parasitologie (cours théoriques avec démonstrations), 2 heures. Laboratoire pour étudiants avancés et médecins, tous les jours. — M. STRZYSOWSKY, prof. extr. *Chimie médicale et préparation des médicaments*, 2 heures.

Lausanne, le 26 octobre, 1906.

M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès Médical*, Paris.

Très honoré et cher Confrère.

Information prise à diverses sources, je ne vois rien, pour cette année, à ajouter aux renseignements que je vous ai déjà donnés, dans mes précédentes correspondances, sur notre Faculté de médecine. Je vous en ai indiqué en détail l'organisation et le fonctionnement, qui, d'ailleurs, ne diffèrent pas sensiblement de ceux des institutions similaires des autres pays, comme on peut s'en rendre compte par l'examen du programme des cours, que je vous envoie. Vous trouverez aussi dans ce programme la réponse à la question que vous me posez concernant l'enseignement de la pédiatrie. Nous avons, en effet, depuis nombre d'années déjà, un cours de clinique infantile, donné par M. le Prof. Combe, dans son service de l'hôpital cantonal.

Toujours à votre disposition pour vous renseigner sur tout autre sujet qui pourrait vous intéresser, ainsi que vos nombreux lecteurs, je vous prie, mon cher directeur, d'agréer mes salutations respectueuses.

Votre dévoué, EPERON.

Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. Alfr. SIMARD. — *Secrétaire* : M. A. DUSSAULT

Anatomie : MM. Arth. SIMARD et AHERN. — *Physiologie* : M. E. MATHIEU. — *Pathologie générale* : M. A. ROUSSEAU. — *Pathologie interne* : M. VERGE. — *Pathologie externe* : M. CATELIER. — *Toxicologie* : M. VALLÉE. — *Médecine opératoire* : M. CATELIER et Arthur SIMARD. — *Matière Médicale* : M. WELLS. — *Clinique interne* : M. VALLÉE. — *Matière médicale, thérapeutique, pharmacie pratique, et clinique interne* : M. TURCOT. — *Pathologie interne et maladies nerveuses* : M. BROCHU. — *Médecine légale et toxicologie* : M. A MAROIS. — *Histologie et Bactériologie théorique* : M. HAMEL. — *Clinique chirurgicale* : M. AHERN. — *Maladies des enfants* : M. VERGE. — *Clinique chirurgicale* : M. CATELIER. — *Maladies mentales* : M. VALLÉE. — *Maladies des vieillards* : M. AHERN. — *Gynécologie* : M. GRONDIN. — *Ophtalmologie, Otologie* : M. COOTE. *Rhino-laryngologie* : M. DUSSAULT. — *Pédiatrie et Hygiène* : M. FORTIER. — *Maladies des yeux et des oreilles* : M. Alfr. SIMARD. — *Histoire de la Médecine et Déontologie* : M. VALLÉE.— *Laboratoire de Bactériologie* : M. R. MAYRAND.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL

Doyen : J.-P. Rottot. — Secrétaire : L.-D. Mignault.

Trésorier : A.-A. Foucher.

Pathologie et clinique interne : J.-P. Rottot, Demers, Guérin — *Physiologie et Electricité médicale* : Duval. — *Anatomie descriptive* : L-D. Mignault. — *Chimie et toxicologie* : Rivet. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. Brosseau, W.-H Hingston, O., F. Mercier. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : M. I. Parizeau. — *Anatomie pratique* : L.-N. Delorme. — *Hygiène. Déontologie médicale et Histoire de la médecine* : E. Persillier-Lachapelle. — *Pédiatrie et pathologie générale* : S. Lachapelle. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E. Desjardin et A. Foucher. — *Clinique obstétricale* : J.-B. Aldophe Lamarche. — *Jurisprudence médicale et maladies mentales* : L.-B. Durocher. — *Matière médicale* : M. Hervieux. — *Chimie pratique* : J. Chopin. — *Maladies mentales* : Villeneuve. — *Histologie normale* : Marien. — *Hygiène* : Gauthier. — *Clinique gynécologique* : de Lotbinière, Harwood. — *Anatomie pathologique* : E. St-Jacques. — *Maladies mentales* : Bourques, Dion. — *Botanique* : Laurent. — *Clinique chirurgicale* : O. Mercier. — *Pathologie externe* : P.-A. Marien.

Agrégés en exercice. — *Gynécologie* : M. Th. Brennan. — *Obstetrique* : De Cotret. — *Démonstrateurs d'anatomie* : Fortier, Moreau. — *Pathologie interne* : Benoit — Assistants *Clinique chirurgicale* : O. Mercier, Mérill, Ethier. — *Clinique interne* : Chéroux, Marsolais, Gautier, Dubé, Hébert, Lesage, Larin. — *Gynécologie* : Harwood. — *Pédiatrie* : Cormier. — *Dermatologie* : Valin. — *Neurologie* : Chagnon. — *Ophtalmologie* : Duhamel. — Démonstrateurs. — *Bactériologie* : Bernier, Daigle. — *Anatomie* : Virolle. — *Histologie* : S. Boucher, Jeanotte.

La Faculté de Médecine à Montréal songe sérieusement à faire venir de France un professeur pour occuper la chaire d'anatomie pathologique, professeur qui recevrait ses émoluments d'un fonds spécial créé à cet effet par souscription. Le projet est dès maintenant à l'étude, et un certain nombre de médecins canadiens ont garanti, le cas échéant, une somme de 10.000 francs.

Les élèves de Québec et de Montréal doivent subir leurs examens en présence des représentants du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec pour obtenir leur licence ou patente de pratique.

D. Turquie d'Asie

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE)

Année scolaire 1905-1906

Distribution des cours. — Chaires.

Chancelier : M. Cattin.

Vice-chancelier : M. Soulerin.

Anatomie, Physiologie et Histologie : M. Nègre. — *Clinique et pathologie interne* : M. de Brun. — *Clinique et pathologie externes* : M. Hache. — *Thérapeutique, hygiène et médecine légale* : M. Calmette. — *Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie* : M. Chapotin. — *Matière médicale et Pharmacie* : M. Guigues. — *Chimie médicale* : M. Neyron. — *Histoire naturelle et Bactériologie* : M. Bouloumoy. — *Physique médicale* : M. Collangettes. — *Physique biologique* : M. Boulonnay. — *Ophtalmologie* : M. J. Médawar, *chargé de cours*. *Botanique* : Bover-Lapierre, *professeur supplémentaire*.

Le Gouvernement ottoman a reconnu officiellement l'existence de la Faculté et les examens du doctorat vont être soutenus en novembre, devant un jury mixte composé de trois membres appartenant aux Facultés de l'Etat de France, de trois membres appartenant à l'Ecole de médecine de Constantinople, enfin, des professeurs de la Faculté de Beyrouth. Le nombre des élèves allant toujours croissant, la Faculté a acheté un terrain de plus de 3 hectares sur l'emplacement duquel elle va construire une nouvelle Faculté.

Chefs de Cliniques

Clinique médicale : M. J. Médewar. — *Clinique chirurgicale* ; M. Saïd Papas. — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Gebera. — *Polyclinique* : M. Calmette (3 fois par semaine). — *Clinique Ophtalmotogique* : M. J. Médawar. — *Secrétaire-bibliothécaire*, M. Cremona.

Voici la répartition des étudiants de la Faculté :

A. *Médecine* :		
1. En cours d'Examen	3	152
2. En 4e année	33	
3. En 3e année	28	
4. En 2e année	33	
5. En 1re année	55	
B. *Pharmacie* :		
1. En cours d'Examen	1	30
2. En 3e année	5	
3. En 2e année	7	
4. En 1re annnée	17	
Total		182

FACULTÉS DE MÉDECINE ROUMAINES.

La Roumanie possède actuellement deux facultés de médecine complètes, dont l'une à Bucarest, l'autre à Jassy. A la Faculté de Bucarest se trouve l'école de pharmacie. Les cours, les programmes, etc., sont exactement pareils aux cours, programmes, examens, thèses, etc., des facultés françaises, et plus spécialement de la faculté de médecine de Paris. Ci-joint le corps enseignant de la faculté de médecine de Bucarest, dont les professeurs sont nommés après concours.

Faculté de médecine de Bucarest.

L'enseignement médical et pharmaceutique a été fondé en 1856 et transformé en faculté en 1869.

Doyen : *M. le professeur* N. Maldaresco.

Pour l'immatriculation à la Faculté, il faut posséder le certificat de l'examen général de lycée (baccalauréat, certificat de maturité.)

Année scolaire 1905-1906.

Ire Année d'étude. — Chimie générale médicale : M. N. Athanasesco, professeur. — Botanique : M. M. Vladesco, professeur à la Faculté des sciences. — Zoologie médicale : M. Et. Sihleano, professeur. — Physique médicale : M. C. Miculesco, professeur à la Faculté des sciences. Travaux pratiques pour tous les cours.

IIe Année d'étude. — Anatomie descriptive : M. Petrini Paul, professeur. — Histologie et embryologie : M. A. Obregia, professeur. — Physiologie : M. N. Paulesco, agrégé. — Dissections. — Travaux pratiques d'histologie et de physiologie. — Stage dans les hôpitaux 2me semestre.

IIIe Année d'étude. — Anatomie descriptive : M. Petrini Paul, professeur. — Anatomie topographique : M. Thomas Jonnesco, professeur, et M. D. Gerota, agrégé provisoire. — Médecine opératoire : M. Ath. Démosthène, professeur. — Dissections. — Travaux pratiques d'anatomie topographique et de médecine opératoire. — Stage dans les hôpitaux.

IVe Année d'étude. — Anatomie pathologique : M. V. Babes, professeur. — Pathologie interne : M. J. Thomas Thomesco, professeur. — Pathologie externe, bandages et appareils de fractures : M. Gr. Romniceano, professeur. — Pharmacologie : M. N. Maldaresco, professeur. — Bactériologie : M. V. Babes, professeur. — Clinique médicale : M. Chr. Buicliu, professeur. — Clinique chirurgicale : M. C. Angelesco, agrégé. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique, bactériologie et pharmacologie. — Stage dans les hôpitaux.

Ve Année d'étude. — Pathologie générale : M. J. Théodori, professeur. — Médecine expérimentale : M. J. Cantacuzino, professeur. — Thérapeutique et clinique thérapeutique : M. N. Maldaresco, professeur. — Hygiène : M. V. Sion, agrégé. — Médecine légale : M. M. Minovici, professeur. — Obstétrique : M. D. Draghiesco, professeur. — Clinique médicale : M. G. Stoicesco, professeur. — Clinique chirurgicale : M. Thomas Jonnesco, professeur. — Travaux pratiques de médecine expérimentale, médecine légale et d'hygiène. Stage dans les hôpitaux.

VIe *Année d'étude.* — Clinique chirurgicale : M. C. D. Severeano, professeur. — Clinique ophtalmologique : M. N. Manolesco, professeur. — Clinique obstétricale : M. D. Draghiesco, professeur. — Clinique et maladies des enfants : M. N. Thomesco, professeur. — Clinique dermatologique et syphilitique : M. M. Petrini-Galati, professeur. — Clinique des maladies mentales : M. A. Soutzo, professeur. — Clinique des maladies nerveuses et électrothérapie : M. G. Marinesco, professeur. — Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Eug. Felix, agrégé provisoire. — Stage dans les services de ces cliniques.

En dehors des cours et cliniques obligatoires et officielles de la Faculté, il existe des cours et cliniques libres faites par des

docents, entre autres : 1° Clinique et cours des maladies des dents et de la bouche, M. D. NICOLESCO, docent ; 2° Clinique chirurgicale des maladies des voies urinaires, M. P. HERESCO, docent.

Section de l'enseignement pharmaceutique. — Pour être immatriculé et aspirer au titre de pharmacien, il faut posséder le certificat de l'examen général de lycée, (baccalauréat, certificat de maturité). Faire premièrement un stage de deux ans complets dans une pharmacie publique. Etre reçu à la fin de ce stage à l'examen général de pratique en pharmacie, tenu au conseil d'hygiène de chaque département. Suivre ensuite pendant trois années les cours et travaux pratiques de la Faculté. — Ces cours sont partagés en trois années d'étude.

Ire *Année d'étude* : Botanique : M. M. VLADESCO, professeur à la Faculté des sciences. — Zoologie : M. Et. SIHLEANO, professeur. — Minéralogie : M. L. MRAZEC, professeur à la Faculté des sciences. — Chimie minérale : M. N. ATHANASESCO, professeur. — Physique générale : M. C. MICULESCO, professeur à la Faculté des sciences. — Chimie analytique (analyses qualitatives). M. Et. MINOVICI, agrégé. — Travaux pratiques pour tous les cours.

IIe *Année d'étude.* — Pharmacologie et pharmacognosie : M. N. MALDARESCO, professeur. — Chimie organique : M. N. ATHANASESCO, professeur. — Chimie analytique (analyses quantitatives) : M. ET. MINOVICI, agrégé.— Pharmacie chimique et galénique : M. M. GEORGESCO, suppléant. — Bactériologie : M. V. BABES, professeur. — Travaux pratiques pour tous les cours.

IIIe *Année d'étude.* — Pharmacie chimique et galénique, commentaires de la pharmacopée roumaine : M. GEORGESCO, suppléant. — Chimie analytique des aliments et boissons : M. AUG. POLTZER, suppléant. — Hygiène, police sanitaire : M. V. SION, agrégé. — Chimie analytique et toxicologie : M. ET. MINOVICI, agrégé. Travaux pratique pour tous les cours.

Les cours à l'Université se font par des professeurs, agrégés et docents. Les professeurs et les agrégés sont définitifs et inamovibles. Les docents font des cours libres, après autorisation du Sénat universitaire sur la proposition de la Faculté.

Les docents remplissent aussi les fonctions d'assistants des cours et des laboratoires. Les professeurs pour l'enseignement médical et pharmaceutique sont aidés dans leurs fonctions par des assistants de cliniques, de cours et de laboratoires, tous docteurs ayant obtenu le titre de docent. Les jeunes filles qui justifient des titres de l'immatriculation sont admises comme régulièrement inscrites pour le titre de docteur en médecine ou de pharmacien. La Faculté perçoit une taxe de 90 lei (francs) par an pour les travaux pratiques dans les laboratoires et une taxe de 30 lei pour chaque examen. Les étudiants pauvres qui passent leurs examens avec succès sont dispensés de taxes. Les diplômes et certificats étrangers de fin d'études secondaires sont admis pour l'immatriculation à la Faculté, si préalablement ils ont été déclarés équivalents aux diplômes roumains par la commission spéciale de l'Université. De même pour les inscriptions universitaires prises à l'étranger.

Chaque étudiant a un dossier de scolarité où sont classés les inscrits tous ses actes. La fréquentation des cours, cliniques, travaux pratiques et le stage dans les hôpitaux, par les étudiants régulièrement inscrits, est obligatoire. Les étudiants sont obligés de prendre, chaque trimestre, durant le stage dans les hôpitaux, deux inscriptions cliniques, dont la valeur est notée par les chefs des services ou assistants dans le cahier de fréquentation. L'inscription se prend en présentant au secrétariat de la Faculté le cahier de fréquentation des cours, cliniques, travaux pratiques et stage dans les hôpitaux, signés par chaque professeur de l'année d'étude.

L'horaire des cours, de même que les cours et travaux pratiques qui doivent être suivis toute l'année scolaire ou seulement un semestre, sont réglés par le conseil de Faculté. La loi de l'organisation de l'Ephorie des hôpitaux civils de Bucarest (administration des hôpitaux) prévoit des concours chaque année, au mois d'octobre, pour l'admission des étudiants en médecine comme externes et internes dans les hôpitaux, organisation pareille à celle de *l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris*, que nous avons adoptée intégralement, admirable et utile autant pour l'instruction des étudiants que pour le service des malades dans les hôpitaux. Il y a un concours chaque année pour l'admission des étudiants comme internes en pharmacie dans les hôpitaux. Pour le doctorat en médecine il y a sept examens, tous avec des épreuves et une thèse inaugurale imprimée. Il y a un prix annuel *Alexandre Christesco*, médaille d'or de la valeur de 500 lei, décerné à la meilleure thèse inaugurale de docteur en médecine, jugée par la Faculté, et d'autres mentions.

Pour le titre de pharmacien il y a quatre examens, avec des épreuves pratiques faites avant l'examen oral. Les examens de la Faculté constituent des examens d'Etat qui donnent droit au libre exercice de la médecine et de la pharmacie. La population scolaire actuelle de notre Faculté est de 1800 étudiants, roumains et étrangers, pour les deux enseignements. La Faculté est installée dans un local spécial, grand édifice nouvellement construit où sont réunis tous les laboratoires, possédant en outre un grand amphithéâtre et six grandes salles de cours (petits ampithéâtres), annexées aux laboratoires. A côté de chaque clinique il y a un laboratoire pour l'examen bactériologique et autres examens microscopiques, analyses des liquides biologiques, etc. Chaque clinique a un casier d'observations classé par les assistants des cliniques.

La Faculté possède quatre instituts assez bien dotés, des laboratoires pour tous les cours et de nombreux services de clinique : L'Institut de pathologie, bactériologie, médecine expérimentale et anatomie pathologique ; L'Institut de chirurgie topographique. L'Institut de médecine légale ; L'Institut d'anatomie. Les salles de dissection sont spacieuses pour faire travailler 300 étudiants à la fois. Chaque laboratoire est aménagé pour contenir et faire travailler des séries de 35 à 40 étudiants. Il y a une bibliothèque centrale et des bibliothèques spéciales des laboratoires et des instituts.

Faculté de Médecine de Jassy.

Cette faculté a été fondée en octobre 1879.

Doyen : M. le Dr V.-I. BEJAN.

Anatomie descriptive : M. A. PERIDE, prof. déf. — Anatomie pathologique : M. V. NEGEL, prof. déf. — Pathologie chirurgicale : M. C. BOTTEZ, prof. déf. — Clinique chirurgicale : M. L. SCULY LOGOTESTU, prof. déf. — Physiologie : M. G. SOCOR, prof. déf. — Chimie médicale : M. E. RIEGLER, prof déf. — Clinique médicale : M. L. RUSS (Senior), prof. déf. — Pathologie générale : M. C. THIRON, prof. déf. — Médecine légale et toxicologie : M. G. BOGDAN, prof. déf. — Médecine opératoire : M. C. BOTTEZ, prof. suppl. — Histologie et embryologie, M. E. PUSCARIU, prof. déf. — Théorie et clinique obstétricale : M. V.-I. BÉJAN, prof. déf. — Zoologie et botanique médicale : M. N. LÉON, prof. déf. — Pathologie et clinique infantile : M. M. MANICATIDE, prof. déf. — Hygiène : M. G. PROCA, prof. déf. — Anatomie topographique et clinique chirurgicale : M. E. JUVARA, prof. déf. — Clinique dermatologique et syphilitique : M. G. DEMETRIADE, prof. déf. — Pathologie médicale : M. A. THEOHARI, prof. déf. — Physique médicale : M. J.-G. STRAVOLCA, prof. déf. — Clinique et théorie ophtalmologique : M. G. SOCOR, prof. suppl. — Thérapeutique ophtalmologique : M. E. RIEGLER, prof. suppl. — Pharmacologie et matière médicale : M. J. TEODORESCU, docent, prof. suppl.— Bactériologie médicale : M. V. ROSCULETZ, prof. suppl. — Psychiatrie et clinique médicale : M. A. BRAESCU, prof. suppl.

Le nombre total des étudiants dans toute l'année a été de 214, dont 189 étudiants et 25 *étudiantes* ; 147 roumains et 67 étrangers. Jusqu'à présent (28 octobre) se sont inscrits dans la première année 30, dont 3 *étudiantes*. Le dernier règlement de 1904 prévoit six années d'études avec examens de fin d'année et sept examens de doctorat, en plus la thèse de promotion.

Ministère de l'Instruction Publique.

Ministre : M. BRIAND.

Directeur de l'enseignement supérieur : M. BAYET.

Université de Paris. Vice-recteur : M. LIARD.

Bureau des renseignements scientifiques (à la Sorbonne).

Depuis le 1er août 1903, existe à l'Université de Paris (Galerie des Sciences, ancienne salle d'examens n° 1) un Bureau de renseignements scientifiques, créé par le Conseil municipal de Paris, en commun avec le Conseil de l'Université. Il est destiné à donner aux visiteurs français et étrangers tous les renseignements qu'ils peuvent désirer sur les cours, laboratoires, hôpitaux, cliniques, musées, établissements publics ou privés, services administratifs, etc., existant à Paris. Ce bureau est ouvert de 10 h. à midi et de 2 h. à 5 h., durant toute l'année. [N° de téléphone, 812.61].

Ce service nouveau, le premier qu'on ait songé à faire jusqu'ici aussi complet, intéresse tout particulièrement les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants de toutes nationalités, qui y trouveront, mis à leur disposition, sur des fiches spéciales, par un personnel polyglotte, des renseignements groupés sous trois

rubriques : 1° Etablissements ; 2° Spécialités ; 3° Liste des personnalités se livrant à un enseignement public de quelque ordre qu'il soit. Une autre série de fiches, classées par pays, renferme ce qui peut intéresser à Paris chaque nationalité en particulier. Enfin on y trouve, à l'usage des Français, tous les renseignements concernant les cours des Universités étrangères.

Ce service est placé sous la direction de notre confrère le Dr Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale. Durant le cours de l'année 1905, le nombre des visiteurs a oscillé entre 50 et 100 *par jour*. C'est dire les services rendus par ce Bureau, à l'exemple duquel une création semblable a été faite à Berlin en 1905.

N. B. Ce Bureau est le seul service universitaire qui demeure ouvert toute l'année — aux mêmes jours et heures — même pendant les grandes vacances.

DERNIERS RENSEIGNEMENTS

Bibliothèques médicales des hôpitaux.

La subvention municipale, élevée pour 1906 à 12.000 francs, sur la proposition de M. Henry Rousselle (1), rapporteur au Conseil municipal, a été répartie, par les soins du service des Archives et Bibliothèques, entre les salles de garde de médecine et de pharmacie, ainsi qu'il suit :

Subventions votées par le conseil municipal pour les Bibliothèques des salles de garde.

Etablissements	Médecine	Pharmacie
Hôtel-Dieu	250	100
Pitié	200	100
Charité	150	»
Saint-Antoine	300	100
Necker	200	50
Cochin	500	200
Beaujon	200	100
Lariboisière	300	150
Tenon	300	100
Laënnec	250	50
Bichat	100	150
Broussais	200	100
Boucicault	200	100
Saint-Louis	2400	200
Broca	150	50
Maternité, Baudelocque, Clinique Tarnier	150	50
Claude Bernard	200	100
Bastion 29	100	50
— 27	100	»
Enfants-Malades	200	100
Trousseau	200	50
Bretonneau	200	50
Herold	200	50
Berck-sur-Mer	250	50
Sanatorium de Hendaye	200	50
Maison de Santé	200	50
Enfants-Assistés	100	50
Bicêtre	300	100
Salpétrière	500	200
Ivry	200	100
Brévannes	200	100
Ménages	200	»
La Rochefoucault	50	150
Sainte-Périne	50	»
	9300	2700
	12.000 fr.	

Les achats centralisés par le service des Archives et Bibliothèques à l'administration centrale permettent un contrôle rigoureux des fournitures et des crédits ; les livres sont timbrés et conservent ainsi la marque de leur origine ; enfin les rabais consentis laissent en fin d'exercice des reliquats grâce auxquels les demandes supplémentaires qui sont reconnues justifiées reçoivent satisfaction (1).

(1) Nous félicitons M. Rousselle de son initiative. On sait que l'ancien conseil nationaliste avait réduit cette subvention.

(1) Rappelons que le principal promoteur des *Bibliothèques des internes* a été le rédacteur du *Progrès* et que c'est lui qui fit voter les subventions municipales (1876-1888).

Bibliothèque médicale des internes de Bicêtre.

Ouvrages classiques	1248	volumes (beaucoup brochés)
Dictionnaires divers	138	—
Thèses	276	—
Périodiques en volumes et à relier	1350	environ.
Littérature et anciens au rebut	723	
Total	3735	

Subvention pour cette année-ci .... 300 francs.

Bibliothèque centrale de l'Internat.

Avec le concours de l'Association des internes et anciens internes, l'administration centrale a créé, dans les locaux du service des Archives (au 4e étage, 3, avenue Victora), une bibliothèque centrale de l'Internat qui est ouverte, l'après-midi jusqu'à 6 h. et le soir de 8 à 9 h. 1/2. Cette bibliothèque, reçoit les dons de périodiques et d'ouvrages médicaux que l'on désirerait affecter à une bibliothèque qui sera désormais régulièrement accessible à tous les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Diplôme de médecin colonial.

I. — *Enseignement clinique.* — MM. les professeurs de clinique et chefs de service des hôpitaux civils et militaires de Bordeaux, et M. Le Dantec, professeur de pathologie exotique. — II. — *Travaux pratiques.* — Ferré. Technique bactériologique générale. Charbon. Fièvre typhoïde (analyse bactériologique des eaux). Séro-diagnostic. Choléra. Peste. Diphtérie (Diagnostic, Sérothérapie). Rage. (Diagnostic et traitement). Pratique de la désinfection. Parc vaccinogène, vaccination.—Le Dantec. Technique applicable aux pièces anatomiques aux colonies. Hématozoaires du paludisme. Moustiques. Piroplasmoses. Filarioses. Fièvre de Malte. Procédés de culture des anaérobies applicables aux pays chauds. Tétanos. Septicémies. Amibes en général. Recherche des amibes dans les selles dysentériques. Bacilles de la dysenterie épidémique (Séro-diagnostic). Morue rouge. Flèches empoisonnées. Listes des objets à emporter aux colonies. — Coyne. Tuberculose. Lésions des organes dans l'impaludisme et la Lèpre. — Sabrazès. Hématologie. — De Nabias. Protozoaires. Helminthes. Examen des matières fécales et des urines au point de vue parasitaire. — Beille. Arachnides et insectes venimeux. Poissons vulnérants et toxicophores. — Reptiles venimeux. — Jolyet et de Nabias. Poisons d'épreuve. Analyse physiologique d'un poison. — Jolyet et Sigalas. Action des agents physiques sur l'organisme. Notions de météorologie pratiques : Thermométrie, Barométrie, Psychrométrie, Pluviométrie. — Villar. Chirurgie opératoire du foie, de l'intestin et de la rate. — Cannieu et Gentes. Anthropométrie. Craniologie. — Lande. Anthropométrie criminelle. — Buard, chef des travaux. Technique histologique et Microphotographie.

II. — *Leçons théoriques.* — Le Dantec. Climatologie en général. — Climatologie au point de vue de la Marine. — Climatologie au point de vue des colonies. — Colonies en général : colonies de peuplement, colonies d'exploitation, problème de la colonisation. La Médecine coloniale. Son rôle dans la colonisation. Armée coloniale : troupes européennes et troupes indigènes ; hygiène des troupes en station et en expédition aux colonies. Main-d'œuvre coloniale : immigration, transportation, rélégation. Maladies cosmopolites et maladies endémiques. Les maladies cosmopolites en général et en particulier ; scorbut, variole, insolation, coup de chaleur. Maladies endémiques des pays chauds : 1° Maladies pestilentielles exotiques : choléra, fièvre jaune, peste : législation sanitaire internationale, législation sanitaire française. Médecins sanitaires maritimes. 2e Maladies endémiques : paludisme, cycle humain des hématozoaires, transmission du paludisme par les moustiques, prophylaxie, traitement. — Fièvre bilieuse hémoglobinurique. Dysenteries. Abcès du foie. Maladie du sommeil. Béribéri. Eléphantiasis. Phagédénisme tropical. Pied de Madura. — Dubreuilh. Dermatozoaires. Ixodes. Argas. Diptères cuticoles. Chique. Filaire de Médine. Ankylostomiase. Bouton d'Orient. Verruga du Pérou. Tokelau. Mal del Pinto. Pian. Granulome ulcéreux vénérien de la Guyane. — Arnozan. La lèpre. Caisse de médicaments à emporter dans les colonies. — Bergonié. Du vêtement. — Régis. Maladies mentales dans les pays chauds au point de vue clinique et médico-légal. — Auché. Venins. — Pitres. Intoxications par l'opium, le haschich et leurs dérivés. — Lagrange. Ophtalmologie tropicale. — Chavannaz. Chirurgie spéciale du foie. — Villar. Chirurgie spéciale de la rate. — Pousson.

Pathologie spéciale des voies génito-urinaires. — Moure. Parasites des voies aériennes supérieures.— Gentes. Les races humaines. — Chambrelent. Grossesse, accouchement et protection de l'enfance chez les différents peuples. — Beille. Instructions pour la récolte, la conservation et l'expédition des collections d'Ethnographie et d'Histoire naturelle.

IV. — *Conférences publiques*. — MM. N...

Le tableau des manipulations et des conférences sera préparé chaque semaine pour la semaine suivante.

MEDECINE PRATIQUE

Chloro-anémie.

L'école de Vienne recommande de réveiller les fibres musculaires du tube digestif pour hâter l'assimilation d'un ferrugineux dans le traitement de la chloro anémie.

L'idée directrice est que « tout ferrugineux qui n'est pas associé à des médicaments donnant de l'appétit, est incomplet et son action est lente ou nulle ».

La formule employée comprend : artemisine, quassine cristallisée et protoxalate de fer. Cette formule (déjà spécialisée sous le nom de Dragées Briss), réussit même dans les chloro-anémies graves qui, jusqu'à présent, étaient rebelles à tout traitement.

COURS PRATIQUES

Par d'anciens internes des hôpitaux.

3e série, du 26 novembre au 15 décembre 1906.

Ces cours ont pour but d'offrir aux étudiants ou aux praticiens le moyen de perfectionner leurs connaissances dans les spécialités qu'ils auraient négligées et de recevoir rapidement, dans chaque branche de la médecine, la technique et la valeur des procédés de diagnostic, y compris les plus récents. La thérapeutique pratique occupe dans chaque cours une très large place : à côté des grandes indications du traitement, l'auditeur recevra les conseils pratiques et les formules qui doivent faciliter sa tâche.

L'enseignement sera précisé, dans la plus large mesure, par des présentations de malades et des manipulations d'appareils.

Chaque cours comprend 9-10 leçons. Les leçons se suivent à 2 jours d'intervalle ; les heures différentes permettent à l'auditeur de suivre les divers cours qui l'intéressent. — Pour chaque cours, le droit d'inscription est de 20 francs.

Pour renseignements et inscription, s'adresser au Dr Minet, 15, rue Malebranche (Ve Arr.), ou au Dr Benjamin Ball, 31, rue de St-Pétersbourg (place de l'Europe), les lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 heures, ou par correspondance.

(4e série en mars 1907).

Lundi, mercredi, vendredi après-midi, à l'hôtel de sociétés savantes, rue Serpente : 1 h., **hydrologie**, M. Esmonet. — 2 h., **larynx, nez, oreilles**, M. Bourgeois, suppléé par M. Grivot.— 3 h., **Maladies nerveuses**. M. Rose.— 4 h.. **chirurgie journalière**, M. Huguier. — 5 h., **voies urinaires**, M. Minet, suppléé par M. Lavenant. — 6 h., **orthopédie et chirurgie infantile**. M. Tridon. — A la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, — 5 h., **obstétrique**, M. Lequeux.

Mardi, jeudi, samedi matin, à l'hôpital Broca, 9 h., **gynécogie pratique**, M. Bender.

A l'hôpital St-Louis (salle Hillairet), 10 h. 1|2, **maladies de la peau**, M. Lenglet.

Après-midi, 15, rue Malebranche, 2 h., **thérapeutique générale**, M. Oppenheim. — 3 h., **maladies de l'estomac et de l'intestin**. M. Lippmann. — 4 h., **maladies des enfants**, M. B. Ball. — 5 h., **électrothérapie, radiothérapie**, M. Delherm.

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 octobre 1906.

Dépenses de l'organisme pendant l'allaitement.

M. Maurel avait dans des notes précédentes étudié la dépense de l'organisme des cobayes pendant la grossesse, et l'allaitement chez la lapine, ses expériences produisent les mêmes résultats :

1° Sous l'influence de l'allaitement, les dépenses de la mère sont immédiatement augmentées et l'augmentation s'accentue jusqu'au sevrage ;

2° La quantité d'aliments prise par la mère pendant l'allaitement exclusif, rapportée au poids total de la mère et des lapereaux, est sensiblement la même que celles prises en même temps par la mère et les lapereaux pendant le sevrage et pendant les jours qui suivent la séparation complète.

Froid et hypothyroïdie.

MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild ont constaté, en dehors du myxœdème, une série d'états morbides au cours desquels la chaleur animale peut être diminuée et ceci est dû à la même pathogénie thyroïdienne. Cette hypothermie se manifeste par : a) le refroidissement des extrémités inconscient ou subsconscient ; b) la frilosité circonscrite ou générale avec quelques troubles vaso-moteurs : spasme artériel ; cyanose avec œdème, engelures ; c) frissons à type thermique ; d) hypothermie centrale ; e) susceptibilité au froid (névralgie, faux rhumatismes).

Tous ces symptômes dépendent de l'hypothermie et proviennent de la régulation thermique dont le but est de maintenir les organes internes à une température existante aux dépens du revêtement cutané.

L'origine hypothyroïdienne de l'hypothermie est démontrée par l'influence de l'opothérapie thyroïdienne et par l'association de l'hypothermie à d'autres symptômes d'hypothyroïdie et l'apparition paroxystique du froid ou d'accidents hypothyroïdiens.

Digestion peptique.

MM. H. Roger et Garnier ont déterminé les modifications que subit l'ovo-albumine coagulée, quand, dans un suc gastrique artificiel, on fait varier la teneur en pepsine et en acide chlorhydrique. Un excès d'acide gêne la digestion peptique. La dose optime varie suivant la teneur en pepsine pour une portion de ferment variant de 0,25 à 8 ‰, la solution la plus active est celle qui renferme 2,5 de HCl. Quand le taux de la pepsine atteint 16 pour 1000, le liquide contenant 2,5 HCl ou 5 HCl agit de même que 32 et 64 de pepsine, il faut la solution à 10 pour 1000 ; l'excès d'acide a une action d'autant plus défavorable que la teneur en pepsine est moindre.

Un excès de pepsine entrave la digestion. Pour le ferment, comme pour l'acide il y a donc une dose optime qui varie d'après la propagation d'acide chlorhydrique. Si l'acide diminue, l'iris de pepsine favorise la digestion. Aux doses moyennes d'acide, il faut des doses moyennes de pepsine. Si la proportion d'acide s'élève ou s'abaisse hors des limites physiologiques il importe d'augmenter notablement la dose de ferment.

Injection d'argent colloïdal à petits grains.

MM. Goupil et Victor Henri ont injecté chez des lapins 80 cent. cube d'argent colloïdal à petits grains isotoniques. Ces auteurs ont fait des injections intra-veineuses, souscutanées, intra-buccales, intrapéritonéales et intrapleurales. Deux lapins ont reçu 50 c. cubes d'argent colloïdal par jour pendant 12 jours consécutifs.

Après l'injection intraveineuse de 20 c. cubes il y a, deux heures après, élévation thermique pendant 3 à 4 heures.

Anaérobies liquéfiants.

M. G. Rosenthal a aérobisé des anaérobies par un procédé qui consiste à repiquer d'anciennes cultures de gélatine liquéfiée, soit à utiliser des séries de culture sur gélatine dont la liquéfaction amène spontanément l'aérobisation.

Formules de leucocytose, de la rougeole et de la rubéole.

M. Lagriffoul a établi des formules leucocytaires dans deux maladies permettant de les utiliser par le diagnostic.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre.

La curabilité du cancer.

Le Dr Poirier, dans un travail des plus importants, étudie les conditions de curabilité pour le cancer en général et en particulier pour le cancer de la langue, un des plus graves et des plus fréquents.

Les sérums anticancéreux cherchés avec tant d'ardeur et proposés en si grand nombre se sont montrés jusqu'ici impuissants. Tout au plus les meilleurs ont-ils parfois une action palliative. Dans certains cancers profonds et inopérables des viscères, cette action peut justifier leur emploi.

Les rayons X ont une action certaine sur les cancers superficiels. Dans certains cancers profonds et inopérables ils semblent améliorer le malade et relever ses forces. Leur action est alors palliative et se rapproche de celle du sérum.

Mais, si obscure que soit la pathogénie du cancer, un fait doit dominer le traitement. Le cancer est tout d'abord un mal local. Il est guérissable par une intervention chirurgicale précoce, une exérèse large et logique faite dès l'extrême début.

Les progrès de l'anesthésie et de l'antisepsie en permettant au besoin des opérations très longues et très étendues ont singulièrement facilité cette exérèse. Ils l'ont rendue plus sûre et plus efficace. Malgré tout, les chances de succès durable (comme l'avaient déjà vu Velpeau, Malgaigne, Larrey) sont d'autant plus grandes que le malade est opéré plus tôt. Récemment, la Société allemande contre le cancer a étudié de son côté ces deux conditions fondamentales du succès : possibilité d'opérations plus complètes, opérations aussi précoces que possible. Les résultats sont encourageants car depuis cinquante ans la proportion des guérisons durables semble être passée de 20 à 40 %. Cette dernière statistique est déjà très satisfaisante. Peut-être pourrait-on encore l'améliorer.

M. Poirier étudie ensuite avec détail le cancer de la langue. Depuis 1901 il emploie contre le cancer et a présenté à la Société de chirurgie une méthode spéciale d'exérèse réalisant l'ablation bilatérale des territoires lymphatiques de cet organe. Voici la statistique qu'il a obtenue en suivant cette pratique :

7 morts immédiates.

1 mort au 10e jour, post-opératoire, après une injection d'adrénaline faite par l'interne pour arrêter une hémorragie.

11 récidives très rapides ; 5 d'entre elles ont donné lieu à une nouvelle opération, et 2 de ces derniers malades paraissent guéris.

8 sont guéris. La durée de cette guérison varie de cinq à un an.

Pour bien juger de cette statistique, il faut songer qu'il ne s'agit que de malades très graves, dont beaucoup avaient été regardés par des chirurgiens comme non opérables. Presque tous avaient consulté très tardivement et avaient perdu un temps précieux. Bien souvent on avait voulu essayer un traitement spécifique d'épreuve ; cette idée paraît d'autant plus rationnelle que les malades sont fréquemment d'anciens syphilitiques. Mais s'il s'agit de cancer, la stomatite produite par le mercure donne une aggravation rapide et grave. Souvent aussi on discute une leucoplasie produite par le tabac. L'influence du tabac est certaine mais il ne faut pas s'exagérer la bénignité des lésions produites.

Il y aurait souvent avantage à enlever les lésions précancéreuses : glossites partielles et leucoplasie. En tous cas on ne doit jamais attendre pour opérer que le diagnostic soit confirmé par la présence de ganglions. L'intervention est alors trop tardive. Mieux vaut dans les cas douteux extirper un fragment minuscule de la tumeur pour en pratiquer l'examen histologique. Celui-ci tranche immédiatement et sûrement la question.

En terminant, M. Poirier regrette qu'il n'y ait pas en France, comme en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, d'Institut spécial étudiant dans tous ses détails l'importante question du cancer. L'Académie de médecine pourrait prendre l'initiative de cette utile création.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance. Mais l'appel de M. le Pr Poirier ne saurait manquer de réussir. A l'issue de la séance, M. Poirier reçut en effet du Dr Henri de Rothschild la généreuse lettre suivante :

Mon cher maître et ami,

J'ai écouté avec intérêt votre communication. Comme vous, je crois à la curabilité du cancer à son début par une exérèse large et logique. Je pense aussi qu'il est indispensable de réunir, de grouper, pour les mieux utiliser, les efforts particuliers. J'espère que votre appel sera entendu et que la France, si riche en travailleurs, va organiser la *lutte contre le cancer.*

Je désire coopérer à cette œuvre d'humanité et vous serai reconnaissant de faire parvenir au comité qui va prendre l'initiative de cette grande œuvre le chèque inclus.

Veuillez croire, etc...

Dr Henri de Rothschild.

P. S. — *Inclus un chèque de cent mille francs.*

Cette lettre supprime la principale difficulté à cette création si utile et si désirable.

Séance du 6 novembre.

La tuberculose dans les écoles parisiennes.

La séance est consacrée tout entière à une importante communication du Pr Grancher. M. Grancher, avec la collaboration de ses élèves, dont beaucoup sont, eux aussi, des maîtres : MM. les Drs Méry, Louis Guinon, J. Boulloche, Aviragnet, J. Renault, Rist, Veillon, Zuber, J. Hallé, Guillemot, Terrien, Babonneix, Armand-Delille, Vignalou, Weill-Ballé, a examiné pendant trois ans 4.226 garçons ou filles des écoles de Paris.

Il a pratiqué un traitement d'essai sur 103. Le nombre des enfants atteints de tuberculose ganglio-pulmonaire est de 15 %, la plupart à la première étape. Voici les conclusions de ces intéressantes et laborieuses recherches :

« Si la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant est curable, *ce que nous croyons fermement*, il faut pour la guérir :

1° La reconnaître à son extrême début par un examen de dépistage qui permette, en dissociant les signes physiques, de diagnostiquer les première, seconde et troisième étapes qui précèdent la première période classique. C'est dans cette phase de germination que la tuberculose offre le plus de chances de guérison.

2° Ne pas compter sur le traitement fait à l'école par l'addition d'un repas supplémentaire. Il améliore à peine la situation de quelques enfants, laisse la grande majorité stationnaires et n'empêche pas quelques-uns de devenir plus gravement malades.

3° Faire un effort plus sérieux et plus prolongé, effort que les parents sont incapables d'accomplir avec leurs seules ressources. Il convient donc de leur venir en aide, si on veut combattre la tuberculose à son origine et chez l'enfant.

Seul, le conseil municipal de Paris peut le faire utilement.

Deux méthodes s'offrent à son choix :

1° Le placement des enfants atteints de tuberculose *légère et fermée* dans des familles de campagne qui seraient prévenues que l'enfant est malade, quoique non contagionnant, et qui recevraient une mensualité suffisante pour assurer le traitement hygiéno-diététique, l'aération continue et la suralimentation.

L'enfant suivrait les cours de l'école communale et les exercices de cette école dans la mesure où le médecin chargé de sa surveillance le permettrait.

Cette surveillance devrait s'exercer surtout en vue de prévoir le moment où le bacille, mis en liberté, rend l'enfant contagionnant. Il faudrait, en effet, prévenir ce moment pour ne pas contaminer la famille nourricière.

Ce danger de contamination est la grande objection à cette

méthode du placement familial. Objection capitale ! En effet, il est presque impossible, même à un médecin très attentif, de savoir le moment où les bacilles vont être éliminés. Il peut se produire des surprises qui déjouent tous les pronostics.

2° Pour ce motif et aussi pour assurer un traitement meilleur, mes collaborateurs et moi, nous préférons la seconde méthode qu'on pourrait essayer, pendant quelques années, sur un petit nombre d'enfants. On l'étendrait ensuite, si les résultats étaient favorables. Les enfants reconnus malades seraient placés, à la campagne, dans un sanatorium école, où ils continueraient leurs études, sous la surveillance étroite d'un médecin. Celui-ci, véritable médecin de sanatorium, réglerait, non seulement l'aération et l'alimentation nécessaires à la cure, mais aussi les heures de travail, de récréation, de gymnastique, etc.

Dans ou trois ans, nous saurions à quoi nous en tenir sur les effets produits.

Deux écoles suburbaines, une de garçons, une de filles, suffiraient pour cet essai.

On les appellerait, si l'on veut, *Ecoles en plein air*.

Elles seraient un internat de cure pour les enfants bacillifères.

Il appartient au conseil municipal de Paris, si éclairé et si humain, de tenter le salut des enfants malades de nos écoles, pépinière inépuisable des tuberculeux adultes, incurables.

Cette *assistance préventive* de l'enfance, outre qu'elle serait le meilleur emploi de nos finances, épargnerait beaucoup de vies humaines. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1906.

Phlébite du membre inférieur gauche. consécutive à une appendicite à froid.

La phlébite appendiculaire s'observe dans deux circonstances : au cours des grandes infections appendiculaires chaudes et longtemps après le refroidissement, que l'appendicite ait été opérée ou non. La pathogénie de cette dernière variété de plébite est très obscure ; et encore plus inexplicable est la localisation presque constante au membre inférieur *gauche*. M. Dieulafé (de Toulouse) l'explique par ce fait que l'opération ayant lieu à droite, tout le côté droit est immobilisé tandis que le membre inférieur gauche garde sa mobilité et se trouve ainsi prédisposé à la phlébite.

M. Broca n'admet pas cette hypothèse et préfère avouer son ignorance.

M. Tuffier pense que l'appendicite agit comme une maladie générale ; or les infections générales frapperaient de préférence le membre inférieur gauche. M. Tuffier a observé une dizaine de cas de phlébites gauches toutes bénignes.

Pourtant M. Routier a observé un cas où la phlébite a été compliquée d'embolie pulmonaire et M. Walther a observé trois cas de mort par embolie, mais sans phlébite apparente.

MM. Kirmisson. Félicet et Villemain insistent sur l'extrême rareté des phlébites appendiculaires chez l'enfant.

Rupture de l'urèthre périnéal.

M. Legueu rapporte les observations de nombreux malades chez lesquels la *suture immédiate* des deux bouts de l'urèthre rompu ne donne pas les beaux résultats qu'on est en droit d'attendre d'un traitement aussi rationnel.

La réunion *per primam* est obtenue et la guérison paraît idéale lorsque, quelques mois après l'opération, le malade revient consulter pour des difficultés de miction ; le cathétérisme est difficile et la palpation du périnée permet de constater l'existence de callosités ; en un mot, derrière la peau réunie, il y a eu désunion des sutures urétrales et rétrécissement traumatique.

C'est pour obvier à ces fâcheux résultats que M. Legueu, renonçant à la suture immédiate préconise une intervention en deux temps : dans un premier temps on suture chaque bout urétral et séparément à la peau ; puis dans un deuxième temps on ferme la brèche par une autoplastie au moyen de deux lambeaux latéraux.

Les résultats obtenus à Necker avec l'opération en deux temps sont très beaux et l'urèthre ainsi reconstitué permet facilement le passage du Béniqué 45 au 50.

M. Félizet pense que la suture du bord postérieur de l'urèthre doit être souvent difficile ou même impossible ; en effet souvent on ne peut le récupérer, d'autre part il est d'habitude si profond que, même si on le trouve, on ne peut l'amener jusqu'à la peau du périnée.

MM. Bazy et Broca n'interviennent dans les ruptures récentes que lorsqu'il y a menace d'infiltration urinaire. Ils n'interviennent que plus tard lorsque le rétrécissement est constitué. M. Bazy fait toujours la suture bout à bout et n'a jamais observé les mauvais résultats dont se plaint M. Legueu.

Séance du 24 octobre.

Tuberculose iléo-cæcale.

L'observation de M. Michon est intéressante par ce fait que le tableau clinique ressemblait à s'y méprendre à celui d'une appendicite aiguë vulgaire et aussi par la localisation anatomiqne du processus morbide : seules la fin de l'iléon et la valvule iléo-cæcale étaient intéressées ; le cæcum est absolument indemne.

Grossesse extra-utérine.

M. Faure fait un rapport sur quatre cas de grossesse extra utérine opérés par M. Lapeyre, de Tours. L'un d'eux est particulièrement intéressant : il concerne une femme de 27 ans chez laquelle on constata, au cours de sa deuxième grossesse, une tumeur abdominale prise pour un kyste de l'ovaire. Après l'accouchement, on opéra la malade et l'on vit que la tumeur était constituée par une trompe gravide à pédicule mobile.

Il y avait donc eu coexistence d'une grossesse normale et d'une grossesse tubaire. Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre.

Pachyméningite hémorrhagique.

M. Joltrain a observé ce cas dans le service de M. Caussade. L'hématome dure-mérien, très étendu, occupait une grande partie de l'hémisphère gauche (front. 3, lobes pariét. et temporo-occipit.). Cliniquement, il avait évolué en deux phases : une première période caractérisée par une démarche particulière (rétropulsion très nette) et une seconde par une hémiplégie gauche spasmodique siégeant par conséquent du même côté que la lésion. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait à aucun moment de globules rouges.

Le sang chez les hémophiliques.

M. E. Weil a étudié le sang chez les hémophiliques et est arrivé à distinguer au point de vue hématologique deux variétés d'hémophilie : l'h. familiale et l'h. sporadique. Ces variétés sont encore différentes au point de vue clinique, pathogénique et étiologique. Au point de vue clinique : dans la forme familiale, les hémorrhagies sont plus fréquentes et plus graves, elles se montrent parfois de façon cyclique. Les hémorragies viscérales, les hémarthroses sont rares dans l'hémophilie sporadique. Le sang chez un hémophilique sporadique se coagule plus vite que chez l'hémophilique familial. et chez ceux-ci le retard est d'autant plus long qu'il s'agit d'un sujet jeune. Il y a donc rapport proportionnel entre la coagulabilité et la gravité de la forme. Tous les malades observés étaient du sexe mâle. Dans la forme familiale, les mères présentaient cependant des signes d'hémophilie atténuée. Les frères non hémophiliques des malades avaient un sang normal. La cause réelle de l'hémophilie n'a pu être dépistée, peut-être faut-il invoquer un vice de fonctionnement hépatique. Le mécanisme physiologique de l'affection et de la lésion sanguine est différent dans les deux formes et multiple.

Les caractères comparés du sang dans les deux variétés sont les suivants : hémophilie *à froid* : sang fluide, s'écou-

lant vite et longtemps à la piqûre des veines ; sang normal morphologiquement : coagulation retardée (45 à 70 minutes) : caillot normal, bien rétracté, sérum abondant ; les solutions faibles de chlorure de calcium arrêtent la coagulation ; les sérums froids humains ou animaux rendent la réaction de la coagulation normale ; les injections intra-nerveuses de sérums frais suppriment le retard ; le sérum de l'hémophilie sporadique ne retarde pas la coagulation du sang normal : il semble qu'il ne manque qu'une substance telle qu'un ferment. Hémophilie *familiale* : sang visqueux, coule lentement peu abondant ; morphologie normale, sauf leucopénie constante ; coagulation retardée, caillot moins rétracté que normalement, mou, sérum moins abondant ; la solution faible de chlorure de calcium accélère la coagulation.

Les injections de sérums frais humains ou animaux, qui corrigent la lésion sanguine complètement dans la forme sporadique, partiellement dans la forme familiale, ont une action préventive considérable qui mérite d'être utilisée. Leur action cependant ne reste que passagère.

Evolution de la glycosurie, de la tolérance hydrocarbonée chez un diabétique sous l'influence du régime.

MM. Labbé et Amaville, donnent cette observation intéressante. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 31 octobre, sous la présidence de M. Bonnier.

M. le secrétaire général lit, sur le professeur Brouardel une notice où il vante les services rendus par ce savant à l'hygiène en général, et rappelle la dette de reconnaissance que la Société avait contractée envers lui.

Un membre de la Société lit un court rapport sur les résultats, après quatre ans d'épreuve, de la comparaison entre la *peinture à la céruse* et celle au *blanc de zinc*. Ce n'est que l'année prochaine, après les 5 ans convenus, que l'on fournira les résultats définitifs de cette comparaison.

M. Puech lit un long travail sur *l'épuration biologique des eaux résiduaires et des eaux d'égout*, et fait le procès de cette épuration, au moins telle qu'elle est pratiquée par le Dr Calmette. Il préfère de beaucoup l'épuration par l'épandage, car les eaux affluentes peuvent en être déversées en rivière sans aucun danger : ce qui n'est pas le cas de l'épuration biologique, système Calmette. Il préconise un système d'épuration purement mécanique par des filtrages divers, qui, adjoint à l'épandage, permettrait de réduire la surface nécessaire, au 8e de ce qu'elle est actuellement.

Ainsi les 6.000 hectares sur lesquels se fait aujourd'hui l'épandage, pourraient être réduits à 750. Et, en tout état de cause, avec le procédé de M. Puech, les 6.000 hectares suffiraient bien longtemps à l'accroissement normal de la population parisienne.

M. Vincey rappelle que M. Calmette avait accusé les vaches nourries sur les champs d'épandagé, de contracter la tuberculose et de la communiquer à l'homme. La contamination de l homme par les bovidés est réelle en effet ; mais l'inverse : la contamination des bovidés par l'homme, ne l'est nullement. Nocard a nourri des vaches avec des aliments où étaient accumulés des bacilles de Koch : jamais il n'est parvenu à les rendre tuberculeuses.

A l'asile de Vaucluse, de 1904 à aujourd'hui, soit deux ans et demi, on a nourri 30 vaches laitières, pendant les six mois d'été, avec les herbes produites par les champs d'épandage. Jusqu'ici, aucune d'elles n'a réagi sous l'action de la tuberculine. Ceci vient encore à l'appui des expériences de Nocard. Il n'y a donc aucun danger, contrairement à ce qu'on avait prétendu, à nourrir les bovidés avec les produits des champs d'épandage. A. Pujol.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les **Annonces** *contenues dans le* **Numéro des Etudiants**.

AVIS AUX CANDIDATS A LA THÈSE

Nous donnons autant que possible la liste des *Thèses* soutenues durant la dernière année scolaire, afin de guider les étudiants qui sont arrivés à cette épreuve pour qu'ils sachent à quoi s'en tenir sur les sujets traités.

VARIA

—

Sociétés de Médecine militaire.

Dans le numéro du 20 octobre de la *Médecine sociale* a paru un article :« Médecine militaire, » dont la lecture m'a causé un profond étonnement. J'ai toujours considéré notre confrère Berthod comme un homme de bons sens et de droiture, incapable de faire de la polémique avec des assertions erronées ou des suppositions calomnieuses, et je ne puis croire que l'entrefilet paru dans son journal, avec des sous-entendus peu flatteurs pour nos confrères de l'armée, ait été écrits par un médecin pour lequel j'ai toujours eu une symphatique estime. Je crois, en effet, que le temps n'est plus où des esprits malveillants et peu au courant des choses de l'armée représentaient nos camarades comme des vieux galonnés, majors de tables d'estaminet, ne considérant chez les autres que la valeur de l'ancienneté de services et le panache du grade. Je crois, avec les snobs de salon, dont parle notre confrère, que l'opinion publique, mieux éclairée, a reconnu que le corps de santé militaire, qui compte parmi ses membres tant de noms dont la notoriété scientifique est bien établie, dont on peut si souvent constater la valeur soit par des communications aux Sociétés savantes, soit par des articles scientifiques, de camarades, modestes travailleurs, ne cherchant ni la réclame ni une vaine satisfaction d'amour-propre, était composé, en grande majorité, de médecins, sans cesse à la recherche des progrès scientifiques, pour en faire bénéficier l'hygiène sanitaire de l'armée. Je pense également que tous les hommes de bonne foi sont convaincus que la multitude des connaissances variées exigées pour la pratique de la médecine dans l'armée, le contrôle des examens et des inspections répétées, la surveillance, dont on ne peut s'affranchir, exercée sur les actes professionnels de nos confrères par un entourage souvent peu disposé à la bienveillance, sont la meilleure garantie que l'on peut avoir de la valeur professionnelle de nos médecins militaire. Je suis persuadé que l'opinion publique mieux éclairée nous accorde une certaine estime, laissant aux soldats paresseux, aux jeunes étudiants incorporés, ne connaissant rien des difficultés de la pratique, et jugeant les autres avec l'aplomb d'un professeur *ex cathedrâ*, aux journalistes sectaires, à la recherche de tous les prétendus scandales militaires ; aux envieux qu'on rencontre dans toutes le professsions, le soin de représenter le médecin militaire comme un type de Ramollot, faisant sa visite galonné et éperonné, sabrant et bousculant et ne connaissant d'autre thérapeutique que la salle de police pour les simulateurs et l'épéca pour les malades ! Ce type n'a jamais existé que dans l'esprit de certains romanciers ; et Berthod, j'en suis sûr, est prêt à reconnaître que tous les hommes impartiaux ; respectueux des égards que nous nous devons, quel que soit l'habit que nous portons, ont sur les médecins de l'armée une opinion toute contraire à elle que l' article en question laisse sous-entendre. Qu'il me permette d'affirmer également que ni lui ni moi nous ne comprendrions que des médecins, quels qu'ils soient, par dépit ou par envie, aient recours à la calomnie ou à la médisance envers leurs confrères; que, par conséquence, on aurait tort de supposer que nos camarades de l'armée aient quelque chose à craindre, sous ce rapport, de la majorité de leurs confrères civils. Il est toujours facile de trouver des actes ou des faits répréhensibles, même dans les corporations d'élite les mieux composées sous le rapport du savoir et de l'intelligence. Si nos confrères militaires ont besoin, comme le prétend l'entrefilet en question, de la neutralité bienveillante de leurs voisins immédiats (*sic*), croit-on qu'ils ne pourraient, à leur tour, trouver, parmi ces voisins, beaucoup de faits critiquables, tant au point de vue de la pratique professionnelle que des conditions de l'existence. Je ne veux pas insister sur des points aussi douloureux, parce que je ne puis admettre que des médecins emploient de pareilles armes qui nuisent à notre dignité et au respect que nous devons inspirer au public. Je puis me porter garant que pareilles habitudes n'auront jamais cours parmi les médecins militaires et qu'ils sauront toujours se défendre autrement que par la calomnie ou les injures.

Ceci dit, je dois éclairer notre confrère sur la question visée dans son article : celle des Sociétés de médecine militaire. La meilleure preuve contre la fausseté de cette allégation que l'éducation qu'on peut donner aux médecins militaires est celle du type officier de cavalerie (*sic*) est précisément les efforts que nous avons faits les uns et les autres pour constituer des Sociétés de médecine militaire. Le temps est passé où quelques esprits étroits voulaient faire avant tout du médecin militaire un officier et un administrateur. Cette école n'a recruté que peu d'adhérents, et les galons, le plumet, la tunique ou le dolman, en un mot toutes les questions secondaires de tenue et d'assimilation hiérarchique, ne sont plus considérées que par une minime exception, comme absolument indispensables au respect et au prestige du médecin dans l'armée. Si la majorité de nos confrères n'admet pas encore, comme j'ai essayé de l'établir dans ce journal, que la meilleure façon d'assurer l'autonomie de la médecine militaire, serait son indépendance et sa constitution en un corps semblable à celui du contrôle, tout au moins, elle est persuadée que le médecin, dans l'armée, doit inspirer le respect, non pas par le nombre de ses galons, mais par son savoir, son dévouement professionnel ; la dignité de ses manières envers tous, sans servilité comme sans faiblesse, et aussi par son endurance à toutes les fatigues, à tous les dangers, à toutes les tâches qu'on lui impose ; par son obéissance aux règlements librement acceptés, sa fidélité à tous les principes qui, quoiqu'on dise, constituent et constitueront toujours la base de l'esprit militaire : le dévouement, le désintéressement, l'abnégation de soi-même simple et sans réclame, le respect de la loi. Voilà, mon cher confrère, les véritables tendances de l'éducation militaire du médecin. Nous en avons toujours réclamé l'adoption non seulement pour nos camarades de l'active, mais aussi pour ceux de la réserve et de la territoriale, et, loin d'avoir pour l'élément civil un dédain qui s'accentue (*sic*), nous cherchons dans tous nos rapports avec lui à développer cette esprit de solidarité, de respect mutuel, de sentiment généreux, exempts de toute idée d'envie ou de dénigrement.

Mais nous voulons aussi que l'éducation du médecin soit accompagnée d'une instruction professionnelle continue, parce que, de nos jours, la science médicale marche sans cesse en progressant ; parce que les découvertes renouvelées dans toutes les branches nécessitent des modifications correspondantes dans les méthodes d'autrefois ; parce que les événements nous apportent des idées et des manières de voir différentes, qu'il est nécessaire de nous communiquer les uns

aux autres pour les discuter et en tirer les conclusions profitables à la santé dans l'armée. Voilà pourquoi, depuis longtemps déjà, beaucoup d'entre nous ont réclamé la création de Sociétés de médecine militaire, bien avant la formation, en Amérique, de l'Association des médecins militaires. Ces sociétés existent en Allemagne, en Autriche et dans d'autres armées. Mais en Allemagne, où l'armée est une entité spéciale; où les éléments qui la constituent ont pu depuis longtemps étudier l'art de la guerre, les méthodes aussi bien au point du vue du commandement que des services accessoires, ces sociétés ont toujours été dirigées, présidées par des médecins militaires du cadre actif les plus élevés en grade, tandis que les médecins de la réserve, de même que ceux de l'active n'ont que la qualité de simples membres. Et si notre confrère Berthod veut bien lire les comptes-rendus des séances de ces sociétés, il verra que, malgré les galons de leur président, elles sont loin de succomber par suite d'insuffisance scientifique. En Amérique, au contraire, où le corps de santé est relativement de date récente : où la pratique de la médecine militaire sur les champs de bataille a été anssi grande: pour ne pas dire plus grande, de la part de l'élément civil, que de la part du cadre actif il était nécessaire que la participation des médecins de la réserve fût plus manifeste et plus importante dans la composition de ces sociétés de médecine militaire.

Pouvait-il en être de même en France ? Je ne le pense pas. Bien que l'armée ne soit plus une caste à part, bien que les éléments civils entrent dans sa constitution avec les mêmes devoirs, les mêmes idées et les mêmes droits que leurs camarades du cadre actif, leur expérience des choses de l'armée est encore trop récente ; leur pratique dans les hôpitaux, les régiments, sont en temps de paix, soit en campagne, est encore trop insuffisante, pour qu'ils puissent diriger avec assez de compétence les travaux et les discussions dans des Sociétés ou des Congrès où il ne saurait être question que des faits intéressants la pratique militaire. Dans l'avenir, quand les milices auront remplacé les armées permanentes, quand tous auront pris la même part aux choses militaires, peut-être aucune distinction ne pourra-t-elle être admise. Mais actuellement, on ne saurait nier que nos confrères militaires n'aient à ce point de vue une compétence plus étendue que celle de notoriétés plus en vue dans la profession civile. J'ai, dans un précédent travail, exposé comment l'on devait constituer les sociétés de médecine militaire. J'ai dit que nos camarades de la réserve et de la territoriale devaient y être admis au même titre que les médecins du cadre actif. Mais la nécessité même de maintenir les sociétés ou ces congrès en relation avec le commandement par l'intermédiaire du Comité de santé, pour permettre l'adoption des mesures reconnues, après discussion, avantageuses pour l'armée, prouve que l'élément dirigeant doit être composé de médecins d'un grade élevé et d'une compétence indiscutable sur la matière.

Nous avons applaudi de tout cœur (et les nombreuses adhésions recueillies parmi les médecins militaires le prouvent) à l'esprit de solidarité qui avait amené notre confrère Ramonat à créer l'Union fédérative des Médecins de la réserve et de la territoriale. Il avait réussi à créer entre eux et leurs camarades du cadre actif un esprit de confiance, d'estime réciproque et l'on ne saurait trop l'en remercier. Je n'ai pas partagé sa manière de voir quand il a voulu faire un congrès de médecine militaire dont l'élément militaire n'eût pas été la cheville ouvrière et directrice. Mais cette divergence de vues n'exclut nullement l'idée de camaraderie, de solidarité, de désir de travailler ensemble à l'amélioration des mesures à prendre pour tout ce qui concerne l'hygiène et la santé des troupes en temps de paix comme en temps de guerre. Seulement, pour les raisons que j'ai énumérées plus haut, je crois que les éléments du cadre actif doivent présider et diriger ces débats. Je suis persuadé que nous avons tous l'horreur des coteries et des petites chapelles ; et nos confrères de la réserve et de la territoriale peuvent se rassurer à ce sujet. Nous sommes parmi les médecins de la réserve et de la territoriale, quelques évadés du cadre actif avant l'âge de la retraite ; nous avons échangé le képi et le dolman galonné contre le chapeau haut de forme et la redingote ; mais nous n'avons rien abdiqué de nos anciens sentiments pour le corps de santé, tout au contraire, nous avons cherché à entretenir en nous une vigueur physique et intellectuelle ; une valeur scientifique au niveau des découvertes récentes, afin de pouvoir apporter, en cas de besoin, a nos camarades, jeunes autrefois, maintenant avancés en âge et en grade, l'appui de notre expérience et de nos travaux. Eh bien ! je puis affirmer à notre confrère Berthod que les évadés du cadre actif ont assez le souci des règles de la déontologie (il le sait bien du reste) pour ne pas admettre dans les sociétés de médecine militaire d'esprit d'exclusion, de coterie, d'étroitesse, de vue, permettant des accaparements non justifiés.

Nous ferons tous nos efforts pour qu'elles soient guidées par un vrai sentimeut de solidarité scientifique, ou la valeur intellectuelle aura plus de prépondérance que le galon.

A. Demmler.

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Organisation hospitalière d'une ville

L'organisation hospitalière d'une grande ville doit comprendre : 1° un ou plusieurs hôpitaux généraux de 300 à 800 lits situés en ville ou à la limite des agglomérations à desservir Les établissements cliniques à proximité de l'école de médecine. Les services spéciaux y seraient annexés avec la policlinique. L'hôpital général devrait posséder un pavillon pour contagieux pour cas d'extrême urgence. 2° un hôpital spécial pour contagieux placé hors ville ou tout au moins dans un endroit éloigné de l'agglomération. Une entente intercommunale pourrait faciliter sa réalisation.

3° Un refuge pour enfants atteints de maladie chroniques à la campagne.— 4° Un institut pour enfants arriérés. — 5° Un hôpital maritime pour enfants rachitiques ou atteint de tuberculose osseuse. — 6° Un hospice à la campagne pour suppurants chroniques et cancéreux inopérables. — 7° Un sanatorium pour tuberculeux curables à la campagne. — 8° Un refuge pour tuberculeux incurables à la campagne. — 9° Une maison de convalescence (sorte de ferme), pour adultes et enfants avec annexes pour convalescents infectieux.

Telle est, selon la société des chefs de service des hôpitaux de Bruxelles, l'organisation hospitalière d'une grande ville.

(*Journ. méd. de Bruxelles*, 25 oct.)

Réorganisation du service d'hygiène de Paris

La loi du 15 avril 1902, relative à la protection de la santé publique, porte, en son article 19, que dans les villes de 20,000 habitants et au-dessus « il sera institué sous le nom de bureau d'hygiène un service chargé, sous l'autorité du maire, de l'application de la loi ». Le Conseil municipal de Paris va donc se trouver dans l'obligation de réformer l'organisation actuelle, qui ne date que de 1903, mais qui n'a point été conçue dans l'esprit de la loi nouvelle.

Actuellement, au point de vue administratif, les divers services intéressant la santé la santé publique sont partagés entre le bureau de l'assainissement de l'habitation (logements

insalubres, casier sanitaire, etc., et le bureau des établissements sanitaires et charitables (étuves, ambulances, observatoire de Montsouris, surveillance locale des sources). Les deux bureaux n'ont qu'un seul chef, l'inspecteur général de l'assainissement. Or, on a eu l'occasion de constater que cette organisation a le double inconvénient d'une centralisation exagérée de toutes les attributions techniques et extérieures entre les mêmes mains et de la division du service administratif qui n'assure pas la cohésion et l'unité de vues nécessaires dans les questions de cette importance. La refonte du bureau d'hygiène sur des bases nouvelles va fournir l'occasion de supprimer ces inconvénients.

Le préfet de la Seine, dans un mémoire adressé au Conseil municipal, expose comment doit être comprise, à son avis, l'organisation projetée :

Si l'on envisage, écrit M. de Selves, l'énumération des attributions qui doivent ressortir au bureau d'hygiène : désinfection, vaccination, contrôle de l'exécution des règlements sanitaires pour toutes les prescriptions relatives à l'assainissement des maisons insalubres, surveillance des eaux d'alimentation, surveillance des fosses d'aisances, casier sanitaire des immeubles, assainissement général de la ville et de la voie publique, distribution publique d'eau potable, construction des égouts, carte sanitaire de la commune, statistique des cas de maladies transmissibles et contagieuses, laboratoires d'hygiène, etc., on se rend compte de l'immensité et de la complexité d'une pareille tâche dans une grande ville comme Paris.

Ces services sont tellement considérables qu'ils dépassaient déjà les forces de l'activité d'un seul chef et qu'à vouloir, sous prétexte d'unité de vues et de direction, les centraliser entre les mains d'une seule personne, on risquerait d'aboutir à l'un des deux résultats suivants; ou bien ce chef de service, absorbé par tous les détails, perdrait les vues d'ensemble n'exercerait pas d'action utile et efficace sur le fonctionnement général des services sanitaires et pour la protection de la santé publique, ou bien, au contraire, comprenant le rôle qu'il doit jouer à cet égard, il se verrait contraint de se désintéresser de la marche régulière des services.

Dès lors, on aboutit à cette conclusion qu'à Paris, il est indispensable d'admettre une série de services indépendants au point de vue technique. Toutefois, si cette division s'impose à raison de l'importance de la tâche à accomplir, il y a lieu de songer, en même temps, aux inconvénients qui pourraient résulter de cette division des services sanitaires et il est indispensable de se préoccuper d'assurer la communauté de vues et d'action, l'unité de direction.

Les principes généraux de l'organisation nouvelle sont donc les suivants: 1° division des services sanitaires sous des chefs distincts, de façon à leur assurer une bonne direction; 2° création d'un organisme de liaison et de coordination.

Suit un exposé détaillé des conditions dans lesquelles fonctionneraient les divers services. Le préfet, en résumé, propose de mettre à la tête du bureau d'hygiène un conseil de surveillance et de perfectionnement. Viendront ensuite un bureau administratif des services d'hygiène, une inspection générale se tenant au courant des mouvements épidémiques, renseignant la commission de surveillance, contrôlant le fonctionnement des services, un service de la désinfection, des ambulances et de la surveillance médicale des sources, un service de l'hygiène de l'habitation, un service de la surveillance sanitaire des eaux, un service de la vaccination et des laboratoires d'hygiène.

Vous aurez ainsi, dit M. de Selves, des divisions rationnelles. Chaque service, bien homogène, aurait à sa tête un chef qui, n'ayant qu'une mission en rapport avec ses forces et son activité, pourrait en assurer la bonne marche. En même temps la commission de surveillance assurerait la liaison de ces divers services, et la haute compétence des membres qui la composeraient donnerait à la population parisienne la garantie que ses services d'hygiène recevraient une impulsion générale tout à fait scientifique.

En terminant, le préfet annonce que, balance faite des économies et des augmentations de dépenses qu'entraînera la réorganisation des services, on arrivera à diminuer les dépenses totales d'environ 3.000 francs par an. L'argument est à retenir, et il ne manquera pas d'influer sur la décision que devra prendre dans un délai très court le Conseil municipal de Paris. *(Le Petit Temps.)*

Concours pour deux emplois de médecin suppléant à la Maison départementale de Nanterre.

Le Préfet de police,

Vu la délibération du Conseil général de la Seine en date du 4 juillet 1906 :

Sur la proposition du Secrétaire général,

Arrête :

Article premier. — Un concours pour deux places de médecin suppléant à la Maison départementale de Nanterre s'ouvrira le lundi 14 janvier 1907, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Article 2. — Le registre d'inscription, ouvert à la Préfecture de police (secrétariat général service du personnel) le 1er novembre, à 10 heures du matin, sera clos le 31 décembre à 4 heures de l'après-midi. Les candidats doivent être Français, âgés de moins de 40 ans et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat. Ils joindront à leur demande d'inscription l'extrait de leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres scientifiques et hospitaliers, leurs états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'ils jugeraient utile de présenter. La liste des membres du jury sera communiquée aux candidats qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du Jury doivent être signalés à l'administration en vue de la modification du Jury.

Article 3. — Le concours comprendra trois épreuves : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne. Le sujet de cette composition sera tiré au sort entre trois questions arrêtées et rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance. Deux heures seront accordées pour cette composition. Cette épreuve sera éliminatoire. 2° Une épreuve de cliniques (10 minutes d'examen, 5 minutes de réflexion et 15 minutes d'exposé). 3° Une épreuve de titres (10 minutes seront accordées à chaque candidat pour faire l'exposé de ses titres). Les conditions d'élimination et d'admissibilité seront identiques à celles adoptées pour les concours des hôpitaux de Paris. Les candidats reçus au concours et nommés médecins suppléants seront, en cas de vacances dans les emplois de médecins titulaires, promus à ces postes d'après leur ordre de classement.

DIÉTOTHÉRAPIE

La Poudre de viande de bœuf contre la dystrophie

La thérapeutique actuelle accorde ses faveurs, depuis les expériences de Richet et Héricourt, à l'emploi de la viande crue ou de son suc extractif, pour combattre toutes les dystrophies.

Il arrive très fréquemment, cependant, que le malade soumis à ce traitement n'en bénéfice pas dans la mesure escomptée par son médecin.

Ces insuccès peuvent provenir parfois de l'état trop avancé du mal ; mais ils tiennent plus souvent à ce que le malade souffre autant de dénutrition que d'appauvrissement du sang.

Or, si le jus de viande, ou la viande crue elle-même, peuvent, d'après la théorie régnante, jouer un rôle hématogène et agir comme médicament, ils sont absolument impuissants, le premier surtout, à combattre la dénutrition en tant qu'aliments. Il ne faut pas oublier en effet que la viande crue contient 80 pour cent d'eau et qu'il faudrait pouvoir en faire absorber aux malades une quantité volumineuse pour les suralimenter : quant au jus ou suc de viande, même concentré, il contient si peu de principes nutritifs que son rôle alimentaire est insignifiant.

Le médecin a donc besoin d'avoir sous la main un aliment concentré susceptible de fournir à l'économie, sous un faible volume, le maximum de principes azotés nutritifs. Ces produits sont nombreux, encore que tous ne répondent pas

bien au but à atteindre. C'est ainsi que plusieurs d'entre eux, entièrement composés d'albumoses ou de peptones, mettent la matière azotée à la disposition des malades sous une forme immédiatement assimilable par l'appareil circulatoire, sans l'intervention des sucs digestifs. Il est évident que ces conditions sont mauvaises. car s'il importe de suralimenter les dystrophiés, il ne convient pas de le faire en frappant d'inutilité les sécrétions des organes digestifs, ce qui entraînerait véritablement la paresse puis l'insuffisance de ces organes.

La poudre de viande ne présente pas cet inconvénient grave et peut soutenir très avantageusement la comparaison avec tous les autres suraliments à tous les points de vue. Sa digestibilité est très grande et son assimilation très rapide. Elle est toujours tolérée par les estomacs les plus difficiles et sans jamais les fatiguer, tout en respectant le mécanisme naturel de la sécrétion gastrique.

Mais le médecin doit pouvoir compter, lorsqu'il prescrit de la poudre de viande, sur une richesse nutritive élevée, sur une pureté absolue (absence de farines, etc.), comme sur une qualité exceptionnelle des viandes mises en œuvre, excluant toute altération possible par fermentation.

La « poudre de viande de bœuf » préparée par P. Andouard, pharmacien à Nantes, répond à tous ses desiderata. L'analyse chimique lui assigne une richesse alimentaire très élevée.

Principes albuminoïdes	78 à 80 %
Matière grasse	8
Sels de sang (phosphates, etc)	4
Eau de constitution	8 à 10

Ses qualités organoleptiques lui gagnent, après le choix du médecin, les suffrages des malades qui en font usage.

Aussi les praticiens lui accordent une préférence rationnelle et l'appliquent avec succès à la suralimentation de tous les dystrophiés : tuberculeux, anémiques, neurasthéniques, dyspepsiques, convalescents, etc.

FORMULES

LXXVII. — Contre la blennorrhagie.

Novargan	0 gr. 20 à 0 gr. 50
Eau	100 gr.

En injections uréthrales, (Lugke.)

Contre les *érections douloureuses*, nous ne saurions trop conseiller les *capsules de bromure de camphre* : 2 pendant 2 jours, 3 pendant 2 jours, puis 4, 5 et 6. Suspendre, puis recommencer s'il y a lieu.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat.—*Mercredi, 14 novembre.* — *M. Caillebar*: De l'origine tuberculeuse des kystes ganglionnaires et de la périostite albumineuse (MM. Lannelongue, Terrier, Mauclaire, Gosset). — *M. Lacamp* : Les kystes de la glande de Bartholin (MM. Terrier, Lannelongue, Mauclaire, Gosset). — *M. Doucet* : Du zona associé aux paralysies et aux amyotrophies (MM. Brissaud, Segond, Claude, Duval (Pierre). — *M. Barbe* : De la sacro-coxalgie chez l'enfant (arthrite tuberculeuse sacro-iliaque) (MM. Segond, Brissaud, Claude, Duval (Pierre).

Jeudi, 15 novembre. — *M. Handelsmann* : Anatomie pathologique du cancer primitif du corps thyroïde (MM. Cornil, Raymond, Dupré, Bezançon). — *M. Rolet* : La tuberculose dans les asiles d'aliénés (MM. Raymond, Cornil, Dupré, Bezançon). — *M. Mérab* : Variations anatomiques et prédisposition morbide (La loi de Ledouble) (MM. Le Dentu, Hutinel, Méry, Morestin). — *M. Ramus* : Régime alimentaire à instituer dans la rougeole d'après les éliminations urinaires et le poids (MM. Hutinel, Le Dentu, Méry, Morestin).

Examens de doctorat. — *Lundi 12 novembre.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu): MM. Segond, Legueu, Duval (Pierre).

Mardi 13 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Bezançon, Maillard. — 3e (Oral, 2e partie salle Béclard) : MM. Hutinel, Thiroloix, Carnot. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Le Dentu, Albarran, Morestin.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. De Lapersonne, Faure, Marion. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Dieulafoy, Thoinot, Renon.

Mercredi 14 novembre.—(2e, salle Richet) : MM. Gautier, Richet (Ch.), Branca. — 5e (2e partie, 1re série, Laënnec) : MM. Landouzy, Legry, Labbé (Marcel). — 5e (2e partie, 2e série, Laënnec) : MM. Déjerine, Teissier, Balthazard.

Jeudi 15 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Chantemesse, Jeanselme, Maillard. — 4e (1re série, salle Broussais) : MM. Pouchet, Thoinot, Vaquez. — 4e (2e série, salle Béclard) : MM. Joffroy, Gilbert, Langlois.

Vendredi 16 novembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker): MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Reclus Delens, Duval (Pierre). — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Samedi 17 novembre. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Chantemesse, Thiroloix, Méry. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Robin, Gouget, Jeanselme. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 28 au samedi 3 novembre 1906, les naissances ont été au nombre de 900, se décomposant ainsi : légitimes 682, illégitimes 218.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 837, savoir : 430 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 9. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 5. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 190. — Tuberculose des méninges : 10. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 45. — Maladies organiques du cœur : 51. — Bronchite aiguë : 16. — Bronchite chronique : 10. — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 40. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3.—Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 35.— Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 7. — Cirrhose du foie : 19.— Néphrite et mal de Bright : 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 7. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 15. — Débilité sénile : 38. — Morts violentes : 29. — Suicides : 9. — Autres maladies : 139. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 69, qui se décomposent ainsi : légitimes 50, illégitimes 19.

Faculté de médecine de Lyon. — Le Dr Nicolas, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux a été désigné pour occuper la chaire de dermatologie ; le Dr Guiart, agrégé à la Faculté de médecine, occupera la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Veillon pharmacien de 1re classe est institué chef de travaux de chimie.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Coulongeat docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles est institué chef des travaux d'histoire naturelle.

Asile d'aliénés. — *Concours de l'adjuvat.* — Art. 1er. A titre exceptionnel, les candidats au concours d'adjuvat pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, qui aura lieu dans le courant du premier trimestre de 1907, seront admis à y prendre part, s'ils remplissent la condition d'une année de stage prévue par les arrêtés ministériels antérieurs au décret du 1er août 1906.

Asiles d'aliénés de l'Allier.—Une place d'interne en médecine est vacante à l'Asile départemental de l'Allier. *Conditions d'admission* : 1° être français ; 2° être âgé de 21 ans au moins ; 3° justifier de 12 inscriptions de doctorat. *Avantages* : Les internes sont nommés pour 3 ans après 3 mois de stage. Ils sont logés, éclairés, chauffés, blanchis et nourris dans l'Etablissement et reçoivent un traitement de 800 francs par an. Pour tous renseignements s'adresser au directeur-médecin de l'asile du Belvédère à Moulins (Allier).

Hôtel-Dieu d'Orléans. — *Concours pour l'internat*, le mardi 11 décembre prochain, à 2 h. 1/2 pour 3 places d'Interne

titulaire et 3 places d'Interne provisoire. — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. Questions ordinaires du concours d'externat des Hôpitaux de Paris. Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans. N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois d'après un roulement établi par l'Administration. Pendant les vacances des élèves Sages-Femmes, les internes sont chargés d'assurer le service de la Maternité.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.— *Cours de zoologie*. (Reptiles, Batraciens et Poissons). — M. Léon VAILLANT, professeur, ouvrira ce cours le mardi 13 novembre à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, et le continuera à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants. Le professeur, après avoir étudié les familles éteintes des reptiles (complément du cours de l'année dernière), traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens, tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur leur importance dans les questions de zoologie générale, sur la répartition géographique des espèces, sur leurs propriétés utiles ou nuisibles, sur leur importance dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au Laboratoire, dans les Galeries et à la Ménagerie.

DISPENSAIRE ANTI-ALCOOLIQUE (49, rue Saint-André-des-Arts, 49). Médecin en chef : Dr BÉRILLON ; médecins : Drs FAREZ et PAMART. — Les consultations du Dispensaire anti-alcoolique ont lieu les mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi, 49, rue Saint-André-des-Arts, au siège de l'Ecole de psychologie.

Avis important. — Pour faciliter le traitement, les malades doivent se présenter au Dispensaire étant complètement à jeun de toute boisson alcoolique.

DISPENSAIRE PÉDAGOGIQUE (49, rue Saint-André-des-Arts, 49), médecin en chef : Dr BÉRILLON ; médecins : Dr PAMART et doctoresse BOUET-HENRY. — Les consultations du Dispensaire pédagogique ont lieu les mardis, jeudis, samedis, de 10 heures à midi. Applications de la suggestion hypnotique (Méthode hypnopédagogique) au traitement des enfants vicieux, nerveux ou anormaux.

UNIVERSITÉ DE BERLIN. — M. MAX HENKEL, privat-docent d'obstétrique et gynécologie, a été promu professeur à l'Université de Berlin.

UNIVERSITÉ DE HEIDELBERG. — M. GOTTLIEB PORT a été nommé professeur d'odontologie à l'Université de Heidelberg.

UNIVERSITÉ DE BUDA-PEST. — M. N. LEKAIN a été nommé privat-docent de dermatologie à l'Université de Buda-Pest.

UNIVERSITÉ DE GRISSEN. — M. SOMMER, professeur à l'Université, reprendra son cours international de psychologie judiciaire et psychiatrie pendant la 2e moitié d'avril 1907.

UNIVERSITÉ HARVARD. — L'Université a conféré le grade de docteur *honoris causa* aux physiologistes les professeurs HENRY PICKERING, BOWDITCH et aux anatomistes les professeurs FRANTZ KEIBEL et JOHN SHEPHERD.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. — Voici le programme des concours d'intérêt médical institués par cette Société pour les années 1906-1907.

Prix Seutin (500 francs). Etudier le traitement opératoire du pyothorax.

Prix Dieudonné (200 francs). On demande des recherches précises sur l'état fonctionnel de l'hémoglobine dans les cas de shock consécutif au traumatisme.

Prix de Victor de Smeth (300 francs). Le prix sera accordé au meilleur mémoire envoyé à la Société et se rapportant à un sujet d'anatomie de physiologie ou de pathologie du système nerveux.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire de la Société, 90, rue Montoyer, à Bruxelles.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC. — MM. PINARD et RECLUS, professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public, 1re section, pour siéger en cette qualité, à la Commission de médecine et de pharmacie.

LEGS ET DONS. — L'*Université Victoria*, à Manchester, vient de recevoir une somme de 125.000 francs conformément aux dernières volontés de feu Miss Middleton, somme qu'elle consacre à la chaire d'anatomie.

M. CARNEGIE a offert 250.000 francs pour l'établissement d'une bibliothèque à l'Université de Saint-Andrews et il a promis 287.500 francs au laboratoire du collège de l'Université à Dundée.

L'*Université Cornell*, qui vient de s'agrandir beaucoup pour les services de biologie et de chimie doit bénéficier d'un legs de feu Guiteau qui montera à un million.

PRIX NOBEL. — On annonce que le prix Nobel de 200.000 francs pour la médecine est attribué au professeur GOLGI, de l'Université de Pavie.

SIÈGES VACANTS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Dans la séance du 23 octobre de l'Académie de médecine a déclaré la vacance du siège de M. JOSIAS auquels seront candidats probablement MM. MOSNY, THOINOT, VALLON, WURTZ.

COMMISSION SUPÉRIEURE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — MM. FERNAND WIDAL, ALBERT ROBIN, LANDOUZY et WALLIN, viennent d'être nommés membres de la Commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaires au Ministère de la Guerre.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Les docteurs en médecine qui désirent obtenir ce titre sont informés qu'un examen aura lieu à Marseille le 19 novembre 1906.

IIme CONGRÈS INTERNATIONAL DES ÉTUDIANTS — Le conseil général de la Gironde a voté une somme de 100 francs en faveur du Congrès international des étudiants qui doit se tenir à Bordeaux en 1907.

MÉDECINS FRANÇAIS A L'ÉTRANGER. — Notre confrère le docteur E. DABOUT, directeur de la *Revue de Médecine Légale*, et secrétaire général de l'Association des Médecins légistes de l'Université de Paris, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de Médecine Légale de Londres.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. WILLIAM SEGDWICK, éminent pathologiste anglais, du Dr RABOT, médecin des hôpitaux de Lyon, de M. BLUSSON, médecin à Larche (Corrèze), de MM. les professeurs MANUEL BRANCAS, à Buenos-Ayres, LORENZO, à Parme, JAMES SEWART, à Montréal, VINOGRDDOV à Saint-Pétersbourg.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — La composition écrite de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 17 décembre à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville. Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration. Les candidats doivent à leur entrée dans la salle recevoir un numéro leur indiquant la place à occuper. Ils sont invités à se présenter dès 11 h. 1/2.

STAGE DES EXTERNES. — Cette année, les remplacements ne comptent pas pour le stage. Cette détermination a été prise par M. Debove.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Conférences d'hygiène et de clinique infantiles*, par le Docteur G. VARIOT. — Ces conférences commenceront le mardi 13 novembre, à 10 heures 1/2, salle Gillette, et continueront chaque mardi, à la même heure.

CONFÉRENCES AUX MALADES DES HOPITAUX. — La Section des hôpitaux et prisons de la Société Rép. des conférences populaires placée sous le patronage de M. Mesureur et dirigée par le Dr Lucien Graux, a pu organiser cette année près de 200 conférences suivies de concerts dans les hôpitaux de Paris et de province.

Un grand nombre de conférences ont pu être organisées dans les hôpitaux militaires. Les délégués de la Société ont fait en outre une série de causeries d'hygiène dans les villages. Il y a là tout un champ nouveau pour l'activité des étudiants et des jeunes médecins. Nous engageons donc vivement ceux d'entre eux que cela pourrait intéresser, soit à Paris, soit en province ou à l'étranger, ainsi que les médecins-majors à participer à cette œuvre soit comme conférenciers soit comme délégués.

S'adresser pour tous renseignements au directeur, le Dr Lucien Graux, avenue Kléber, Paris ; ou pour les hôpitaux de Paris au

délégué général de Paris M. Danoux, 139, rue de Vaugirard, Paris. Le Secrétariat des « Conférences populaires » fonctionne, 7, rue de l'Isly, le lundi et le jeudi de 5 à 7 h. 1/2. Les conférenciers y trouvent 5000 volumes et une très riche collection de projections. La Société comprend près de 7.000 membres.

Hospice de bicêtre (*Fondation Vallée*). — M. Bourneville. *Visite* du service (gymnastique, travail manuel, écoles et présentations des malades), le samedi à 10 h. très précises. *Consultations médico-pédagogiques*, gratuites pour les enfants *indigents* atteints de *maladies du système nerveux*, le jeudi à 9 h. 1/2. — On peut se rendre à la Fondation par le tramway de Montrouge, par le tramway de la Porte d'Orléans à Vincennes (Métropolitain) ; *arrêt* route de l'Hay. La Fondation est à 500 mètres de cet Arrêt.

Enseignement médical libre.

Urologie externe. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr Banzet, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

Cours libre sur les maladies mentales des enfants et des adolescents. — M. le Dr Jacques Roubinovitch, médecin de la Salpêtrière, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris expert près les Tribunaux, reprendra ce cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 15 novembre 1906, à 5 heures, et le continuera les jeudi, suivants à la même heure. Programme du cours : Conférences psychiatriques. — Projections lumineuses. — Présentation des malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie VIGOT
23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Contet. — La régénération des familles et races tarées. Un vol. in-16 de 176 pages. Prix........................ 2 fr. 50

Rémy (Ch). — L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps. Un vol. in-16 de 250 pages. Prix................. 4 fr.

Librairie BAILLIÈRE,
19, rue Hautefeuille.

Broca (A.). — Précis de physique médicale. in-8° de 208 pages. Prix... 12 fr.

Librairie MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

Siredey (A.). — L'hygiène des maladies de la femme. 1 vol. in-16 de 344 pages. Prix.................................. 4 fr.

Librairie RUDEVAL,
4, rue Antoine-Dubois,

Gasc-Desfossés (E.). — Magnétisme vital. in-16 de 502 pages. Prix... 5 fr.

Trousseau (A.). — Guide pratique pour le choix des lunettes, 1 vol. in-18 de 102 pages, Prix......................... 2 fr.

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

Bériel. — Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte. Un vol. in-16 de 346 pages. Prix........................ 4 fr.

Barthélemy. — Traitement de la sciatique par les injections de sérum artificiel. Broch. de 14 pages. Dugas, édit. Nantes.

Viguier de Maillane. — Appréciations sur l'emploi du sérum antituberculeux. Broch. de 55 pages. Nîmes.

Nobl (G). — Ueber die postblenorrhoische Wegasmkeit des ductus épididymis. Broch. de 27 pages. Perles à Wien.

Starzewski. — Die Schangerschaft, eine infecktion. Broch. de 24 pages. Urban à Berlin.

Japha et Neumann. — Die Saüglingsfursorgestelle der Stadt Berlin. Broch. de 80 pages. Karger à Berlin.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques, arriérés et aliénés de Bicêtre, de 1880 à 1904; par Bourneville, avec la collaboration de ses internes. Vingt-cinq volumes, avec **609 figures** et **163 planches.** Prix de la collection complète : 130 fr. ; pour nos abonnés : 88 fr. Librairie du *Progrès Médical.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères et Thiron, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Avis à nos lecteurs.

—

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc., etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à* M. A. ROUZAUD.

PRIME A NOS LECTEURS

Les fabricants, fournisseurs des Ecoles des villes de Paris, Londres, etc., viennent de traiter avec nous pour offrir à nos lecteurs à l'occasion des Etrennes, une magnifique sphère terrestre d'un mètre de circonférence, bien à jour des dernières découvertes, et montée sur un pied en métal, richement ornementé.

Ce merveilleux objet d'art qui doit être le plus bel ornement du Salon ou du Cabinet d'études, aussi utile à l'homme du monde qu'à l'adolescent, et d'une valeur commerciale supérieure à 30 fr., sera fourni *franco de port et d'emballage* dans toute la France, la Suisse, la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne, au prix de 15 francs.

Adresser Mandats et Commandes à nos bureaux.



1 mètre de circonférence.

ANNEE. 3e SERIE. T. XXII. N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 NOVEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE

Les névrites et leur traitement par le massage méthodique et la rééducation des mouvements ;

Par le Dr P. KOUINDJY,

Chargé du service de Rééducation et de massage à la Clinique des Maladies nerveuses de la Salpêtrière (Clinique Charcot).

Nous n'avons nullement l'intention de donner ici un exposé détaillé et clinique des névrites. L'étude de cette affection est poussée, vers ces dernières années, aussi loin que possible par nos neurologistes les plus méritès. Outre les excellentes leçons du professeur Raymond, publiées dans ses cliniques des maladies nerveuses (1), nous pouvons encore noter les travaux de Babinski (2), de Lejars (3), d'Eichorst (4), de Sicard (5), Œttinger (6), etc. Nous nous proposons d'attirer par le présent travail l'attention de nos confrères sur l'avantage que présente le traitement kinésithérapique des névrites traumatiques, spontanées ou autres. Si l'étude clinique et anatomo-pathologique des névrites a progressé sensiblement, leur traitement est resté à peu de chose près sans variation depuis que Duchenne de Boulogne préconisa la faradisation contre les névrites sciatiques. On a aussi conseillé contre les névrites le stypage, les bains et les fumigations, les révulsifs et les anti-nerveux internes. Mais, la base de leur traitement est resté, et reste encore, le courant électrique, faible, suivant Béard, et fort, suivant les partisans de la haute fréquence. Le massage n'a fait son apparition que tout récemment, et, encore, d'une façon timide. L'année dernière, au premier Congrès international de Physiothérapie de Liège, nous présentâmes notre rapport sur « les indications du massage méthodique dans le traitement des polynévrites » (7), où nous discutâmes toutes les indications et les contre-indications de l'application des manœuvres massothérapiques et de la rééducation, et où nous conclûmes que, «vu les indications que présente l'affection (les polynévrites), ce traitement est capable de donner le plus souvent possible des résultats positifs. Avec les manœuvres massothérapiques du massage méthodique prend place la rééducation des mouvements ; la rééducation de la marche pour les membres inférieurs et la rééducation des mouvements pour les membres supérieurs.

Le massage méthodique et la rééducation, appliqués d'une façon méthodique, arrivent à restaurer non seulement les fonctions musculaires nerveuses de la région atteinte, mais aussi, à obtenir la restauration anatomique des tissus affectés. Cette restitution *ad integrum* est possible, lorsque la cause étiologique ne présente pas une évolution pathogénique, caractérisée par des poussées successives de congestion, entraînant la déchéance de l'organisme. »

Depuis l'année dernière, de nouveaux cas nous ont montré que les conclusions de notre rapport furent justes, et que, en ce qui concerne les névrites, le massage méthodique et la rééducation doivent être considérés comme le traitement de choix de cette affection. A eux seuls, ces deux agents physiques sont capables de satisfaire tout les desiderata du traitement des névrites. Mais, si on tient à appliquer des autres moyens thérapeutiques, comme l'électrothérapie, l'hydrothérapie, le massage méthodique contribuera à activer la guérison, à condition que l'application des autres agents physiques suive la même voie raisonnée que le massage méthodique. D'une façon générale, le massage et la rééducation peuvent suffire. Néanmoins, l'hydrothérapie et l'électrothérapie, appliquées par un médecin hydrothérapeute ou un médecin électrothérapeute, peuvent rendre un service appréciable : l'une comme sédatif général, l'autre comme léger excitant local. Appliqués par un empirique, ceux-ci feront plus de mal que de bien. L'empirique sera nuisible, grâce à l'ignorance de la pathogénie de l'affection traitée, et aucun traitement des névrites ne doit lui être confié : l'audace, égale à son ignorance, fait que la plupart des cas malheureux des névrites traitées par lui se terminent par l'impotence ou par l'infirmité. Mieux vaut ne pas masser des névrites, que de les confier aux masseurs empiriques, aux électriciens ou aux garçons de bains. La dégénérescence

(1) Prof. RAYMOND. — *Clinique du système nerveux*, série II, 1897.
(2) BABINSKI. — Des névrites. *Traité de Médecine*, t. X, 1905.
(3) LEJARS. — Des névrites. *Traité de Chirurgie*, t. II.
(4) Prof. EICHORST. — Ueber Nevralgien. *Deutsche Klinik*, 1904.
(5) SICARD. — *Congrès de Rennes*, 1905.
(6) ŒTTINGER. — Etudes sur les paralysies alcooliques, 1885.
(7) KOUINDJY. — Les indications du massage méthodique dans le traitement des polynévrites. *Journal de Physiothérapie*, 1905

des tubes nerveux formant l'élément principal de l'anatomie pathologique des névrites, il est facile de comprendre, pourquoi leur traitement ne doit jamais être confié à un homme dépourvu d'aucune connaissance de la pathologie humaine en général et de la pathologie des maladies nerveuses en particulier.

Ceci dit, revenons à notre sujet.

Pour mieux faire ressortir l'utilité du traitement que nous appliquons depuis plusieurs années, soit dans le service que notre maître, M. le professeur Raymond, a bien voulu nous confier, soit dans notre clientèle privée, nous commençons notre présent travail par l'exposé de quelques observations typiques, prises parmi toutes celles que nous avons été appelé à soigner. Notre petite statistique personnelle édifiera le lecteur sur les résultats obtenus par ce traitement. De vingt-cinq cas de névrites, que nous avons traités jusqu'à présent, trois se sont terminés par des insuccès. L'un d'eux concernait une tuberculeuse qui, au cours de son traitement, pendant lequel sa polynévrite des membres inférieurs s'améliorait notablement, fit une poussée de bacillose aiguë du côté des poumons; ce qui nous obligea d'abandonner tout traitement de la polynévrite. Les accidents pulmonaires obligèrent la malade de quitter Paris et d'aller s'installer à la campagne. Un autre cas se rapporte à une cancéreuse, chez laquelle les accidents névritiques précédèrent l'éclosion des phénomènes du cancer du pylore. Pendant le traitement de la sciatique gauche de cette malade, nous n'avons obtenu qu'une légère atténuation des douleurs ; les troubles trophiques continuèrent à progresser, malgré notre insistance; la constatation du cancer du pylore nous montra la raison de notre insuccès. Le troisième cas — tuberculeux avaré — n'a jamais eu un soulagement continu.

Les autres vingt-deux cas se terminèrent tous par une guérison complète. Au point de vue pathogénique, ils se divisent de la façon suivante : 6 d'origine alcoolique, 5 d'origine traumatique, 3 d'origine saturnine, 2 rhumatismale 2 grippale, 1 est dû à l'artério-sclérose, 1 au diabète, 1 à la diphtérie et 1 à la compression prolongée d'u, l pome.

Des cas de névrites traités par le massage et publiés jusqu'à présent, nous n'avons pu relever, dans la littérature, que quatre observations : celle de Norström, concernant une névrite de la septième paire avec tic douloureux, celle de Berne, névrite radiale *a frigore* et les deux cas publiés par Zalludowski : l'un d'origine rhumatismale et l'autre, consécutif aux brûlures.

La plupart des neurologistes sont d'avis que, tant que les douleurs névritiques sont vives, on ne doit pas toucher le malade. M. Babinski résume l'opinion générale dans son excellent travail sur les névrites, de la façon suivante : « La massothérapie, la kinésithérapie, trouvent aussi leur emploi dans la période terminale. Mais au début on ne doit pas en faire usage. « D'après le même auteur, l'hydrothérapie et l'électrothérapie doivent être proscrites pendant la première période de la maladie.

Pour rendre plus compréhensible la distinction entre les douleurs aiguës, où tout traitement physiothérapique doit être exclu, et les manifestations douloureuses, où ce traitement doit s'appliquer, M. Raymond divise le cycle de l'affection névritique en deux périodes. La première période d'une polynévrite est celle, où toute « intervention active dirigée contre certaines manifestations essentielles de la névrite, contre la paralysie et l'atrophie musculaire, ne pourrait qu'aggraver le mal ou le rendre irrémédiable ». La seconde période est celle où toutes les douleurs sont totalement dissipées, ou bien elles ont perdu leur intensité; les souffrances spontanées n'existent plus; les mouvements passifs ne provoquent plus les douleurs; la palpation des muscles et la pression des nerfs deviennent supportables; en un mot, le malade devient « maniable ».

Mettre une barrière entre ces deux périodes n'est pas chose facile et ce n'est que par les investigations personnelles, que le thérapeute peut juger le moment opportun pour son intervention. Au point de vue massothérapique, le choix de ce moment a une grande importance. Jusqu'à présent, la majorité de nos auteurs, et pas des moindres, se sont toujours guidés par les conséquences qu'ils tiraient du massage empirique. Les précautions qu'ils prenaient pour mettre à l'abri de la brutalité des masseurs et des masseuses méritent tous les éloges. Ils hésitent, et avec raison, de livrer le tissu nerveux altéré aux mains ignorantes de toute cette pléiade d'individus, qui sont munis de diplômes ou de certificats délivrés par les écoles de massage, souvent dirigées par des confrères, absolument nuls en massothérapie. Mais, toute autre doit être leur conduite vis-à-vis du massage méthodique, appliqué et raisonné par les connaissances de la pathologie humaine. Il ne s'agit pas ici de plaider pour le massage scientifique. Plusieurs massothérapeutes ont déjà prouvé par leurs travaux, que, lorsque le massage est appliqué avec des données scientifiques, lorsqu'il est exécuté suivant les connaissances de ses propriétés physiologiques, ou bien lorsque l'exécuteur est bien au courant de toutes ses indications et contre-indications, le massage devient un agent thérapeutique puissant et rationnel de la science médicale. Il a ses indications, il a ses contre-indications. Son application n'est nullement invariable et doit varier selon le cas à traiter et selon la pathogénie de l'affection. Le massage méthodique, en un mot, diffère du massage empirique, grossier, comme la science médicale diffère de la médecine des guérisseurs, des rebouteurs, etc. Ceci nous permet d'affirmer, en ce qui concerne le traitement massothérapeutique des névrites, que, grâce aux manœuvres du massage méthodique, de la première période, si elle n'existe pas, elle peut être réduite notablement. Dans les quelques cas, où nous avons eu l'occasion d'intervenir assez tôt, nous n'avons jamais constaté que le massage méthodique eût aggravé l'inflammation des nerfs malades. Par contre, conduite avec précautions et connaissance de l'affection, les manœuvres massothérapiques ont toujours soulagé le malade même au bout de deux ou trois séances. D'ailleurs, tous ceux de nos collègues qui eurent l'occasion de masser des fractures ou des arthrites aiguës, savent que, grâce aux effleurages superficiels et précipités, nous arrivons à avoir vite raison des douleurs souvent intolérables, dont souffre le malade. Ainsi, sans contredire les affirmations de nos éminents neurologistes, nous ferons remarquer que, pour le traitement massothérapique des névrites, nous commençons le massage méthodique aussitôt que cela est possible. Il va sans dire, que l'application des manœuvres massothérapiques est soumise aux règles strictes du massage méthodique, que nous prônons depuis plusieurs années. On commence par les effleurages superficiels et précipités et on finit d'une façon graduelle par toute la gamme des manœuvres, qui forment ce que nous appelons la gamme du massage

hodique. Le choix des manœuvres et leur appli-
on doit être raisonnés suivant l'affection traitée.
conduite à tenir du massothérapeute dépend,
conséquent, du moment, où il est appelé à donner
soins. Sa conduite dépend également de la nature
névrites et de leur pathogénie. Il est évident, que
évrite traumatique doit être traitée différemment,
la névrite spontanée, la névrite interne, etc. Les né-
s, accompagnées d'arthrites ou des infiltrations, exi-
un massage différent de celui qu'on doit appliquer
traiter les névrites infectieuses ou spontanées.
observation suivante montrera quelle doit être
ervention du massothérapeute, lorsqu'il s'agit d'une
névrite alcoolique.

SERVATION. — Mme T... fut prise il y a trois ans d'une lysie périphérique des membres inférieurs, à forme plégique. Chanteuse à l'Opéra, elle faisait usage is quelques années des spiritueux avant de sortir sur la e, afin de se donner plus de courage et d'aplomb.

usage fréquent d'alcool, absorbé souvent par un estomac lui occasionna d'abord une gastro-entérite; de paraître la longue, elle était obligée de renoncer à l'alimentation soutenait à peu près exclusivement par l'absorption lifférentes boissons plus ou moins alcooliques. Le manque ourriture et la fatigue du travail finirent par la débiliter plètement. Au lieu de se mettre au régime alimentaire, illé par son médecin, Mme T... préféra de persister l'usage des boissons alcooliques, qui ne tardèrent pas mener à l'épuisement physique. Un soir, elle fut prise d'une que de nerfs, commença à délirer et perdit totalement ce de se tenir debout et de faire un pas. Le délire dura 52 . Pendant ce temps les membres inférieurs devinrent lysés. La paraplésie inférieure fut totale et complète.

s confrères consultés n'eurent aucune difficulté de dia- iquer la paralysie alcoolique périphérique, à forme névritique. Aussitôt que la période délirante passa, confrères instituèrent un traitement électrique : bains, iques quotidiens et application du courant continu aux membres. Malheureusement, l'application électrique, faible qu'elle fnt, exaspéra les douleurs de la malade paralysie des membres inférieurs resta sans aucun sou- ment. Désolée de se voir impotente, la malade réclama chose que les bains électriques qui, disait-elle, lui t plus de mal qu e de bien. Le confrère, dans la maison nel se trouva M me T..., parla alors du massage métho- e et, fort de l'avis affirmatif des médecins traitants, pria de nous en charger.

orsque nous avons examiné la malade pour la première nous avons constaté : une paraplégie totale des deux nbres inférieurs avec hypotonie à peu près totale des cles antéro-externes des jambes, et l'extension complète pieds sur les jambes. Une hyperesthésie de la région nte avec sensibilité exagérée à la chaleur et au froid. de troubles trophiques de la peau, ni d'œdème des nbres paralysés. Abolition des réflexes rotuliens. Aucun le d'intelligence. Anesthésie plantaire et absence du de Babinski. A cette époque les douleurs névritiques fu- déjà sensiblement atténuées; néanmoins, la malade se plai- t encore des douleurs, parfois assez vives, le long des s sciatiques, des nerfs poplités et dans les muscles antéro- rnes. La pression des muscles provoqua encore une dou- très vive; mais, celle-ci disparaissait peu de temps s la compression.

s membres inférieurs présentèrent une extension plète depuis les genoux jusqu'aux extrémités des orteils : nsion des jambes sur les cuisses, les pieds sur les bes et les orteils sur les pieds. Une légère incurvation pieds en dedans, rappelant le pied bot varus équin. plus, les membres inférieurs restèrent inertes et malade fut dans l'impossibilité absolue d'élever ses bes.

opographiquement, les membres inférieurs de cette malade présentèrent une hypotonie des deux quadriceps une parésie des muscles fessiers, une hypotomie plus avancée des muscles antéro-externes des deux jambes, ainsi que des intérosseux des pieds. Par contre, les muscles posté- rieurs des jambes furent en hypertonie, ainsi que les muscles des plantes des pieds. Nous constatâmes, en outre, une hyper- tonie des jambiers antérieurs, ce qui expliqua la dé- viation des deux pieds en dedans. L'extension forcée des orteils sur les pieds indiqua que les longs extenseurs des orteils furent en hypertonie exagérée, contracture caractéris- tique des polynévrites. Il s'agissait, par conséquent, d'une paraplégie complète des membres inférieurs à forme exten- sive avec pertes des réflexes rotuliens. Soulevée à une cer- taine hauteur, les jambes retombèrent sur le lit, comme des masses complètement inertes, aussitôt qu'on les abandonna.

La malade ne présenta rien d'anormal du côté des membres supérieurs ni du côté des sphincters. Elle urinait bien et eut recours aux lavages pour fonctionner quotidiennement.

En fléchissant les deux jambes et en les plaçant fléchies l'une à côté de l'autre, elles restèrent sur la même place et immobiles, signes d'absence, de relâchement des articulations coxo-fémorales, étudiés avec détails par Leyden, Raymond et Frankel chez les tabétiques. Mais, lorsque on recommande à la malade d'écarter les genoux, quand ils restent dans la position précédente, on constata, qu'elle fut dans l'impos- sibilité de le faire. De même pour l'allongement des jambes, tout effort d'allonger ses jambes, quand elles furent pliées: ne se traduisait par aucun mouvement. Les jambes gardèrent la position donnée, ou bien tombèrent, comme des masses inertes. .

Le tableau clinique que nous venons d'écrire ne nous arrêta point, et nous n'hésitâmes pas de faire un pronostic favorable. Tout d'abord, l'état général de la malade fut très bon. La malade mangeait bien, et depuis qu'elle est sortie de la période agitante, elle dormait relativement bien. Ensuite, ses masses musculaires n'ont pas encore perdu de leur volume. Leur hypotonie se rapprochait davantage à la parésie qu'à l'atonie. Sauf les péroniers, qui présen taient un commencement d'atrophie, les autres muscles conservaient leur volume; le tégument ne présentait point de la coloration pâle et on ne trouvait nulle part des troubles circulatoires.

Ceci nous a permis d'affirmer une guérison relativement vite et de lui prédire qu'elle pourrait assister au mariage de sa fille, qui devait avoir lieu dans six semaines. Cette assu- rance alla contre l'affirmation des médecins consultants, qui, eux, prédisaient à la malade la possibilité de se tenir debout dans six mois. Lorsqu'on nous a communiqué l'opi- nion de nos confrères, nous avons affirmé qu'il y avait un malentendu et que la malade pourra, grâce au traitement que nous lui ferons, assister au mariage de sa fille dans six semaines. Il faut avouer, que notre affirmation rencontra dans l'entou- rage de la malade une certaine méfiance. Mais, comme nous avons assuré une amélioration à la malade, celle-ci voulait bien se mettre entre nos mains. Plus tard, notre cliente nous expliqua que la façon, par laquelle nous examinâmes toutes ses masses musculaires, et la précision, par laquelle nous trou- vâmes les points douloureux, lui inspira une confiance et elle n'hésita pas à accepter nos affirmations. La suite lui a donné complètement raison.

Au début du traitement, nous commençâmes par le masso- diagnoctic des muscles atteints d'hypotonie. Ceci fait, nous procédâmes par le massage méthodique, sans s'occuper des exercices de rééducation. Lorsque nous constatâmes, que la tonicité des muscles fessiers et quadriceps fut suffisamment relevée pour pouvoir exécuter les premiers exercices de rééducation, nous procédâmes à la rééducation dans le décubitus.

A la fin de la deuxième semaine, la force musculaire fut suffisante pour que nous pûmes mettre notre malade debout et commencer les exercices de rééducation de la station debout. Dans le courant de la quatrième semaine notre malade put déjà exécuter les exercices de la marche et à la fin de cette semaine, elle fit déjà le tour de sa chambre avec

une canne. La cinquième semaine, elle quitta la maison de santé, et le jour du mariage de sa fille, elle put non seulement assister à la cérémonie de l'église, mais aussi ouvrir le bal du soir.

Néanmoins, le traitement continua encore quelques mois. L'amélioration alla en progressant et au mois d'octobre de la même année, juste six mois après le début du traitement, la malade reprit sa place à l'Opéra.

Au début, elle eut quelques difficultés d'enjamber les pièces décoratives des scènes. Mais, aidée par ses camarades, elle arriva à dissimuler facilement ces difficultés. Nous continuâmes à voir notre malade trois fois par semaine.

Grâce à ces séances de massage méthodique et de rééducation, notre malade put facilement vaincre la fatigue du travail et fut dans la possibilité de ne plus être gênée par les inconvénients de la scène.

Actuellement, elle travaille comme par le passé. Ses membres inférieurs ne portent aucune trace de polynévrite, la flexion des pieds se fait comme à l'état normal; point de déviation des pieds en dedans. Les flexions et les extensions des jambes se font bien, ainsi que l'abaissement du tronc en avant. Pendant quelque temps encore, nous eûmes à lutter pour obtenir la flexion des jambes quand la malade se tenait debout.

Dans cette observation il y a à noter l'absence, ou presque l'absence du steppage. Tout le monde sait, en quoi consiste ce phénomène. Les polynévritiques en sont atteints toujours. Ceci résulte de la paraplégie même en extension, consécutive à la contracture des groupes musculaires postérieurs de la jambe. Or, lorsqu'un névritique arrive à se mettre debout, il marche en frappant le sol, car, il est dans l'impossibilité de soulever le pied, à cause de l'hypotonie des muscles antéro-externes. C'est pour vaincre cette contracture des extenseurs du pied, qu'on a recours couramment à l'intervention chirurgicale. Eh bien ! dans notre cas, nous n'avons pas eu besoin de faire intervenir le chirurgien, puisque nous sommes arrivé par le massage méthodique dans la période préparatoire à obtenir la flexion des pieds et, par conséquent, à supprimer partiellement le phénomène du steppage. Les exercices raisonnés de la rééducation nous permirent à vaincre complètement ce symptôme de l'impotence névritique qui fait le désespoir de tous les malades atteints de paralysie périphérique à forme névritique. Notre malade n'a pas eu à souffrir de cet inconvénient.

Ceci nous permet d'affirmer que, prises de bonne heure, les paralysies névritiques, traitées raisonnablement par le massage méthodique, pourront éviter le steppage et, par cela même, la ténotomie. (*A suivre*).

HYGIÈNE SOCIALE

Préservation de l'enfant à l'école. — Examen fonctionnel des oreilles et des premières voies respiratoires ;

Par le docteur **DUBAR** (1)
Médecin du dispensaire de la Maison-Blanche.

Les œuvres et les idées de préservation ont pénétré et pénétreront de plus en plus en plus les différents milieux sociaux, grâce aux esprits clairvoyants qui s'imposent la tâche d'éducateurs du peuple.

Qu'il s'agisse de l'enfant ou de l'adulte il faut que chacun sache qu'il est parfois facile d'éviter une maladie et qu'il est souvent — j'allais dire toujours — long, difficile, coûteux de la guérir.

« *Mieux vaut prévenir que de guérir* », est une formule vieille comme le monde et c'est sans doute pour cela qu'elle est oubliée. Il est donc bon de la rappeler à l'attention de chacun de nous : malades et médecins.

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Paris le 10 novembre 1906.

On se rend mieux compte des effets *de la préservation*, grâce à la vulgarisation scientifique répandue à profusion par les écrits, par la parole, par l'éducation en un mot qui est incontestablement l'honneur de notre époque.

Je ne m'occupe dans ce qui suit que de la préservation de l'enfant contre les maladies. Elle doit être de tous les instants et elle s'impose dans deux conditions bien nettes : 1° à *l'école* ; 2° dans la *famille*.

Je ne veux retenir l'attention que pour la préservation de l'enfant à l'école et spécialement à un point de vue négligé jusqu'ici, mais dont l'importance capitale préoccupe à juste titre les pouvoirs publics : c'est *l'examen fonctionnel des oreilles et des premières voies respiratoires*, comprenant le nez, le pharynx et le larynx.

La surveillance de ces parties de l'économie chez l'enfant est une *nécessité vitale* reconnue par tous les praticiens et qui n'attend plus que la sanction officielle.

Nous savons tous, en effet, que la plus redoutable des maladies, la *tuberculose* peut pénétrer au niveau de ces différents organes et qu'elle n'y manque pas, puisque son redoutable bacille vit à l'état permanent dans les fosses nasales.

Seulement ce bacille, pour agir, il choisit son heure, et son heure, c'est l'état de réceptivité engendré par une grippe intercurrente, une scarlatine, une rougeole, un simple rhume, ou encore le fait d'une insuffisance ou d'une mauvaise alimentation, voire même le surmenage.

Je sais bien qu'il est aussi une autre voie par laquelle la tuberculose pourra entrer, c'est la *voie digestive* ; mais actuellement personne ne peut se prononcer sur la prédominance de l'une ou l'autre voie de contamination.

Dès lors, *toutes deux* doivent être surveillées et la prophylaxie des maladies infectieuses commande chez l'enfant un examen des muqueuses du nez, des amygdales, du pharynx, par où peut se faire la porte d'entrée de la tuberculose.

EXAMEN DES FOSSES NASALES. — Le rôle des fosses nasales est double : d'une part une fonction *sensorielle* (odorat), d'autre part une fonction *respiratoire*.

Le *nez respiratoire* a la charge de préparer l'air qui se rend aux poumons ; il le réchauffe, il l'humidifie et, enfin et surtout, il arrête les poussières, les impuretés qui sont balayées par le mucus dans l'éternuement et le moucher.

Ce mucus a un rôle capital mis en relief par les travaux de mon maître Lermoyez, en collaboration avec Wurtz : il détruit les microbes par une action bactéricide propre renouvelée par l'apport incessant des phagocytes.

Si les fosses nasales sont obstruées, si par la présence d'une déviation de la cloison, de polypes muqueux, d'une hypertrophie de la muqueuse ou des cornets, l'air ne peut plus franchir l'espace naso-pharyngien, il emprunte à la voie buccale sa voie d'accès au poumon. Mais alors il n'y a plus cette membrane adaptée, cette pituitaire au mucus bienfaisant ; et l'air, chargé de microbes, de poussières, non tamisé, non aseptisé, non réchauffé, non humidifié, arrive directement dans la trachée après avoir desséché la gorge.

Et qu'il me soit permis à ce propos de rappeler la mortalité décevante par tuberculose de tous les trachéotomisés récents ou anciens.

EXAMEN DU NASO-PHARYNX. — C'est au niveau du pharynx supérieur ou cavum que se développent ces *tumeurs adénoïdes* que médecins et public connaissent

bien aujourd'hui et dont la présence constitue un danger pour le développement physique et intellectuel de l'enfant. De l'étude des statistiques faites sur les enfants de tous les pays à l'aide des moyens scientifiques employés par les spécialistes : la rhinoscopie antérieure et postérieure, le toucher digital, on trouve 30 % qui en sont atteints, *soit un enfants sur trois*.

La présence de ces végétations n'altère pas seulement les traits du visage par arrêt de développement des os de la face et en particulier de la voûte palatine ; elle crée une *cachexie adénoïdienne* que l'on constate par l'examen du sang des adénoïdiens.

Cette cachexie, comme l'ont démontré Lichtwitz et Sabrazès (1), n'est pas en rapport avec le volume de l'hypertrophie amygdalienne ou adénoïdienne et nombreux sont les cas à ma connaissance où fait défaut le *facies adénoïdien*, où la bouche est fermée ; où les complications auriculaires sont légères ou absentes ; mais où dominent les manifestations du côté du larynx, des bronches et de la trachée et surtout des adénopathies maxillo-cervicales et trachéo-bronchiques.

Examen fonctionnel des oreilles. — Les otites sont d'une fréquence extrême chez les adénoïdiens. Dans le jeune âge, de nombreuses poussées inflammatoires se produisent altérant de plus en plus la physiologie de l'oreille moyenne et de l'oreille interne ; bientôt succèdera un état chronique accompagné ou non de suppuration, avec *diminution de l'ouïe*, qui peut aller jusqu'à la *surdité* d'une ou des deux oreilles. Ainsi reconstitue-t-on l'histoire de beaucoup de malades qui viennent nous demander la guérison d'une surdité qui a mis quinze ou vingt ans à évoluer.

Au point de vue de la santé générale, la présence de ces otites suppurées n'est pas moins dangereuse car souvent se produisent des complications redoutables comme le *méningisme*, dont j'ai pu observer deux cas récents se traduisant par de la céphalée intense, des vomissements, de la névralgie ophtalmique, sans contracture de la nuque, sans raie méningitique, sans diplopie, sans signe de Kernig.

Quant à la *méningite otogène*, elle tue par an des milliers d'enfants sans que, bien souvent, on ait pu en diagnostiquer l'origine.

D'après une étude faite sur 740 enfants, âgés de quatre à treize ans et fréquentant les écoles de la ville de Paris, notre confrère Armand Lévy (2) note que 191 enfants sont justiciables des soins de l'oto-rhino-laryngologie, soit une proportion de 27 pour 100, chiffre qui justifie pleinement ce que nous avons dit ailleurs, « *avant d'enseigner, il faut être bien sûr qu'on ne s'adresse pas à des sourds* » (3).

Examen des amygdales palatines. — Dans la clinique infantile tous les médecins ont observé chez beaucoup d'enfants la présence d'amygdales hypertrophiées, volumineuses au point de se toucher ; cryptiques, enflammées, subissant des poussées périodiques sous le moindre prétexte et s'accompagnant de manifestations ganglionnaires avec réactions fébriles. Lors de ces infections répétées, l'anneau de Waldeyer est impuissant à protéger l'organisme, et la fonction phagocytaire, bactéricide, dont il a la charge, devient insuffisante pour neutraliser les bacilles et les toxines fabriqués au niveau de ces cryptes.

(1) *Archives internationales de laryngologie*, XIV, 1901.
(2) *Presse médicale*, septembre 1905.
(3) *Presse médicale*, janvier 1904.

Dans les écoles parisiennes, selon le professeur Grancher, 14 à 17 pour 100 des enfants présentent des ganglions superficiels ou profonds, cervicaux ou thoraciques porteurs du *bacille tuberculeux*.

Bien que cette proportion soit considérée comme trop élevé dans le monde médical, il faut reconnaître que l'ennemi est en eux et qu'il est d'autant plus redoutable que ces enfants-là continuent à manger, dormir et jouer comme leurs camarades, sans attirer l'attention : familiale ou médicale.

La résistance individuelle, l'hygiène alimentaire et de l'habitation, la perméabilité des voies naso-pulmonaires pourront triompher si le petit écolier est toujours en état de défense ; si son organisme soutient l'effort. Autrement il succombera et le plus souvent par l'exaltation de la virulence de bacilles restés à l'état de vie latente.

Cet enfant adénopathique et adénoïdien est chétif et cependant il mange. Il mange, mais il ne *profite pas* : sa cage thoracique, sa poitrine de poulet, font pitié.

Dans la lutte qui va s'engager, que cet être délicat, trouve au moins le secours *indispensable* d'un examen *précis, scientifique* du nez et de la gorge. Plus qu'un autre il a besoin d'air et de beaucoup d'air inspiré et expiré uniquement par les *fosses* nasales dont l'*insuffisance* constitue un des plus grands facteurs de morbidité. Le rétablissement de la perméabilité nasale doit être opéré avant tout le reste, après quoi seront instituées : l'éducation et la rééducation respiratoires qui en sont le complément indispensable.

Hygiène et son enseignement a l'école. — Malgré les progrès réalisés par l'instruction primaire obligatoire, trop peu de choses ont été faites dans la voie de l'éducation populaire pour enseigner les principes élémentaires de l'hygiène conformément à l'habitation, à l'alimentation et à la santé individuelle. Il est indispensable à notre époque, de répandre les notions d'hygiène à un âge où l'on a toute une existence devant soi pour les appliquer, et où il est temps encore pour se *préserver* de penchants, d'habitudes ou de vices qui coûtent souvent cher et qui ruinent la santé.

De tous les biens : le plus précieux, c'est le *bon entretien de l'être physique* placé sous la protection de la déesse Hygie.

A une époque où l'on répète que nous devons vivre en gens pratiques, avec des conceptions positives et des visées utiles, il est impossible de ne pas faire appel à cet enseignement qui est de *Première nécessité* !

Une objection souvent faite, c'est la *surcharge des programmes*. A cela il est facile de répondre qu'en effet le temps manque, mais il s'agit de faire un choix.

Epuiser les forces de la jeunesse à étudier comment sous Dagobert, saint Eloi dirigeait le royaume, me paraît bien moins profitable que de lui apprendre quantité de choses utiles plus appropriées aux besoins des sociétés modernes : tels que l'enseignement ménager, l'art de bien vivre et à bon marché, la propreté corporelle qui commande plus souvent qu'on ne le croit, la *propreté morale*.

Il convient de mettre en valeur toutes les ressources scientifiques profitables à la santé publique et considérer l'*école* comme un *puissant levier*, non seulement d'instruction, mais d'*éducation populaire*. C'est par l'enfant que vous ferez pénétrer le mieux et le plus sûrement les principes de l'hygiène préventive jusqu'au sein de la famille. Et puis l'enfant d'aujourd'hui, c'est la famille de demain.

Comme on l'a dit : « s'il est vrai qu'en France on ne naît pas assez, on meurt trop », vous pouvez déjà mesurer les bienfaits de l'hygiène appliquée à l'allaitement des nouveau-nés et refoulant de plus en plus les méfaits de la mortalité infantile.

On est en droit de formuler les mêmes espérances à l'école où il faut, par une inspection médicale, ériger en méthode le *dépistage de la morbidité* et la recherche des prédispositions à la tuberculose, comme le veut le professeur Grancher. Par l'examen d'entrée et en cours d'études, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire dans mon Rapport à la Commission pour le prix Duparcque (1), il faut assurer le contrôle permanent et régulier des premières voies respiratoires : nez, pharynx, larynx, et assurer en même temps l'intégrité de l'appareil auditif.

Inspection et surveillance des premières voies respiratoires. Examen fonctionnel des oreilles. — En juin 1903, au premier Congrès d'Hygiène scolaire, tenu à Paris, j'ai présenté un travail intitulé : *L'Audition des enfants à l'école*, où je signalais l'importance de l'examen du nez, du pharynx et des oreilles chez les enfants fréquentant l'école primaire à Paris, demandant cet examen spécial et individuel comme le *complément indispensable* de l'inspection médicale et hygiénique telle qu'elle fonctionne actuellement. Je demandais que les acquisitions récentes de la science oto-rhino-laryngologique soient applicables à tous les enfants de l'école primaire, comme elles le sont depuis longtemps aux élèves de l'enseignement secondaire, proclamant l'égalité de protection sanitaire.

En septembre 1903, au Congrès d'Hygiène sociale de Bruxelles, le professeur Laquer, de Francfort-sur-Mein, rapporteur de la Commission, déposait des conclusions dans le même sens à savoir : « *l'utilité d'adjoindre des spécialistes des oreilles* » à l'inspection médicale et hygiénique des écoles publiques.

En août 1904, au Congrès d'Otologie de Bordeaux, le Dr Cauzard rappelait mon travail en déclarant que le premier en France, j'avais demandé que le dossier scolaire de l'élève fût institué au point de vue de l'oto-rhinologie, conjointement à ce qui s'était fait depuis longtemps en Allemagne, en Autriche et en Hollande, où une enquête nationale sur les végétations adénoïdes à l'école, était ouverte sur le conseil du professeur Guy d'Amsterdam.

En juin 1905, au deuxième Congrès d'Hygiène Scolaire, le Dr Méry, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, dans son rapport sur l'inspection médicale des écoles primaires, déclare que le médecin inspecteur d'école aura à examiner l'enfant lors de son admission à l'école et en cours d'études. Il sera classé dans la catégorie des *anormaux physiologiques* s'il présente des troubles fonctionels de la respiration et de l'audition. Comme tel il bénéficiera d'un examen *complémentaire* où l'intervention de « *médecins spécialistes très compétents sera souvent indispensable et qu'il faudra tenir compte de cette nécessité dans l'organisation médicale* ».

Le Dr Cornet, à ce même congrès, au nom des médecins inspecteurs des Ecoles de Paris, a émis un *avis favorable* à la nomination de médecins spécialistes à qui seraient confiés l'examen des enfants reconnus *anormaux* (troubles de la respiration, insuffisance nasale et auditive, troubles de la parole, suppuration des oreilles, enfants arriérés, etc., etc.) afin de les soumettre à un examen *complémentaire*.

Au cours d'un voyage d'études fait en Allemagne en août 1905, j'ai pu me rendre compte que, dans bon nombre de villes de l'Empire, ce service fonctionnait régulièrement, mais que la Belgique pouvait être considérée comme un modèle d'organisation. En France, Nancy, très justement fière de son Université et de ses innombrables institutions d'assistance, de mutualité et de solidarité, vient de donner un nouvel exemple *d'initiative* et de *prévoyance* en faveur de la santé physique et morale de la jeunesse des écoles. Sur la proposition du Comité d'Hygiène, vient d'être instituée une inspection générale des enfants des Ecoles au triple point de vue de la *Santé générale*, de la *vision* et de l'*audition*. MM. les médecins du Bureau de Bienfaisance sont chargés de vérifier l'état de santé générale des enfants du groupe scolaire placés dans leur circonscription (1). M. Rohmer, professeur de clinique ophtalmologique, est chargé de l'inspection générale au point de vue de l'aptitude visuelle et de l'hygiène de la vision. M. Jacques, agrégé, chargé de la clinique oto-rhino-laryngologique est chargé des mêmes fonctions au point de vue de l'*audition* et de la *capacité respiratoire des Premières voies*. Ainsi Nancy possède une inspection scolaire intégrale que Paris lui envie !....

Conclusions. — Le *contrôle sanitaire* de l'enfant à l'école est une nécessité vitale.

Son *importance sociale* découle du fait de la loi sur l'instruction obligatoire qui fait passer tous les enfants à l'école primaire.

Dans les grandes villes, à Paris, pour continuer l'œuvre entreprise à l'étranger et en province il est indispensable que le médecin inspecteur d'école fasse l'examen individuel des enfants au point de vue de l'examen fonctionnel des premières voies respiratoires (nez, pharynx, larynx) et des oreilles.

Tout enfant reconnu *anormal* sera adressé à un médecin-spécialiste qui sera chargé d'un examen complémentaire dont le résultat sera transmis à la famille faisant connaître la nécessité ou l'urgence d'une intervention.

Qu'il soit nommé un médecin-inspecteur spécialiste chargé de ces examens complémentaires pour un groupe d'écoles à déterminer. Pour le budget des écoles, la dépense qui résulterait ne dépasserait pas quelques milliers de francs. La question est de savoir si cette dépense rendrait pareille somme de services.

Cela ne paraît douteux pour personne, car cette dépense, loin d'être improductive, augmenterait la valeur du capital humain.

C'est du même coup faire une bonne action et une action profitable, en évitant aux enfants bien des souffrances, bien des malheurs, bien des infirmités, qui les guettent toujours et qui les tuent parfois, et qu'on pourrait parfaitement éviter avant qu'ils ne soient, à l'âge adulte, des estropiés ou des infirmes. La société y gagnerait encore en réduisant des charges qui, par une juste mesure, lui incombent parce qu'elle n'a pas su prévoir et prévenir.

Prévenir les maladies c'est quelquefois dépenser un peu d'argent ; mais, pour les guérir, les ressources d'un trésor d'état sont impuissantes.

La jeunesse des écoles, c'est la société de demain.

(1) *Société de Médecine de Paris*, séance du 9 décembre 1905. De l'hygiène scolaire au point de vue strictement médical.

(1) A Paris, ce service est assuré par les médecins inspecteurs des écoles.

La santé de l'enfant doit tenir en éveil la sollicitude des pouvoirs publics qui ont le devoir de faire ériger en méthode scientifique le *dépistage de la morbidité* lors de son entrée dans l'école. L'*hygiène scolaire* d'abord : c'est par là qu'il faut commencer l'*éducation publique*.

Comme conclusion de ce travail et de la discussion qui s'en est suivie, la Société a voté l'ordre du jour suivant, proposé par M. Tissier : « Après la très intéressante communication « de M. Dubar et la discussion qui a suivi, la Société de Mé« decine de Paris émet le vœu qu'au moment de leur inscrip« tion dans les écoles, les enfants soient examinés par des « médecins spécialistes des maladies des oreilles, du nez et du « larynx, et que le résultat soit inscrit sur la fiche médicale de « l'enfant à l'école ».

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Réforme des Études médicales.

Une délégation de l'Union des Syndicats médicaux de France a été reçue le mercredi 14 novembre à 9 heures, par M. Briand, ministre de l'Instruction publique.

M. le Dr Dubuisson, vice-président de l'Union, député du Finistère, a exposé à M. Briand le motif de cette nouvelle démarche. Elle avait pour but de renouveler les instances faites en avril auprès du ministre pour obtenir la création d'une commission destinée à élaborer un programme pratique pour l'enseignement médical, commission où les médecins praticiens et les syndicats médicaux seraient largement représentés : M. Dubuisson n'a eu aucune peine à démontrer au ministre que l'enseignement médical, tel qu'il est compris dans les Facultés à l'heure actuelle, ne répond plus aux nécessités du rôle social que l'on s'accorde à vouloir faire remplir au médecin. Il rappelle que certains gouvernements se sont fait une idée singulière du praticien, que dans une circulaire, M. Ch. Dupuy, par exemple, engageait les jeunes médecins à accepter les services de la mutualité où ils trouveraient une clientèle toute faite leur permettant d'acquérir l'expérience et de parfaire leurs études médicales, avant de faire vraiment de l'exercice de la médecine. M. Dubuisson n'admet pas cette sorte d'apprentissage du jeune médecin sur le champ d'expériences mutualiste qu'il soigne en dehors de tout contrôle.

C'est durant ses études, à l'hôpital et sous la surveillance de ses maîtres, que l'étudiant doit acquérir toutes les connaissances pratiques qui doivent former le bagage indispensable du bon praticien. Or, les membres du Corps enseignant, dont on ne songe pas à discuter la valeur, ni la bonne volonté, exerçant dans des conditions trop spéciales à l'hôpital et dans leur clientèle riche pour se rendre exactement compte des besoins du médecin praticien et surtout du médecin de campagne. Il est donc essentiel, si l'on veut faire œuvre utile et durable, de consulter les praticiens et de tenir compte de leurs desiderata lorsque l'on entreprendra sérieusement l'étude de la réorganisation de l'enseignement médical.

M. Briand a répondu qu'il n'avait pas oublié la première démarche de l'Union des syndicats médicaux de France, que ses réclamations lui paraissaient dictées par le bon sens et l'intérêt public et qu'il s'efforcerait de lui donner satisfaction. Il a terminé l'entrevue en faisant allusion à la question du Certificat d'études médicales supérieures, qui, espère-t-il, va être sous peu réglée en donnant satisfaction aux réclamations des praticiens.

Nous ne doutons pas que les déclarations du ministre ne produisent un excellent effet à l'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France, qui aura lieu le samedi 17 novembre et au comité d'organisation du Congrès des praticiens qui se réunira pour la première fois le même jour, et doit mettre en tête de l'ordre du jour du Congrès la réorganisation des études médicales. J. Noir.

Ouverture des cours

Clinique d'accouchements Tarnier:

M. le Pr BUDIN

Les consultations de nourrissons.

Le Prof. Budin a repris, le 10 novembre 1906, à la Clinique Tarnier, la série des cliniques qu'il fait chaque année, tous les mardis et samedis matin, pendant la durée des stages hospitaliers. Cette leçon d'ouverture a été consacrée à une étude d'ensemble sur les consultations de nourrissons, et sur les merveilleux résultats qu'elles donnent en ce qui concerne la diffusion de l'allaitement au sein, et la diminution de la mortalité infantile. On sait que ces consultations, auxquelles le Prof. Budin consacre, depuis 14 ans, son zèle infatigable, ont été fondées par lui en 1892 ; depuis cette date, elles se sont multipliées à Paris, tant dans les hôpitaux que dans les fondations particulières, puis en province et à l'étranger : actuellement, elles se comptent par centaines.

L'expérience a amplement montré que les critiques qui, au début, avaient été formulées, *à priori*, contre ses consultations (dangers de refroidissements, dangers de contagion pour les enfants) sont absolument vaines, si l'on veut bien observer quelques précautions d'ailleurs faciles à prendre.

Le premier résultat de ces consultations a été d'abaisser singulièrement la mortalité infantile et même de faire disparaître, dans bien des endroits, la mortalité par diarrhée : c'est ainsi qu'au cours de l'été de 1898, alors que la gastro-entérite décimait à Paris les enfants de 0 à 1 an il ne mourait pas un seul des nourrissons de la consultation de la Clinique Tarnier. Loin de diminuer l'allaitement au sein par une distribution intempestive de lait de vache, ces consultations ont puissamment contribué à l'extension de l'allaitement au sein : dans beaucoup d'entre elles, la proportion des mères qui allaitent, soit exclusivement, soit en s'aidant un peu avec du lait stérilisé, atteint 90, 93 et 95 %. Ce résultat paraîtra réellement merveilleux si l'on songe que les femmes qui suivent ces consultations sont des femmes du peuple, réduites à une alimentation et à une hygiène bien souvent défectueuses. Si la diminution de la mortalité infantile a pu être appréciée dans les grands centres, dans les petits, elle l'a été d'une façon bien plus sensible encore, parce qu'on a vu diminuer, à la suite de la création des

consultations de nourrissons, la mortalité totale de la ville ; c'est notamment ce qui s'est passé à Arcques, et à Saint-Pol-sur-Mer.

Par les conseils que l'on prodigue aux femmes qui les suivent, les consultations de nourrissons sont, suivant l'heureuse expression du Dr Henri de Rotschild de véritables « écoles des mères »;elles contribuent également à l'instruction des médecins, des étudiants et des sages-femmes, et en présence des résultats qu'elles ont déjà donnés, et qu'elles donneront encore, on doit souhaiter d'en voir le nombre se multiplier chaque jour.

Cyrille JEANNIN.

Cours d'Histoire de la Médecine : M. le Pr DÉJERINE.

M. le Professeur DÉJERINE a ouvert son cours jeudi dernier 8 novembre. Il traitera l'histoire de la moelle épinière au XIXe siècle, au point de vue physiologique et pathologique. Avant d'aborder le sujet, le savant professeur a esquissé en grandes lignes ce qu'on savait avant le début du siècle dernier sur la moelle. Cela se résume à peu de choses. Au point de vue physiologique, on en était encore aux trois expériences de *Galien* : la section, l'hémisection, la section antéropostérieure. Les *Alexandrins* avaientbien soupçonné la différence des racines antérieures et postérieures, mais ce n'est que MAGENDIE et BELL qui ont nettement établi l'existence de racines motrices antérieures et de racines sensitives postérieures.

La configuration extérieure de la moelle était bien connue. BOERHAVE, vers la fin du XVIIIe siècle, parlait de cordons médullaires, mais ce n'est que la technique histologique perfectionnée du XIXe, qui nous apprirent la structure plus finie. Au point de vue clinique, tout se réduisait à la paraplégie jusqu'à l'époque de DUCHENNE de Boulogne. Ce sont les travaux immortels de ce savant qui forment la base des progrès rapides que fit ensuite la pathologie médullaire. Cette première leçon, exposée en ce langage net et clair particulier à l'enseignement de nos professeurs, a vivement intéressé les trop clairsemés auditeurs. Il y avait là des dames, les élèves du maître et quelques praticiens, mais d'étudiants point. Evidemment, ces derniers ont mieux à faire. Ils préparent les concours et l'histoire de la médecine ne les intéresse pas. A quoi bon acquérir des connaissances qui font assurément partie de l'éducation générale du médecin, mais ne sont pas indispensables pour l'internat ou l'agrégation.

Cours d'Histologie normale : M. le Dr BRANCA, agrégé.

Le maître, qui enseigne l'histologie à de nombreuses générations avec la distinction que vous lui connaissez, qui a écrit un livre d'histologie normale qui se lit comme un roman, M. le Professeur Mathieu DUVAL, s'est vu obligé de se faire remplacer par un de ses agrégés, M. le Dr Branca. Ce jeune professeur a commmencé son cours jeudi dernier et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à 3 heures, à l'amphithéâtre de physique et de chimie. Il étudiera l'élément primordial de l'organisme, la cellule et spécialement les éléments sexuels et les processus de la reproduction. Enfin il terminera la série des conférences par l'étude du système nerveux. On voit donc que le programme est vaste et du plus haut intérêt. M. Branca, qui tient du maître par son exposition claire et précise, saura rendre attrayants ces sujets, qui lui sont familiers d'ailleurs et qui ont été l'objet de ses recherches personnelles. La sympathie de ses auditeurs lui est toute acquise et on ne peut regretter qu'une chose, c'est qu'il ait choisi ou qu'on lui ait imposé une heure si incommode et pour les étudiants et pour les anciens.

Clinique thérapeutique : M. le Pr Albert ROBIN.

Le cours de la *clinique thérapeutique* a été rouvert le jeudi 8 novembre, comme d'habitude, devant une salle comble et symphathique. M. Robin a engagé les médecins, dans sa leçon d'ouverture à mieux utiliser les ressources considérables qu'ils avaient entre les mains et à réclamer la direction du traitement médical de l'ulcère de l'estomac et de l'appendicite. Il a recommandé aux praticiens de se débarrasser des théories doctrinales et a rappelé qu'en clinique il n'existe pas des maladies, mais *des malades*, et que ces derniers réalisent bien rarement les types décrits dans les livres.

Il n'y a pas, en réalité, deux individus exprimant la même maladie d'une façon identique. Un traitement typique doit toujours être modelé sur l'individualité même du malade que le médecin doit s'appliquer à connaître.

Puis M. Robin a consacré le reste de la leçon au traitement du mal de Bright et a insisté sur l'abus qu'on a fait de la déchloruration en dehors des œdèmes. S.

Conférence de pathologie interne : M. RÉNON, agrégé.

Le Dr Rénon a repris ses conférences de pathologie interne le samedi 10 novembre. Elles ont lieu au grand amphithéâtre de la Faculté, le petit amphithéâtre ayant été reconnu trop petit l'an passé pour contenir la foule des étudiants qui se pressent aux leçons du savant clinicien. Ces leçons sont conçues dans un esprit absolument *pratique* et dans un but de *former des praticiens* : on s'explique l'affluence des élèves à ce cours.

Les conférences de cette année porteront sur les maladies infectieuses et parasitaires. M. Rénon a insisté, dans sa première leçon, sur la nécessité de la prophylaxie des maladies infectieuses et parasitaires ; cette défense sociale est un des actes les plus importants de la société actuelle, permettant de conserver à la patrie le capital social des vies humaines.

Conférences d'hygiène : M. MACAIGNE, agrégé.

L'hygiène de l'habitation a pris une grande importance depuis 30 ans. La question des eaux tient aussi une très grande place dans l'hygiène collective. La préoccupation des hygiénistes se porte aussi sur l'évacuation des matières usées. L'hygiène sociale comprend les mesures ou règles générales que l'on doit appliquer à une grande partie d'individus ainsi que la lutte contre les grands fléaux qui déciment l'humanité : la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis.

L'hygiène apparaît comme le couronnement de toutes les sciences. Elle est la science de la vie, nous indiquant les règles conformes au développement de notre organisme, à son bon fonctionnement, à son entretien et à son perfectionnement. Tout le monde devrait donc connaître et appliquer les règles de l'hygiène qu'il serait urgent d'enseigner à l'école, car là est surtout le nécessaire, l'indispensable dans la vie.

Et M. Macaigne termine cette remarquable leçon par cette déclaration très juste : Les fonctions de directeurs des peuples devraient être confiées seulement à ceux dont l'équilibre psychique est parfait, résultant d'une éducation appropriée. Hélas ! dans combien de siècles verrons-nous cette demande réalisée ?...

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 octobre 1906.

Sur l'unité de l'hématozoaire du paludisme

M. Thiroux adresse une note dans laquelle il déduit des faits qu'il a observés au Sénégal que la fièvre quarte dérive de la forme tropicale. C'est ainsi que, pendant la saison chaude on rencontre presque exclusivement, chez les enfants indigènes, la forme tropicale d'*Hamamœa malariæ*. Pendant la saison fraîche et sèche, les formes tropicales diminuent progressivement et les grandes formes prédominent au point de constituer, dans certains cas, 66 % des formes observées ; ce sont généralement des formes quartes. Le passage de la tropicale à la quarte se fait en saison fraîche par régression des macrogamètes qui, dans les préparations de fièvre tropicale, se présentent sous forme de corps sphériques.

A la fin de la saison sèche, les grandes formes de quarte diminuent et les tropicales les remplacent progressivement.

M. Billet ayant déjà démontré que la forme tierce dérive de la tropicale, on serait ainsi ramené à l'unité parasitaire du paludisme.

Séance du 29 octobre 1906.

MM. H. Guillemard et R. Moog exposent les résultats des observations qu'ils ont faites, au Mont-Blanc, sur des lapins : l'hyperglobulie s'est manifestée, chez ces animaux, et d'une façon constante à partir du deuxième jour, aussi bien dans le sang central que dans le sang périphérique. La quantité d'hémoglobine contenue dans 100 cc. de sang, dans tous les cas, a diminué pendant le séjour au Mont-Blanc. Enfin, dans tous les cas, la quantité moyenne d'hémoglobine fixée sur chaque hématie diminue, attestant ainsi une néoformation de ces éléments.

Coagulabilité du sang sus-hépatique.

MM. Doyon, Cl. Gautier et Kareff, contrairement à ce qu'enseignent les traités de physiologie, ont constaté la coagulation du sang sus-hépatique chez le chien et la formation de fibrine dans ce sang. Le sang sus-hépatique coagule tantôt avant le sang carotidien, tantôt dans le même laps de temps, le plus souvent après.

Suivie au microscope, la coagulation aboutit à un réseau qui présente tous les caractères de la fibrine normale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 novembre 1906.

Recherche de l'argent colloïdal.

MM. Gompel et Henri, ont recherché l'argent colloïdal dans les liquides de l'organisme, par la méthode spectrographique, qui permet de déceler des doses de 1/100000 ; trois ou 4 gouttes de sang ou de liquide suffisent. L'argent colloïdal à petits grains injecté dans une veine reste dans le sang vingt heures après ; il s'absorbe par la paroi intestinale et on le retrouve dans le foie, la rate, le rein, le cœur du lapin qui l'a reçu par la voie buccale.

Imprégnation argentique des neuro-fibrilles sympathiques.

M. Laignel-Lavastine a employé la méthode de Cazal pour l'étude des neuro-fibrilles sympathiques dans les ganglions solaires et mésentériques et dans le plexus d'Auerbach, chez le cobaye, le lapin, le chien.

Dans le sympathique, il y a des cellules réticulées et des cellules d'aspect fasciculé ou pseudo-fasciculé. Ce sont des éléments intra-cellulaires qui font partie de la substance cellulaire et ont des connexions intimes de continuité entre elles et ne traversent jamais une cellule sans s'anastomoser avec les fibrilles de celles-ci. Elles proviennent d'une cellule et y aboutissent — Elles sont rigoureusement intra-cellulaires, ne passant pas d'une fibre ou d'une cellule à une autre. La méthode de Cajal, appliquée au sympathique ne permet pas d'admettre la continuité fibrillaire extra-cellulaire.

Constituants colloïdes du liquide amniotique.

M. H. Iscovesco montre que le liquide amniotique a comme conductibilité électrique 126.To4 à 29° ; contient des albumines positives et négatives, contient des globulines électro-négatives aussi bien par leur précipitabilité qui ne s'obtient qu'avec des colloïdes véritables positifs, que par la manière dont elles se comportent dans un champ électrique. Une émulsion de ces globulines dans l'eau distillée se transporte au pôle positif.

Angio-pancréatites diabétiques par auto-infection.

MM. A. Gilbert et Lereboullet rappellent qu'un grand nombre d'états pathologiques et de troubles morbides importants sont produits par les microbes qui fourmillent dans le tube digestif et les conduits excréteurs des glandes annexes Ils sont dus à des auto-infections développées congénitalement (diathèse d'auto-infection). Parmi les polycanaliculites ainsi réalisées, la canaliculite pancréatique domine et est à l'origine de la sclérose diabétigène du pancréas. Pour MM. Gilbert et Lereboullet, le diabète a pour origine une angio-pancréatite scléreuse par auto-infection primitive. Cliniquement on retrouve chez ces malades de l'ictus antérieur, ou des coliques hépatiques, de l'artérite, du rhumatisme et surtout de l'appendicite qui se développent fréquemment sur des terrains de diathèse auto-infectieuse ; souvent elles coexistaient chez le même malade ou se retrouvaient dans l'hérédité. Les lésions anatomiques sont confirmatives et les angio-pancréatites scléreuses, comparables aux autres scléroses viscérales d'origine canaliculaire, surtout du foie ; les lésions scléreuses associées ou non à la lithiase pancréatique prédominaient au niveau des canaux excréteurs, d'où la sclérose irradiait pour pénétrer dans le lobule et le dissocier avec altérations des îlots de Langerhans ; régression pseudo-canaliculaire des acini, comme dans les cirrhoses biliaires. Le rôle de l'auto-infection dans la genèse des angio-pancréatites diabétigènes paraît ainsi bien établi cliniquement et anatomiquement. Mais, dans le diabète, cette sclérose détruit la plus grande partie du pancréas, il y a pancréatite interacineuse. Aussi l'auto-infection produit lentement et tardivement de telles lésions et la diabète apparaît tardivement, après les autres manifestations auto-infectieuses : entérite, appendicite, etc.

Anthracose pulmonaire.

M. Remlinger n'a pas produit chez le lapin l'anthracose pulmonaire par voie digestive. Le noir de fumée, le carmin, la poudre de charbon injectés dans le rectum ou incorporés dans les aliments n'ont jamais produit de dépôt pulmonaire. Au contraire l'inhalation produit l'anthracose. Un lapin placé au-dessus d'une lampe qui charbonne présente des poumons gris noirâtres et au microscope c'est bien le parenchyme pulmonaire qui est envahi.

M. Basset estime que l'intégrité du tube digestif empêche l'invasion des ganglions par le noir de fumée.

Hyperglobulie provoquée par l'hémopoïétine.

M. Paul Carnot étudie le mécanisme de l'hyperglobulie considérable provoquée par le sérum d'animaux en rénovation sanguine, phénomène décrit par Mlle Deflandre. Cette hyperglobulie caractérisée par une augmentation de un million 1/2 d'hématies par millimètre cube peut dépasser ce chiffre et arriver à 12 millions d'hématies, c'est bien là une

néoformation de globules rouges et non la concentration du sang.

L'éléidine du sang et de la moelle osseuse diminuent cette hémopoièse, les hématies inoculées sont rares dans le sang ; la moelle osseuse rouge contient beaucoup d'hématies nucléées. Cette réaction médullaire est spécifique et principalement normoblastique et montre la genèse de l'hyperglobulie provoquée. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre.

Contagion de la dysenterie par des tissus d'origine exotique.

MM. F. Widal et H. Martin communiquent un fait très intéressant de dysenterie transmise dans une famille parisienne par des étoffes de provenance japonaise. Ils insistent avec raison sur la nécessité de désinfecter toutes ces vieilles étoffes soit françaises soit surtout exotiques. Leur provenance est en effet toujours douteuse.

M. Vaillard regarde ces faits comme assez fréquents. Il croit que la dysenterie est assez commune en France surtout chez l'enfant. En hiver, chez l'enfant, la dysenterie a souvent l'aspect d'une simple diarrhée. Mais au printemps elle se réveille et redevient contagieuse. Ces dysenteries hivernales de l'enfant semblent même entretenir le germe par des passages successifs.

Le cancer de la langue (suite).

Le Pr Berger tout en montrant la gravité de ce cancer rapporte des guérisons durables obtenues par l'opération et maintenues après six, huit et dix ans. Il montre que de tous les traitements, seule, l'intervention opératoire a donné de véritables résultats. M. Berger approuve beaucoup la création d'un comité scientifique pour l'étude du cancer.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Dans la réunion d'ouverture, M. Legendre, président, a parlé de l'automobilisme au point de vue de l'hygiène et du traitement des maladies. Les éléments constitutifs qui interviennent sont d'après l'auteur : la vitesse de la voiture, la trépidation, la couche d'air qui frappe le corps, le refroidissement, la poussière, l'immobilité longtemps prolongée, l'état psychique du conducteur et des voyageurs.

Les appareils de l'organisme influencés sont : la peau, les voies respiratoires, la circulation et l'hématose, l'appareil digestif, l'appareil locomoteur, les sens et le système nerveux. La nutrition générale se trouve donc nécessairement modifiée. Dermatoses, prurit d'un côté, circulation capillaire intense et favorable de l'autre. recommandable aux asthmatiques, aux emphysémateux, l'auto doit être défendu aux tuberculeux. Les chlorotiques profitent d'une course dans une voiture confortable. Les cardiopathes dont la lésion n'est pas bien compensée, ou les artériels feront mieux de s'abstenir. La digestion en automobile est difficile après un repas trop copieux, tandis que les dyspeptiques chroniques et nerveux bénéficient d'une promenade à allure raisonnable. Les lithiasiques doivent s'abstenir, de même les femmes qui souffrent des organes génitaux. Les rhumatisants peuvent aller en auto à condition qu'ils évitent le froid. Les neurasthéniques se trouvent très bien de ce sport, mais les cérébraux excitables feront bien de ne pas prendre le volant, parce qu'ils peuvent devenir un danger pour le public et pour eux-mêmes. Enfin l'hygiène publique ne tire que des désavantages de l'auto : poussière, odeur, danger pour les piétons, etc.

Dans la séance du 24 octobre M. Blondel a entretenu la Société sur l'emploi de la *Novococaïne* en chirurgie. L'auteur a employé cette substance dans 21 cas qui ne commandaient pas l'anesthésie générale : affections génitales et vésicales, kystes sébacés. Les accidents généraux sont absents, la durée de l'anesthésie est remarquablement longue.

Pour les curettages, M. Blondel a laissé en contact avec la muqueuse utérine pendant 10 minutes un tampon imbibé d'une solution de novocoaïne à 5 %. L'utérus n'est jamais absolument insensible aux instruments, mais ce fait est plutôt avantageux en ce qu'il indique les heurts trop brusques et trop profonds contre la paroi musculaire et prévient ainsi la perforation possible. La suture de la peau est indolore 20 à 25 minutes après l'application de la novococaïne.

Les hémorrhagies locales sont diminuées. Pour les sutures M. Blondel s'est servi d'injections intradermiques : 1 à 2 c. c. d'une solution à 2 %.

Friedel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre.

Isolement des typhiques.

M. Netter à propos des cas de fièvre typhoïde intérieurs dit avoir observé en 1904, seize cas intérieurs de dothiénenterie. Les filles seules étaient touchées, bien que le personnel soignant fût le même pour les garçons et les filles. La contagion provenait de ce fait que les tampons avec lesquels on nettoyait les filles atteintes de vulvovaginite servaient à plusieurs malades, dont les typhiques. Avec de la propreté on peut donc éviter la contagion.

Fièvre typhoïde et rhumatisme.

M. Galliard a observé trois cas intérieurs de fièvre typhoïde. Ce qui rend ces cas intéressants c'est qu'ils survenaient chez des malades atteints de rhumatisme polyarticulaire aigu. La fièvre typhoïde fut grave, une fois avec une rechute et surtout il y eut récidive de rhumatisme au moment de la convalescence.

Début de la fièvre typhoïde dans deux cas de contagion hospitalière.

MM. Widal et Digne ont pu observer le début de deux cas, soignés l'un pour rhumatisme l'autre pour accidents syphilitiques. La température étant prise matin et soir malgré l'apyrexie complète, on put ainsi nettement constater les premiers symptômes de la dothienentérie qui survenait. L'ascension thermique fut nette, 40° le 4e jour dans un cas, le 3e jour dans l'autre. La réaction agglutinante la diazoréaction, et la recherche du bacille dans le sang furent faites dès le début et leur présence a pu être constatée à des dates certaines de la période de début. Les trois réactions existèrent chez l'un des malades dès le 4e jour. Chez le second malade la diazoréaction était négative le 2e jour, mais le sérum agglutinait à 1 p. 10 et les cultures de sang donnaient des cultures positives. La séroréaction apparut donc d'une façon précoce et ne doit jamais être négligée, surtout qu'à ce moment elle peut être d'un appoint précieux au diagnostic.

Transmission d'agglutinines de la mère à l'enfant au cours d'une fièvre typhoïde.

MM. Griffon et Abrami. — Le sérum de la mère, qui avait une fièvre typhoïde légitime agglutinait le bacille d'Eberth à 1 p. 3000 et les bacilles paratyphiques A. et B. Le lait de la malade donnait les mêmes résultats à un taux moindre. Le sérum de l'enfant agglutinait les échantillons paratyphiques et pas le bacille d'Eberth. Cette constatation apporte donc une preuve nouvelle de la spécificité rigoureuse des agglutinines dont l'organisme de l'enfant a opéré une véritable sélection, absorbant les agglutinines secondaires et non l'agglutinine primitive.

MM. Mosny et Malloizel ont rapporté une observation de méningoradiculite consécutive à une ostéite tuberculeuse transverso-vetrébrale. Il y avait lymphocytose du liquide céphalorachidien.

Dr Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 10 *novembre* 1906. — PRÉSIDENCE DE M. DESNOS.

La séance est ouverte à 4 h. 45.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du procès-verbal de la précédente réunion, en faisant observer qu'il fourmille d'erreurs typographiques.

M. MOUZON demande la rectification suivante : il n'a pas dit qu'il ne croyait pas à la puissance du groupe médical de la chambre, mais bien qu'il reprochait à ce groupe son désintéressement de toutes les questions touchant les intérêts médicaux.

M. LUCIEN-GRAUX. — Depuis la dernière séance, il y a eu réunion du Conseil Général des Sociétés d'arrondissements qui remercie la Société de Médecine de son concours moral et matériel, et pense que, pour le moment, la somme de 100 francs est suffisante. Au lieu d'une démarche auprès du groupe parlementaire, le Bureau a demandé une audience du ministre, audience qui sera accordée très prochainement.

M. COUDRAY annonce que la commission de protestation sera présentée par M. Piette, sénateur.

M. GRAUX fait savoir qu'il a été demandé aux sociétés de province de se joindre au Conseil Général des Sociétés médicales d'arrondissements pour protester contre la création du brevet d'Etudes médicales supérieures.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels.

Plusieurs opuscules italiens du Dr Massalongo. *Hygiène des Métropolitains souterrains*, rapport présenté au IIIe Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'habitation par le Dr Lucien-Graux.

M. MARGAIN présente à la Société :

1° L'*observation d'un cas de diabète bronzé* dont le résumé a déjà été publié dans le *Progrès médical*.

2° Une *Contribution à l'étude de l'origine du pigment et la pathogénie du diabète bronzé*, dans laquelle il appelle l'attention sur le dédoublement de l'hémoglobine en pigment ocre ferrique et en un support organique : le pigment noir sans fer processus, qui peut déterminer en plus une modification ou dissociation de ce dernier corps, produisant alors le diabète bronzé sans mélanodermie et expliquant par la circulation dans le sang d'un pigmentogène, les localisations spéciales du pigment noir.

3° Des *Considérations sur l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzine*, mettant en relief le rôle néfaste de la politique locale.

4° Un rapport sur la *Situation des Aliénés aux Colonies Françaises*, pour lesquels jusqu'ici on peut dire que rien n'a été fait et que tout est à faire.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lecture des lettres échangées avec le *Progrès Médical*, au sujet des erreurs typographiques maintenues dans le procès-verbal en dépit des corrections envoyées en temps utile. L'imprimeur invoque comme excuse le chômage des fêtes de la Toussaint, dont il n'avait pas prévu les conséquences. 2° Lettre de M. le Dr Noir, secrétaire provisoire du Comité d'organisation du Congrès des Praticiens, demandant à la Société de déléguer deux de ses membre pour la représenter à ce Congrès de protestation contre le certificat E.M.S.

La Société prie MM. Desnos et Lucien Graux, déjà nommés dans la dernière séance pour le même but, de se rendre à ce Congrès. — Le Secrétaire général répondra dans ce sens à M. le Dr Noir.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Durand-Fardel, membre correspondant, assiste à la séance.

M. LEMATTE fait une communication intitulée : **Organothérapie et minéralogie cellulaire** (*sera publiée*).

M. DUBAR présente un travail sur l'**Hygiène scolaire** (voir page 832).

M. GODLEWSKI. — Une question ayant trait à l'hygiène scolaire peut être mise en corollaire avec la question traitée par M. Dubar c'est la question de contagion des angines, qui pourrait être évitée si, à défaut du médecin, l'instituteur ou l'institutrice recevaient certaines notions leur permettant de dépister les premiers symptômes d'une infection contagieuse.

M. DUBAR approuve ce que dit M. Goldewski, au sujet de la contagion de certaines amygdalites et même d'otites. Quant à la sesonde question, elle est grosse d'importance car ce serait inviter les instituteurs à faire de la médecine.

M. MARGAIN fait observer qu'il y a un autre inconvénient, c'est que l'instituteur pourrait devenir un agent de transmission du contage.

M. AUDISTÈRE trouve que la question est, en effet, grosse de conséquences, car on peut être entraîné à généraliser et à faire examiner les enfants pour d'autres maladies. Par ignorance, l'instituteur pourra juger non malades des enfants déjà malades, et retarder ainsi la consultation du médecin. Il cite le cas d'un enfant qui fut considéré comme peu malade, parce qu'un thermomètre était cassé sans que la mère s'en fût aperçue.

M. TISSIER trouve que le nombre des personnes faisant de la médecine est déjà bien assez considérable sans qu'on y ajoute les instituteurs.

M. DUBAR montre que, ce qui est difficile, c'est d'arrêter les limites de ce que l'on peut apprendre sans inconvénient.

M. MARGAIN cite le danger que font déja courir les vaccinateurs de certaines colonies, lesquels, ignorant les symptômes de certaines affections, peuvent les transmettre à un grand nombre d'individus.

M. BOULOUMIÉ dit qu'il y a à éviter deux choses : c'est qu'un enfant malade soit un objet de contagion, et ensuite de donner trop d'importance à une personne étrangère à la médecine en lui laissant faire un diagnostic. Il faudrait que l'éducateur pût savoir simplement si un enfant est ou n'est pas malade, mais sans faire de diagnostic.

M. GODLEWSKI voudrait seulement que l'instituteur connût certains symptômes lui permettant d'appeler le médecin à temps, et arrêter une épidémie.

M. AUDISTÈRE, répondant à M. Bouloumié, trouve que c'est faire de la médecine que de décider si un enfant est malade ou non ; le médecin lui-même n'hésite-t-il pas à faire un diagnostic dans certains cas ? Répondant à M. Godlewski, il croit qu'en cas d'épidémie les symptômes sont vite connus.

M. BOULOUMIÉ demande des visites régulières du médecin dans l'école, mais désire aussi qu'en dehors de ces visites, l'instituteur soit apte à discerner si le médecin doit être appelé.

M. BURET propose de conclure en disant que les visites médicales des écoles devraient être plus fréquentes et qu'il vaut mieux que l'instituteur, au moindre signe anormal, appelle le médecin, quitte à le faire venir pour rien : cet excès de zèle serait préférable à une expectation souvent dangereuse.

M. DUBAR, s'appuyant sur ce qui se passe avec les Femmes de France, qui brûlent toutes du désir d'appliquer des connaissances médicales forcément incomplètes, montre qu'il est impossible d'empêcher les consultations prodiguées par les personnes auxquelles on a donné quelques notions élémentaires de pathologie générale. Pour être utile, il faudrait que l'examen de tous les enfants fût fait chaque matin.

M. TISSIER, comme conclusion, dépose l'ordre du jour suivant :

« Après la très intéressante communication de M. « Dubar et la discussion qui a suivi, la Société de méde- « cine de Paris émet le vœu qu'au moment de leur ins- « cription dans les écoles, les enfants soient examinés « par des médecins spécialistes des maladies des oreil- « les, du nez et du larynx, et que le résultat de cet exa- « men soit inscrit sur la fiche médicale de l'enfant à « l'école. »

Cet ordre du jour est voté et sera inscrit au procès-verbal.

Election. — M. le docteur Léon Bizard, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est proclamé membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 6 heures 30.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel,* Vian.

BIBLIOGRAPHIE

La Blennorrhagie maladie sociale; par le Docteur Gabriel Colin. (1 vol. de 300 p. chez Baillière et fils, 1907. Prix : 3 fr. 50).

Il convient de louer sans réserve notre très distingué confrère, le docteur Gabriel Colin pour avoir arraché l'attention publique à la contemplation de la syphilis, en lui faisant toucher du doigt cet autre danger qui s'appelle la blennorrhagie. «Une chaudepisse peut être plus redoutable que la syphilis», ne cessait de répéter, mon ancien maître, M. Humbert. Et de fait, il suffit de lire le présent ouvrage pour frissonner devant tous les maux que peut occasionner le gonocoque. Les premiers mots de la préface résument la situation : « *La blennorrhagie est une maladie grave* ». Et il est encore exact d'affirmer, comme le fait M. Gabriel Colin, que le public, et parfois le médecin, se montrent, le premier par ignorance, le second par complaisance, trop optimistes.

Ce livre est divisé en 6 parties traitant respectivement des *préjugés et des erreurs et des moyens d'y remédier*, de la *gravité de la blennorrhagie*; *ses complications et conséquences dans les deux sexes*; *de la blennorrhagie et du mariage*, de la *blennorrhagie*, comparée à la *syphilis*; des dangers sociaux de la blennorrhagie (contagion, stérilité, malheurs de ménage, suicide). Après quoi l'auteur expose avec détails et talent le *diagnostic* de la maladie, celui de la guérison, les conditions d'admissibilité au mariage et enfin la *prophylaxie*, médiate et immédiate chez l'homme comme chez la femme. L'auteur a bien raison de réclamer d'abord la destruction des préjugés et des erreurs qui font encore considérer la blennorrhagie comme une maladie à la fois honteuse et dont on se cache, et bénigne, c'est-à-dire ne méritant pas d'être prise au sérieux.

Monsieur Brieux, puisqu'il s'intéresse activement aux choses de la médecine, devrait se pénétrer des idées, des faits et des raisons qu'expose M. Gabriel Colin. La mission médicale de l'auteur dramatique restera incomplète et injuste, tant qu'il n'aura pas fait autant de tapage contre la blennorrhagie qu'il en a fait contre la syphilis, et il semble de prime abord étonnant que l'éminent professeur Fournier n'en veuille jusqu'ici qu'à la syphilis. Que fait-il donc de la chaudepisse des femmes mariées ?

Espérons que le livre de M. Gabriel Colin, livre qui paraît à son heure, sera l'occasion d'une répartition plus équitable des lamentations publiques contre certains fléaux sociaux. Ajoutons que ce livre, « *la blennorrhagie maladie sociale* » est écrit dans un tracé et dans un style clair, qui l'adaptent au grand public. C'est de plus un livre d'observation et d'expérience très honnêtement et fortement documenté. Nous avons été heureux de le lire, et pour apprendre ce que nous ne savions plus et surtout parce que le terrain social, sur lequel M. Gabriel Colin s'est placé, fait de son livre une œuvre aussi intéressante qu'inédite. P. Cornet.

PHARMACOLOGIE

Le *phytinate de quinine* est le plus soluble et le moins toxique des sels de quinine. Il réunit les propriétés thérapeutiques de l'alcaloïde et les *effets reconstituants bien connus de la phytine*. C'est un antinévralgique puissant particulièrement indiqué dans le traitement des névralgies rebelles, de la migraine, etc.

Nous recommandons les comprimés lenticulaires argentés de phytinate de quinine, dosés à 0,10 centigr. s'avalant comme pilules et masquant complètement la saveur amère de ce sel. Se trouve dans toutes les pharmacies.

CORRESPONDANCE

Le service militaire des médecins de réserve et de territoriale.

Paris, le 5 novembre 1906.

Monsieur et honoré Confrère,

Il y a certainement beaucoup à dire sur la manière dont on utilise les médecins de la réserve et de la territoriale pendant les périodes d'appel. Mais encore faut-il que la critique soit fondée, ce qui n'est pas le cas de celle formulée par notre confrère, le professeur X... qui s'étonne d'avoir été chargé de l'*inspection des cochons*.

On constatait, il y a une quinzaine d'années, de nombreux cas d'intoxication alimentaire, parmi la troupe. Ils avaient pour origine la consommation de conserves dans la composition desquelles des fabricants peu scrupuleux faisaient entrer des viandes avariées, c'est pour éviter le retour de pareils faits qu'on imposa l'examen préalable des viandes destinées à la fabrication des conserves.

C'est donc faire œuvre d'expertise médicale que d'examiner les cochons pour rejeter la viande de qualité inférieure ; c'est surtout rendre service à sa patrie que de diminuer les chances d'intoxication et d'assurer au soldat une alimentation saine. L'ignorance en pareille matière constitue une lacune énorme dans l'instruction d'un médecin praticien et c'est pour la combler que les médecins de l'armée sont assujettis à faire un stage préparatoire à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Un certificat d'études complémentaires portant sur des connaissances pratiques en hygiène, en médecine légale, en pathologie mentale serait autrement justifié que le nouveau certificat d'études supérieures.

Vous avez accueilli l'attaque, il sera juste de faire un sort égal à la défense.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Doury.

VARIA

La réforme médicale et le Certificat d'études médicales supérieures.

L'opinion commence à s'intéresser à la campagne entreprise par les médecins praticiens pour la réforme de l'Enseignement médical et la suppression du Certificat d'Etudes médicales supérieures.

M. Rénon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre du Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, a, dans le *Journal des Praticiens* du 10 novembre 1906, écrit l'article suivant qui recevra l'approbation unanime des membres du corps médical qui vivent de leur profession :

Le certificat d'études médicales supérieures, honni par tous, succombe sous la révolte du bon sens exaspéré. En dehors du préjudice causé aux intérêts professionnels, il menace les générations médicales futures d'une éducation purement théorique, d' « une pathologie dans l'espace » selon la pittoresque expression d'un de nos maîtres. Et cela, au moment même où l'opinion médicale réclame énergiquement une orientation pratique des études.

La médecine ne peut s'enseigner qu'à l'hôpital, voilà la vérité. Je suis pleinement d'accord avec ceux qui ont déjà soutenu cette idée. Je ne parle pas de la clinique, cela va de soi, mais je parle de toute la médecine, à l'exception de l'anatomie et de la physiologie. A propos d'un cas clinique, on peut apprendre la pathologie, la thérapeutique et l'art de formuler. L'anatomie pathologique s'offre d'elle-même, après la mort des malades. L'hôpital devant être par son fonctionnement une véritable école d'hygiène, les élèves pourront en connaître les lois. La médecine légale même, dans la plupart de ses parties, accidents, expertises, trouve à l'hôpital les cas sur lesquels elle opère. Quant aux sciences accessoires et aux sciences de laboratoire, l'étudiant en retiendra, dans les services hospitaliers, ce qu'il faut en savoir. On lui fera connaître l'examen des urines, la radioscopie, la radiographie, l'électrothérapie, les

applications pratiques de la bactériologie (examen des crachats, des membranes, des sérosités, séro-diagnostic), les examens du sang, les examens cytologiques des liquides pleuraux, céphalo-rachidiens, etc. En un mot, l'étudiant apprendra la médecine vécue, celle de chaque jour, et non pas des idées générales sur la médecine, qu'il puise seulement dans les cours théoriques.

J'ai appliqué cette méthode dans mon service de l'hôpital de la Pitié pour les stagiaires dont la Faculté a bien voulu, depuis trois ans, me confier l'enseignement médical. Je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus. J'avais suivi l'exemple de mon maître, le professeur Dieulafoy, qui, à la satisfaction de tous, a créé un véritable enseignement médical complet, datant de dix ans, à sa Clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'enseignement de la médecine à l'hôpital a, de plus, l'énorme avantage de rapprocher le maître de l'élève. Le maître connaît à fond les 10, 15 ou 20 étudiants placés sous sa direction. Il leur donne des conseils, s'intéresse à eux, les gourmande s'ils manquent de zèle et d'attention. Dans des causeries familières, il leur indique leurs devoirs vis-à-vis des confrères, des malades, de la société. Il parfait leur éducation morale, aussi indispensable que leur éducation professionnelle. Des interrogations répétées, des « colles », tiennent l'attention de l'élève en suspens et permettent de juger des progrès accomplis. L'élève se sent soutenu et il donne le maximum d'efforts. A l'heure actuelle, l'étudiant en médecine, au début de ses études, reste 18 mois sans passer d'examen. Aussi lui faut-il un véritable héroïsme pour travailler régulièrement et sérieusement dans ces conditions. L'avenir médical des étudiants de première année, livrés à eux seuls, dépend le plus souvent du hassard des amitiés qui les orientent vers la bonne ou la mauvaise voie. Je me rappelle, en novembre 1883, à la sortie du régiment, mon embarras et mon désarroi, en contemplant mélancoliquement la grande affiche blanche de l'Ecole, où tout le programme des études médicales est fixé en dix lignes. Ne connaissant personne pour me diriger, je cherchais à me débrouiller, quand j'eus la joie et la fortune de retrouver d'anciens camarades de collége, aujourd'hui mes collègues dans les hôpitaux. Nous nous engeâmes dans la voie du travail, et c'est à notre bonne amitié que nous devons notre situation médicale actuelle.

L'enseignement de la médecine à l'hôpital met les élèves à l'abri de ces difficultés. Il leur assure une instruction solide et il fait d'eux de bons médecins.

Dans le même numéro du *Journal des Praticiens*, M. H. Huchard rend compte de sa visite à M. Briand, ministre de l'Instruction publique en ces termes :

Mercredi, 7, novembre. — Je viens de voir M. le Ministre de l'Instruction publique qui m'a même reçu avec la plus parfaite bienveillance, qui m'a même fait le grand honneur de me recevoir *seul*, en dehors des délégations qui avaient été convoquées à cet effet.

Voici le résultat de notre entrevue :

« Dites bien à tous les médecins, écrivez dans votre journal — me dit M. le Ministre — que je suis tout disposé à faire droit à leurs réclamations : que le certificat des études médicales supérieures sera tellement modifié qu'il n'en restera presque plus rien ; *que, d'autre part, je suis absolument décidé à entrer vigoureusement dans la voie des réformes des études médicales.* Du reste, à ce point de vue, j'ai encore besoin de m'entretenir sérieusement avec vous, en dehors de mes jours de réception. Le voulez-vous ? »

Je n'ai pas besoin de vous dire quelle fut ma réponse.... Je verrai donc de nouveau M. le Ministre de l'Instruction publique dont j'ai admiré, en quelques minutes, le grand esprit de précision et le désir ardent « d'attacher son nom — comme je le lui ai dit — à l'œuvre considérable des réformes médicales dont la réalisation lui vaudra la reconnaissance du corps médical tout entier » Maintenant sachons attendre ; M. Briand n'est pas de ces hommes qui parlent sans agir !

P. S.— J'ajoute que j'ai remis à M. le Ministre un projet de *Commission de réformes d'études médicales*, commission où, naturellement, les praticiens sont largement et légitimement représentés ; où les étudiants en médecine doivent également prendre place. J'ai fait pour le mieux et.. je continuerai, surtout avec l'appui de tous les praticiens. Quand toutes les réponses au referendum seront reçues, nous les ferons connaître à nos lecteurs. Jusqu'ici, elles sont bien intéressantes.— H. H.

Il est cependant malaisé de mettre d'accord les affirmations de M. H. Huchard, où M. le Ministre donnerait pleine et entière satisfaction aux médecins praticiens avec l'interview de M. le Pr Bouchard que publie le *Matin* du 11 novembre dans l'article suivant:

Le monde des médecins est en émoi et de toutes parts surgissent des protestations contre l'établissement du *certificat d'études médicales supérieures*, institué en juillet dernier par un décret de M. Briand, ministre de l'instruction publique. Médecins de villes et de campagne, praticiens-médecins des hôpitaux et anciens internes protestent contre ce nouveau diplôme qui créerait, disent-ils, une classe de *médecins supérieurs* et diminuerait la valeur du titre de docteur en médecine. Ils s'élèvent aussi contre le programme et les tendances de ce certificat, composé de trop d'études théoriques. Les docteurs ayant obtenu ce nouveau titre auront, certes, plus de connaissances théoriques, mais ils ne guériront pas mieux les malades que les simples docteurs en médecine qui auront fait de longs stages dans les hôpitaux et acquis des connaissances pratiques.

Ces critiques ont été émises par de nombreux syndicats professionnels médicaux qui se sont prononcés contre la réforme. Enfin, le ministre de l'instruction publique vient de recevoir les doléances de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris et une visite de M. Huchard, membre de l'Académie de médecine, qui venait protester contre la création de ce certificat et demander la suppression du décret. Le ministre a répondu que le certificat ne serait pas détourné de son objet propre, qui est de donner accès à l'agrégation et qui serait appliqué de façon à ne point porter préjudice aux intérêts des médecins français.

Le certificat sera donc maintenu.

Pour avoir cependant quelques données plus précises sur ce débat qui divise la grande famille des médecins, nous sommes allé voir M. le professeur Bouchard, membre de l'Académie de médecine, qui fut chargé par le conseil supérieur de l'instruction publique de faire le rapport qui a abouti à la réforme de l'agrégation en médecine.

« Le mouvement qui se dessine dans le monde médical est réel, a répondu M. le Pr Bouchard au reporteur du *Matin*, et je le crois sincère, dit l'éminent savant. Mais son origine et son extension sont dues à des craintes peu fondées. Que reproche-t-on au certificat d'études médicales supérieures ? Son titre ou mieux un mot : « supérieures ». On craint aussi que ce certificat ne soit délivré à un grand nombre de docteurs et que les titulaires de ces nouveaux diplômes ne viennent faire une concurrence fâcheuse et déloyale à ceux qui seront simplement docteurs en médecine. Or, cela ne sera pas.

« Ce certificat d'études médicales supérieures ne formera point, d'ailleurs, un nouvel échelon dans la hiérachie médicale et ne constituera pas un nouveau diplôme. Permettez-moi de vous l'expliquer. L'agrégation se composait jusqu'à présent de deux examens: le premier, d'admissibilité, comprenait des épreuves où le candidat, sans le secours d'aucun livre, devait être prêt à exposer l'état actuel de la science en anatomie, physiologie, pathologie, etc., dans tout ce qu'elle a de plus général et de plus spécial. Sur cent candidats qui se présentaient à ce premier examen, cinquante seulement étaient admissibles pour subir le second examen, celui de l'agrégation, où les médecins doivent exposer leurs recherches originales. Ces deux examens se suivaient à vingt-quatre heures d'intervalle.

« L'inconvénient de cet état de choses était visible. L'obligation de se tenir toujours prêt à exposer des connaissances théoriques exigeait un travail de mémoire continu et immodéré et laissait peu de loisir et de tranquillité d'esprit pour la recherche originale.

« Nous avons alors simplement séparé les examens qui composent l'agrégation. Le premier examen d'admissibilité, qui exige un effort de mémoire, des connaissances théoriques indispensables à un futur professeur, a été placé à la fin des études médicales ; c'est cet examen qui constitue le «certificat d'études médicales supérieures». Dès lors, les médecins qui se proposent d'être agrégés n'auront point d'autres soucis et entraves, et pourront se dévouer à des recherches et des travaux originaux qui leur permettront de passer l'agrégation.

« Cette réforme, qui facilite l'enseignement, a été étudiée et réclamée par de nombreux congrès d'enseignement, notamment en 1900. Elle a été approuvée par les facultés de province, consultées par le ministre de l'instruction publique au printemps dernier. Elle a été votée à l'unanimité par le conseil supérieur de l'instruction publique.

« Vous pouvez dire, enfin, que ce certificat d'admissibilité à l'agrégation supprimera, au contraire, trois concours : ceux de chefs des travaux, de chefs de clinique et de suppléants dans les écoles de médecine de plein exercice.

« On pourra modifier l'appellation de certificat d'études médicales supérieures », et le conseil supérieur de l'instruction publique, qui se réunira mercredi prochain, adoptera peut-être celle que je vous citais tout à l'heure: certificat d'admissibilité à l'agrégation. C'est son vrai titre. Quant au nombre de diplômes attribués, le ministre pourra toujours le limiter, s'il est nécessaire, de façon à ne point porter préjudice aux médecins français. »

Quoi qu'il survienne, ceux qui sont à la tête du mouvement médical n'ont pas l'intention d'arrêter là la campagne qui a obtenu un succès unanime auprès de tous les praticiens. Le Comité chargé de l'organisation d'un Congrès des Patriciens français, Comité qui compte vingt délégués des dix plus importants groupements médicaux de France (Paris et province) se réunira pour la première fois à Paris, le samedi, 17 novembre, à 10 heures 1/2 du matin, au siège social de l'Union des Syndicats médicaux de France, 28 rue Serpente.

J. Noir.

La responsabilité civile du médecin dans un cas de contamination d'une nourrice par un nouveau-né syphilitique.

En 1904, Mlle X... plaça le bébé qu'elle venait d'avoir, par l'intermédiaire d'une bonne, chez une nourrice, dans un village de la grande banlieue de Paris. Au bout de quelques semaines, la nourrice, la femme M..., constata sur elle les premiers symptômes de l'avarie, et son propre enfant, qu'elle allaitait également, ne tarda pas, lui aussi, à être contaminé. Mme M... estima alors que les médecins qui avaient soigné la mère et l'enfant, et ceux qui étaient chargés de la surveillance du bureau des nourrices auraient pu facilement, s'ils avaient été vigilants, reconnaître le danger auquel l'exposait la mission qui lui avait été confiée et l'en préserver. Elle a donc assigné devant le tribunal civil de la Seine, en payement de 10.000 francs de dommages-intérêts : 1° Mlle X..., la mère ; 2° le docteur D..., le médecin de celle-ci ; 3° le médecin chargé de la surveillance du bureau des nourrices ; 4° le directeur du bureau ; 5° le médecin de la préfecture de la Seine, chargé d'examiner la santé des nourrissons pendant leur séjour chez les « remplaçantes. »

Le tribunal vient de rendre son jugement ; il n'a reconnu l'existence d'une faute qu'à la charge de Mlle X... et de son médecin, le docteur D..., en déclarant que Mlle X..., par le fait de qui l'enfant avait été contaminé, ne pouvait pas ignorer qu'il portait en lui le germe de la maladie et qu'il en était de même du médecin que la famille avait chargé de donner ses soins au nouveau-né.

Le tribunal les a en conséquence condamnés tous deux solidairement à payer à Mme M... 8.000 francs de dommages et intérêts. En ce qui concerne les autres défendeurs, le tribunal, se fondant sur la marche de l'avarie à ses débuts et sur les difficultés qui en résultent pour le diagnostic, les a mis hors de cause.

Le Tribunal civil de la Seine vient de prononcer un jugement où la responsabilité civile d'un médecin a été admise. Voici le résumé de ce procès d'après le *Temps*:

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Propos d'un Remisier.

La cherté de l'argent reste à l'ordre du jour et persistera sans doute jusqu'à la fin de l'année, mais notre marché n'en souffre pour ainsi dire pas.

Les titres qui devraient logiquement profiter de cette situation sont ceux de nos *Etablissements de Crédit*. D'autre part, nombre de valeurs industrielles sont maintenant arrivées à des cours plutôt spéculatifs.

Depuis le récent versement de 20 % sur le *Russe 1906*, la haute banque paraît moins intéressée à soutenir et à pousser les *Fonds Russes* et, par contre-coup, les valeurs industrielles russes marquent un peu le pas.

Il en est de même des *Chemins Espagnols*, que la spéculation avait trop poussés et que ne soutient pas l'espoir d'un dividende quelconque avant plusieurs exercices; sauf toutefois pour le *Saragosse*.

Les *valeurs cuprifères* consolident leurs cours élevés. Je vois toujours, dans un avenir rapproché, le *Rio* à 2000, *Tharsis* à 250, et *Cape Copper* à 200.

Le groupe *nitratier* conserve et accentue même ses brillantes dispositions, et une tendance vers une nouvelle progression semble manifeste, je pense donc qu'on peut encore se porter avec chances de bénéfice sur *Lagunas* et *Lautaro Nitrate*, et surtout sur *Nitrate Railways*.

L'action *Platine* est actuellement la grande favorite du marché. C'est maintenant la spéculation qui la pousse. Aussi l'ampleur de la dernière progression et l'étendue des engagements en cours emportent elles des revirements brusques dont je signale la possibilité et l'alea.

Le marché de la *De Beers* est encore très intéressant. On escompte un acompte de 15 sh. pour l'exercice en cours, en même temps qu'une répartition d'actions de la fabrique d'explosifs de Sommerset-West.

De l'aspect général du marché à l'heure actuelle, il ressort nettement que nos capitalistes sont toujours en quête de bons placements pour leurs disponibilités. Je constate moi-même ce fait dans mon courrier journalier, qui n'a jamais été mieux nourri de demandes semblables.

De là, évidemment, la hausse des valeurs sérieuses, mais aussi la difficulté de bien choisir. Que mes lecteurs alimentent donc leur portefeuille par des choix et des arbitrages intelligents au sujet desquels ils peuvent d'ailleurs m'interroger en toute confiance.

T. Sève.
Remisier-Arbitragiste,
11, rue de Rome, Paris
Téléph. 113-10.

P. S. — Je tiens à la disposition de ceux de mes lecteurs qui voudront bien m'en faire la demande mon « *Traité pratique des opérations de Bourse* », lequel leur sera adressé à titre absolument gracieux.

FORMULES

LXXXVIII. — Modes d'administration de l'acide salicylique et du salicylate de soude.

L'acide salicylique est peu employé, en raison de son action irritante locale assez énergique et de sa faible solubilité. Il n'est guère utilisé que comme antiseptique. On doit toujours l'administrer en solution ou en potion.

Acide salicylique	1 gr.
Glycérine pure	20 gr.
Eau distillée	80 gr.

Solution.

Acide salicylique	2 à 5 gr.
Rhum	ââ 60 gr.
Sirop de quinquina	

Potion.

Son emploi pour l'usage interne est, du reste, de plus en plus abandonné.

Pour l'usage externe, ses applications sont fort nombreuses; on l'emploie surtout comme topique dans le traitement du chancre mou et pour la préparation de gazes et ouates aseptiques pour pansements. Elles sont au titre de 10 p. 100.

Comme poudre antiseptique on utilise la formule suivante à 3 p. 100.

Acide salicylique	3 gr.
Poudre d'amidon	10 gr.
Poudre de talc	87 gr.

Les pommades se formulent soit avec de la lanoline, soit avec un mélange d'alcool absolu et d'huile de ricin, dans lequel l'acide salicylique est soluble.

Acide salicylique	3 gr.
Alcool à 90°	6 gr.
Lanoline	30 gr.
Acide salicylique	20 gr.
Alcool absolu	100 gr.
Huile de ricin	200 gr.

La première formule est préférable ; le médicament s'absorbe mieux par la peau.

Pour faciliter cette absorption et réaliser en même temps une action irritante et congestive, on a associé l'acide salicylique et l'essence de térébenthine.

Acide salicylique	}	
Essence de térébenthine	} àà	10 gr.
Lanoline	}	
Axonge benzoïnée		70 gr.

Comme traitement abortif du furoncle, on emploie l'emplâtre suivant :

Acide salicylique pulvérisé	} àà	2 parties.
Emplâtre de savon	}	
Emplâtre diachylon		4 parties.

Le salicylate de soude est le produit le plus souvent utilisé pour réaliser la médication salicylée. On l'administre aux doses de 4 à 12 grammes par jour, par fractions de 2 grammes au maximum, par prise, à cause de son élimination rapide.

En raison de l'action irritante de ce médicament, il ne faut jamais l'administrer en cachets, mais en solution diluée, au moment du repas.

Pour dissimuler sa saveur désagréable et persistante on emploiera avantageusement la formule suivante :

Salicylate de soude	15 grammes	
Rhum vieux	60	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	} àà 100	—
Eau distillée	}	

Une cuillerée à soupe, toutes les heures, dans une tisane appropriée.

On peut faciliter la tolérance du salicylate de soude en ajoutant à cette potion 6 à 10 grammes de bicarbonate de soude.

On peut également prescrire :

Salicylate de soude	5 à 10 grammes	
Suc de réglisse dépuré	5 à 10	—
Eau distillée	130	—

L'action irritante du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale est parfois telle que les correctifs sont impuissants à prévenir la sensation de brûlure stomacale, il faut alors diluer 1 gramme de salicylate de soude dans un verre d'eau de Vichy. (POUCHET, in *Précis de pharmacologie* qui paraîtra incessamment chez O. Doin, édit.)

LA FIÈVRE JAUNE AU SÉNÉGAL. — Le paquebot *Paraguay*, courrier de la côte occidentale d'Afrique, apporte la nouvelle que la fièvre jaune sévit assez sérieusement dans le Haut-Sénégal et le Niger. Des sous-officiers venus de Toukoto annoncent qu'à leur départ de cette région, les statistiques de l'épidémie donnaient 35 cas et 26 morts, et parmi eux un médecin civil, le Dr Popp, médecin colonial. Les troupes ont été éloignées de la région dangereuse et les mesures de précaution les plus rigoureuses ont été prises. C'est sur la ligne du chemin de fer de Kayes au Niger, entre Toukoto et Koulikoro, que la fièvre jaune a éclaté, le 9 septembre. Kita a été le point le plus éprouvé. Le 3 octobre dernier, au moment où les sous-officiers rapatriés par le *Paraguay* quittaient la région, on comptait alors, sur 200 Européens (fonctionnaires, militaires ou commerçants) fixés dans cette partie du Sénégal et du Moyen-Niger, 35 cas, dont 26 mortels. Au ministère des colonies, on nous a déclaré que cette épidémie était enrayée depuis un certain temps. (*Le Temps*.)

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 21 novembre.* — *M. Maymou* : Cas insidieux d'infections d'origine utérine (MM. Pinard, Terrier, Segond, Lepage). — *M. Salamo* : Les mastoïdites des nourrissons (MM. Terrier, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Boismard* : De l'estomac biloculaire et spécialement de son traitement chirurgical (MM. Terrier, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Fournal* : De l'appendicocèle (étude rétrospective) (MM. Segond, Pinard Terrier, Lepage). — *M. Galippe* : Contribution à l'étude de la valeur nutritive et thérapeutique de la laitance et des œufs de poisson (MM. Landouzy, Brissaud, Déjerine, Labbé (Marcel). — *M. Lucas-Championnière* : Essai comparatif sur différents procédés de développement musculaire (MM. Brissaud, Landouzy, Déjerine, Labbé (Marcel). — *M. Lemière* : De l'emphysème sous-cutané et spécialement de l'emphysème médical (MM. Brissaud, Landouzy, Déjerine, Labbé (Marcel). — *M. Elmerich* : Végétations adénoïdes chez le nourrisson. Leur influence sur son développement (MM. Déjerine, Landouzy, Brissaud, Labbé (Marcel).

Jeudi 22 novembre. — *M. Desquiens* : Phlegmatia alba dolens du membre supérieur chez les asystoliques (MM. Cornil, Hutinel, Chantemesse, Méry). — *M. Roy* : Entéro-colites et appendicite chez l'enfant (MM. Hutinel, Cornil, Chantemesse, Méry). — *M. Bonnabel* : Contribution à l'étude de quelques affections congénitales du cœur compatibles avec l'existence et de leur pronostic (MM. Hutinel, Cornil, Chantemesse, Méry). — *M. Ravry* : La reglobulisation du sang chez les enfants tuberculeux soumis à la cure d'air à l'hôpital Hérold (MM. Chantemesse, Cornil, Hutinel, Méry). — *M. Graillon* : Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode orthopédique abrégée (MM. Berger, Budin, Pozzi, Brindeau). — *M. Magne* : Des paralysies faciales consécutives aux applications de forceps (MM. Budin, Berger, Pozzi, Brindeau). — *M. Milliot* : Des fractures pathologiques du maxillaire inférieur (MM. Pozzi, Berger, Budin, Brindeau.

Examens de doctorat. — *Lundi 19 novembre.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Delens, Duval (P.) — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Déjerine, Legry, Balthazard).

Mardi 20 novembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Charité) : MM. Le Dentu, de Lapersonne, Faure. — 5e (2e partie, 1re série, Charité) : MM. Dieulafoy, Renon, Goùget. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Thiroloix, Méry.

Mercredi 21 novembre. — (2e, salle Richet) : MM. Gautier, Richet (Ch.), Branca. — 3e (Oral 1re partie, 1re série, Salle Broussais) : MM. Kirmisson, Wallich, Cunéo. — 3e (1re partie, 2e série Salle Corvisart) : MM. Reclus, Legry, Potocki. — (4e, Salle Béclard) : MM. Pouchet, Balthazard, Macaigne).

Jeudi 22 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Joffroy, Bezançon, Maillard. — (1er Oral, Salle Béclard) : MM. Poirier, Faure, Launois. — 3e (Oral, 2e partie, Salle Corvisart) : MM. Dieulafoy, Renon, Jeanselme. — 4e (1re série, Salle Broussais) : MM. Pouchet, Thoinot, Langlois. — 4e (2e série, Salle Charcot) : MM. Robin, Dupré, Richaud).

Vendredi 23 novembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, Necker) : MM. Terrier, Gosset, Proust.

Samedi 24 novembre. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Chantemesse, Gouget. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) : MM. Hutinel, Thiroloix, Jeanselme. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

MISSION. — M. Auguste Chevalier, docteur ès sciences, vient d'être chargé d'une très importante mission de botanique forestière sur la Cote d'Ivoire.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 28 au samedi 3 novembre 1906, les naissances ont été au nombre de 900, se décomposant ainsi : légitimes 682, illégitimes 218.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 837, savoir : 430 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 9. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0 — Variole : 0. — Rougeole : 2 — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 5 — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 190. — Tuberculose des méninges : 10. — Autres tuberculoses : 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 45. — Maladies organiques du cœur : 51. — Bronchite aiguë : 10. — Bronchite chronique : 10 — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 40. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 35. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 7. — Cirrhose du foie : 19. — Néphrite et mal de Bright : 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 7. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 15. — Débilité sénile : 38. — Morts violentes : 29. — Suicides : 9. — Autres maladies : 139. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : légitimes 50, illégitimes 19.

MÉDECIN DU PALAIS DE JUSTICE. — Le préfet de la Seine vient de nommer le Dr Delfau, ancien interne des hopitaux, médecin de l'asile des convalescents de Vincennes, expert près le tribunal civil, médecin du Palais de justice, en remplacement du docteur Ch. Floquet.

MONUMENT HANOT. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du Dr Victor HANOT, par ses élèves et ses amis, aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine (cour d'honneur) le dimanche 25 novembre 1906 à 10 h. 1/2 précises du matin, sous la présidence de M. le Professeur Gilbert.

LA NOUVELLE PROMOTION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* publie la liste des affectations des nouveaux médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe sortant de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce. Presque tous sont versés dans le service hospitalier pour y compléter d'abord leur instruction pratique.

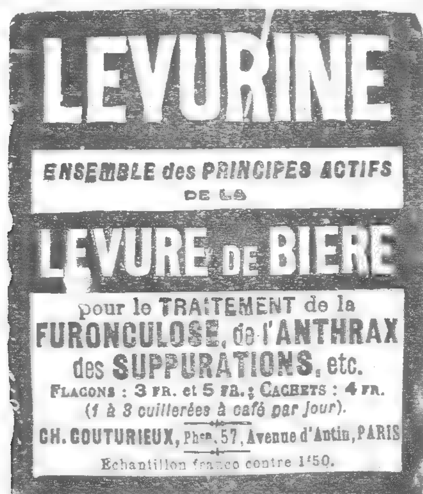
PAVILLON D'ISOLEMENT AU VAL-DE-GRACE. — Depuis longtemps, les médecins militaires se plaignaient de l'insuffisance des locaux affectés au traitement des militaires atteints de maladies contagieuses. Après enquête, la construction, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, d'un pavillon d'isolement vient d'être décidée. La service du génie met en adjudication les travaux de construction de ce pavillon dont le devis s'élève à environ 300,000 francs.

EXEMPLE A IMITER. — Notre ami le Dr BIHOREL, récemment décédé à Mantes, a légué à la commune de Bréval une rente annuelle de 300 francs qui sera allouée à un ménage d'ouvriers mis dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins, et une rente annuelle de 100 francs, attribuée aux deux écoles communales laïques et destinée à récompenser et encourager les deux élèves les plus méritants.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr RABOT, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; de M. J. CHASSEVANT, pharmacien de 1re classe, père de M. Allyre Chassevant, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr BANZET, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNEE. 3e SERIE. T. XXII. N° 47. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 24 NOVEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

L'Art de formuler (1) (*Suite*) ;

Par le Pr POUCHET,
Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris.

ASSOCIATION DES MÉDICAMENTS.

Après avoir passé par une phase exagérée dont témoigne la polypharmacie des anciens, l'association des médicaments traversa une phase de réaction due à ce que l'observation avait mis en évidence la diminution de l'influence exercée par les éléments composants ou, au contraire, la formation de produits nouveaux d'une activité dangereuse. Ces faits montrent encore une fois la nécessité d'une étude approfondie des substances médicamenteuses ainsi que de leur action, afin de prévoir la nature des réactions, tant chimiques que pharmaco-dynamiques, résultant de divers mélanges. Une observation attentive a prouvé que l'association des médicaments jouissant de propriétés pharmacodynamiques très semblables, permettait d'obtenir, sans inconvénients, une somme d'effets supérieurs à celle que l'on pouvait obtenir en utilisant séparément chacun d'eux; on pourrait presque dire que les effets utiles s'ajoutent seuls : il en est ainsi de l'association des toniques, des purgatifs, des antiseptiques, des hypnotiques, des antithermiques-analgésiques.

Mais les progrès réalisés dans la connaissance des substances médicamenteuses ainsi que de leurs propriétés pharmacodynamiques ont permis de rechercher, dans l'association des médicaments, la possibilité d'obtenir des résultats des plus importants au point de vue de la thérapeutique : 1° augmenter l'action; 2° diminuer, prévenir ou même détruire une action trop irritante; 3° obtenir en même temps l'effet de deux ou plusieurs médicaments; 4° obtenir un médicament nouveau dont l'effet ne pourrait être réalisé par aucun des composants employé isolément; 5° imposer au médicament une forme appropriée.

1° *Augmenter l'action.* — Ce résultat peut s'obtenir par le mélange de diverses formes pharmaceutiques d'une même substance (décoction, teintures, extrait); en associant des médicaments de même genre (toniques, purgatifs, antiseptiques, hypnotiques, antithermiques, analgésiques), sauf les stimulants que l'on a intérêt à ménager, l'influence stimulante s'usant plus vite et plus facilement que l'action sédative, ou souvent même, seulement en variant les diverses préparations d'un même médicament ou en employant successivement des substances possédant la même action pharmacodynamique fondamentale (hypnotiques), la variation lutte surtout contre l'influence de l'habitude; en ajoutant au médicament des substances de nature différente, n'exerçant sur lui aucune action, mais possédant le pouvoir de rendre l'organisme plus facilement impressionnable, en même temps qu'elles peuvent atténuer quelques effets fâcheux de ce médicament (opium et mercuriaux, opium et antimoniaux, jalap et ipéca, infusion aqueuse de rhubarbe et poudre de colombo); enfin, en ajoutant au médicament des substances capables de réagir sur lui de manière à modifier ses propriétés physiques ou chimiques (acides ou bases en présence de produits insolubles ou peu solubles, acide chlorhydrique et pepsine, etc.).

2° *Diminution ou suppression d'influence irritante.* — On peut y arriver en mélangeant le médicament à une substance augmentant ou diminuant sa solubilité et sa capacité de diffusion (corps gras avec certaines résines irritantes, séné avec anis et coriandre, aloès avec savon ou sel alcalin, sublimé avec chlorures alcalins, sublimé avec albumine ou gluten); en ajoutant au médicament une substance capable de préserver la muqueuse gastro-intestinale (ou même l'économie tout entière) contre son action offensive, ou bien capable de réaliser seulement la correction d'un effet secondaire (quinquina-fer-rhubarbe).

3° *Obtention simultanée de plusieurs effets.* — Ce résultat peut se réaliser en associant des substances produisant le même effet thérapeutique par des moyens différents (par exemple en sollicitant l'action purgative au moyen de médicaments provoquant les uns le péristaltisme, les autres l'osmose, d'autres la sécrétion des glandes annexes; en sollicitant la diurèse par des substances exerçant leur action les unes sur l'épithélium rénal, les autres sur la vitesse et la tension sanguines); en associant des médicaments à actions différentes,

(1) Extrait du *Précis de Pharmacologie et de matière médicale* qui paraîtra incessamment chez O. Doin, éditeur à Paris.

mais produisant des effets concourant au même but ou remplissant plusieurs indications (purgatifs et antispasmodiques, purgatifs et toniques, purgatifs et sudorifiques, éméto-cathartiques).

4° *Obtention par le mélange d'un effet ne pouvant être obtenu avec chacun des composants isolément.* — On arrive à ce résultat par l'association de médicaments doués de propriétés essentiellement différentes et n'exerçant les uns sur les autres aucune action chimique (la poudre de Dower est un exemple d'une pareille association); ou bien, au contraire, par l'association de substances réagissant les unes sur les autres et donnant naissance à des composés nouveaux ou séparant les principes actifs de l'une d'elles (pilules de sulfate ferreux et carbonate potassique, potion de Rivière, looch blanc, liniment oléo-calcaire, sulfate de zinc et acétate de plomb).

5° *Donner au médicament une forme appropriée.* — Soit pour faciliter son administration, soit pour assurer sa conservation, soit même pour tromper les malades sur la nature du médicament. L'emploi des correctifs édulcorants (sirops, sucre, miel), aromatiques (hydrolats odorants, huiles essentielles, alcoolats), antiseptiques (vins, alcools, éthers, etc.) répond à ces préoccupations.

Incompatibilités. — Il faut entendre par ce terme l'association de substances pouvant constituer un mélange défectueux quant à sa forme ou à ses résultats au point de vue pharmacodynamique. Il faut distinguer trois sortes d'incompatibilités : 1° pharmaceutique; 2° chimique; 3° pharmacodynamique.

1° *Incompatibilités pharmaceutiques.* — On peut les qualifier d'erreur de mécanisme. De pareilles incompatibilités se réalisent par l'association de substances ne se mélangeant pas, ou insolubles dans un véhicule donné, ou ne permettant pas de leur faire revêtir la forme pharmaceutique prescrite, ou incapable de développer leurs principes actifs lorsqu'elles sont placées dans certaines conditions. Par exemple : certains mélanges se fluidifient (camphre avec copahu, salol, etc.); il est impossible,en raison de réactions chimiques secondaires, d'argenter des pilules contenant du mercure ou de l'iode; le dégagement des principes actifs de la moutarde, des amandes amères, etc., ne s'effectue, en présence de l'eau, qu'à froid, il faudra donc éviter de mélanger ces produits à de l'eau bouillante, des acides, des liquides riches en alcool qui empêchent aussi la mise en liberté du principe actif en détruisant la diastase qui provoque sa formation. Les fautes de cet ordre sont infiniment plus préjudiciables à la réputation du médecin qu'à la santé du malade, à l'inverse de celles de la catégorie suivante qui peuvent déterminer chez ce dernier des accidents fort graves.

Incompatibilités chimiques. — Elles forment le groupe le plus important et englobent l'*antidotisme* dont il sera question tout à l'heure en même temps que de l'*antagonisme.* Comme résultats, ces incompatibilités peuvent donner lieu à des précipitations, des décompositions, voire des explosions. L'action chimique qui peut résulter de ces mélanges est susceptible de donner naissance à un composé actif, inactif ou toxique.

Aussi ces incompatibilités sont-elles fort importantes à connaître. Il faut se rappeler, pour les prévoir les lois de Berthollet relatives aux double-décompositions et à la mise en liberté des acides et des bases; se rappeler, en outre, que le mélange à des composés organiques riches en carbone (sucre, poudres végétales, charbon, etc.) de sels cédant facilement leur oxygène (chlorates, permanganates, bichromates, etc.) forme des mélanges détonants.

Bien qu'il faille considérer comme incompatibles toutes les substances dont le mélange peut donner naissance à un composé insoluble, il y a parfois indication d'utiliser de semblables mélanges qui subissent dans l'organisme des modifications les rendant capables d'être absorbés. Il ne faut pas oublier, en effet, que les réactions dans l'organisme sont, sur beaucoup de points, très différentes de celles que l'on peut observer dans les laboratoires et que ce que l'on est réduit, pour le moment tout au moins, à appeler l'*activité vitale* des cellules, imprime à ces réactions une allure et des caractères qui les différencient très nettement. La formation d'un précipité n'empêche pas toujours qu'un médicament agisse et l'on a même souvent recours à ce procédé pour atténuer l'action médicamenteuse immédiate et prolonger sa durée. Cela revient à dire que l'incompatibilité chimique n'entraîne pas toujours l'incompatibilité pharmacodynamique.

Il en est ainsi, par exemple, pour l'association des préparations ferrugineuses avec les médicaments tanniques, notamment le quinquina, pour l'association des médicaments tanniques avec les alcaloïdes, etc. La solubilisation lente de certains composés semble même être une condition indispensable de leur bonne utilisation.

A propos de ces incompatibilités chimiques, il faut également songer aux réactions (notamment par double-décomposition) qui peuvent se réaliser dans l'organisme par suite de l'ingestion d'un médicament après un autre, même après quelques jours d'intervalles. Ainsi, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur est incompatible avec l'administration, préalable ou postérieure, du calomel, aussi bien qu'avec l'application externe, même à quelques jours d'intervalle, de préparations mercurielles ou plombiques; l'administration de limonade tartrique, de sel de Seignette, de jus d'oranges ou de citrons doit être évitée pendant plus d'une semaine après l'administration d'oxyde blanc d'antimoine ou de kermès, sans quoi l'antimoine pourrait être solubilisé, ce qui se traduirait par des nausées et des vomissements. Ces phénomènes sont en rapport étroit avec le séjour plus ou moins long des divers médicaments dans l'organisme.

Principales incompatibilités. — 1. Acides et alcalis (Collutoire dit « alcalin » : borate de soude, bicarbonate de soude, glycérine).

2. Tannins et alcaloïdes :

a) Sirop de Gibert au quinquina.
Biiodure de mercure.
Iodure de potassium.
Eau.
Sirop de quiquina.

b) Potion au quinquina associée à un antithermique tel que antipyrine, pyramidon ou avec : extrait de quinquina, camphrorate de pyramidon, exalgine.

c) Extrait fluide d'hamamelis, extrait fluide d'hydrastis.

d) Incompatibilité absolue (d'ordre physique et chimique) entre antipyrine et tannin de la galle de chêne.

3. Tannin et sels de fer.

4. Sels de fer et mucilages.

5. Sels métalliques solubles et sulfures alcalins.

6. Albumine avec alcaloïdes, alcools, acides.

7. Albumine et sels de mercure solubles.

8. Matières organiques avec chlorates, permanganates, bichromates. (Acide chromique et alcool.)

9. Calomel avec : iodures, cyanures, acides, alcalins, alcalino-terreux et benzoate de soude du commerce.

10. Phosphate disodique et arséniate de soude en solution aqueuse avec sels d'alcaloïdes, strychnine, quinine.
11. Borate de soude en solution aqueuse avec sels d'alcaloïdes, notamment avec chlorhydrate de cocaïne.
12. Iodures alcalins avec paraldéhyde.
13. Aristol et iodoforme avec sels d'argent et sels de mercure.
14. Orthoforme avec azotate d'argent.
15. Sels à acides insolubles et acides forts, notamment le benzoate de soude (benzoate de soude et sirop de cerises).
16. Bicarbonate de soude en potion avec préparations galéniques renfermant des acides ou des alcaloïdes.
17. Antipyrine avec chloral ou salicylate de soude.
18. Iodures alcalins avec alcaloïdes ou glucosides.
19. Camphre avec phénol ou chloral.
20. Iode, brome, soufre avec composés ammoniacaux ou avec sels minéraux.
21. Fluorure d'ammonium ou de sodium avec eau de chaux.
22. Iode avec essence de térébenthine.
23. Persulfate de soude avec chlorures, bromures, iodures.
24. Ether qui renferme des peroxydes, décompose instantanément l'iodoforme (ce que l'on reconnaît à la coloration rougeâtre de la solution).
25. Teintures résineuses (bryone, eau-de-vie allemande) et solutions aqueuses.
26. Arséniate de soude avec sels de fer pour la préparation de vin de quinquina arsénio ferrugineux.
27. Sirop d'écorces d'oranges amères avec phosphate acide de chaux et mélanges commerciaux connus sous le nom de lactophosphates de chaux, chlorhydrophosphate de chaux (coagulation du sirop).
28. Phosphate disodique avec phosphate de potasse à parties égales (mélange déliquescent en paquets ou en cachets).
29. Iode (en dissolution dans iodure de potassium ou tout autre solvant) avec hyposulfite de sodium.
30. Hypophosphite de calcium avec chlorate de potassium, ou tout autre composé cédant facilement de l'oxygène (mélange détonant).
31. Iodol avec oxyde jaune de mercure (mélange détonant).
32. Emplâtre diachylon ou emplâtre simple avec pyrogalloll, chrysophanol, chrysarobine, acide salicylique.

Incompatibilités pharmacodynamiques.— Elles sont relatives aux effets opposés produits par les substances médicamenteuses. Pour prévoir ces effets, il est encore nécessaire de connaître aussi parfaitement que possible la façon dont l'organisme réagit vis-à-vis de telle substance médicamenteuse, en d'autres termes, d'être fixé sur l'action pharmacodynamique de chaque médicament en particulier. Dans ces conditions, il devient possible d'utiliser très avantageusement les propriétés de chaque substance et de réaliser des effets *correctifs* ou *antagonistiques* des plus précieux au point de vue thérapeutique.

Grâce à la mise en œuvre de ces incompatibilités convenablement choisies, on peut atténuer, et même, dans une certaine mesure, annuler les effets fâcheux d'un médicament, effets inutiles pour l'obtention du but thérapeutique que l'on se propose, tout en concervant ses effets avantageux. Par exemple : l'hyperhémie du cerveau et de l'oreille interne provoquée par l'acide salicylique peut être corrigée par l'intervention du seigle ergoté, la vaso-dilatation exagérée provoquée par le nitrite d'amyle peut être corrigée par la cocaïne, l'influence du chloroforme sur le myocarde peut être corrigée par la médiation de la morphine, de la spartéine, de la digitale, de l'atropine.

On peut arriver à réaliser une véritable compensation annulant, plus ou moins complètement, les effets inutiles et même fâcheux du médicament. (*A suivre.*)

HYGIÈNE SOCIALE

Du rôle des Congrès de salubrité de l'habitation ;

Par le Dr **L. BARD**.
Professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris (1).

Avant de clore définitivement nos travaux, le bureau a jugé utile et m'a confié le soin, en ma qualité de vice-président, de rappeler la signification générale de notre Congrès et de dégager les leçons que l'expérience de cette seconde session a pu nous donner.

Un accident, heureusement sans importance, m'a empêché de suivre les séances du Congrès avec toute l'assiduité que j'aurais désirée ; il me serait, par suite, difficile d'entrer dans le détail des diverses communications faites et des multiples vœux émis. La commission permanente vous fera connaître tout à l'heure les principaux, car, il lui serait impossible, comme à moi, de vous en faire une énumération complète devant le grand nombre des sujets traités.

Je me contenterai donc de quelques réflexions générales, et tout d'abord, si l'insalubrité des habitations exerce évidemment des effets nocifs très multiples, il n'en est pas moins vrai que ceux-ci présentent une dominante essentielle ; que le desideratum capital, au point de vue médical, est celui de la pureté de l'air qu'on y respire. On n'y pense pas assez, l'air est notre principal aliment. Nous absorbons 900 grammes d'oxygène par jour et cet aliment a besoin, comme les autres, non seulement d'être préservé de toute impureté toxique, mais encore de posséder certaines qualités, qui jouent le rôle de condiments, destinés à en rendre l'absorption plus large et l'assimilation plus facile.

Les dangers de l'impureté de l'air des habitations sont bien connus, c'est avant tout l'affaiblissement de la résistance de l'organisme, la création de dystrophies, qui préparent la voie à la tuberculose pulmonaire, le grand fléau des agglomérations humaines.

Par là, on a le droit de dire que le Congrès de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation est le Congrès de la tuberculose n° 2. Je ne sais pas trop pourquoi je dis n° 2, car il mériterait peut-être bien le n° 1, si l'on tient compte de ce fait certain que, à l'heure actuelle, les mesures qui assurent la salubrité des habitations sont les seules armes qui aient fait les preuves définitives de leur valeur parmi toutes celles qu'on a pu employer contre le développement de la tuberculose.

Par la connexité de leur but, le Congrès dit de la tuberculose actuellement réuni à La Haye et celui de l'habitation sont véritablement deux frères jumeaux. Le premier poursuit l'étude directe de la maladie, et, avec beaucoup d'illusions, je le crains, la recherche des procédés préventifs basés directement sur la domestication du germe. Le nôtre, au contraire, cherche à défendre le terrain, à placer l'organisme dans les conditions favorables à la résistance au virus ; domaine dans lequel, on peut le dire, des progrès importants ont déjà été réalisés, alors que, de l'autre côté, il n'y a encore que des espérances dont quelques-unes pourraient bien n'être que des chimères.

S'il m'était permis de dépasser quelque peu ma pensée pour la faire mieux comprendre, je dirais volontiers que ces deux Congrès, fils de la même famille hygiénique, ressemblent en quelque mesure à ces deux frères dont de nombreuses familles fournissent des exemples : l'un, plus instruit, plus brillant, ramasse tous les prix académiques, tous les succès de conservatoires, il est l'honneur de la famile, mais il en assied bien rarement la fortune ; l'autre, plus effacé, mais actif et labo-

(1) Discours prononcé à la clôture du IIe Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation, le 10 septembre 1906.

rieux, s'astreint aux besognes pratiques et assure l'avenir de tous les siens. Je vous laisse le soin de reconnaître dans ce tableau quel est le rôle du Congrès de la tuberculose et quel est celui du Congrès de l'habitation. C'est pourquoi, il me semble que les hygiénistes de marque ont tort de nous négliger ; ils devraient prendre garde qu'à poursuivre trop exclusivement leurs recherches théoriques, ils s'exposent à retarder les résultats utiles et pratiques que leur présence au Congrès de l'habitation aurait pu aider à dégager plus rapidement. La rivalité de la cigale et de la fourmi n'existe pas que dans les fables, à poursuivre des yeux la cigale brillante, on s'expose à négliger le travail patient de la fourmi.

Pour atteindre le but élevé qui lui est assigné, le congrès d'assainissement de l'habitation doit avoir comme caractéristique dominante la collaboration de tous les hygiénistes, celle des hygiénistes-médecins et celle des hygiénistes-techniciens, en réunissant sous cette rubrique architectes, ingénieurs et administrateurs sanitaires. Les médecins peuvent signaler le but à atteindre, les desiderata à accomplir, mais les techniciens sont seuls à même d'indiquer les moyens de les réaliser et d'aboutir aux résultats cherchés. Cette collaboration est d'autant plus nécessaire que si l'accord sur les principes généraux est facile, les difficultés commencent dès qu'on aborde les questions de détails pratiques et de réalisations effectives.

Dans cette œuvre commune, chacun de ces groupes apporte des qualités, mais aussi des défauts différents ; chacun connaît assez ses propres qualités, parlons plutôt de leurs défauts. Celui des architectes, au point de vue qui nous occupe, est de mettre l'art au premier plan, de perdre un peu de vue le but et la destination utilitaire et souvent d'employer le plus clair des crédits à la façade. Permettez-moi, pour illustrer cette tendance, de vous indiquer un souvenir personnel. Ceci se passait il y a une quinzaine d'années, alors que j'étais chef de laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon : dans le local destiné aux études microscopiques, de magnifiques fenêtres étaient enjolivées par des montants de pierre, verticaux et transversaux, qui arrêtaient la lumière dont nous avions le plus grand besoin. Nous demandâmes à l'architecte de supprimer ces montants de pierre et de les remplacer par d'étroits supports métalliques. Je vois encore l'expression de l'architecte, resté silencieux pendant tout notre exposé, et qui se contenta de nous répondre : « Coupez-moi plutôt le bras ! » de sorte que nous dûmes conserver à la fois les montants de pierre et l'obscurité !

Je ne séparerai pas les ingénieurs des architectes, bien que, d'une manière générale, les ingénieurs soient plus accessibles que les architectes aux préoccupations utilitaires.

C'est pour rechercher la conciliation de leurs intérêts contraires, que nous avons institué dans ce congrès une section destinée aux rapports de l'art et de l'hygiène de l'habitation. Nous ne pensons pas en effet que le problème soit insoluble ; les architectes du passé ont su faire des monuments religieux, des monuments militaires appropriés à leur destination ; il existe un art guerrier, un art religieux, pourquoi n'y aurait-il pas un art hygiénique ? ce doit être le rôle des architectes modernes de créer les formes nouvelles qui trouveront le moyen de concilier le beau et l'utile, de rester belles tout en devenant salubres.

Je ne crois pas que notre petite section ait tenu bien largement les espérances que nous fondions sur elle, mais à toute chose, il faut un commencement. Nous supplions le comité permanent de ne pas abandonner notre pupille et d'entourer, au contraire, cette section de soins d'autant plus délicats qu'elle est plus jeune et plus débile.

Les administrateurs sanitaires ont aussi leurs défauts. ils se préoccupent trop de l'harmonie des règlements, Ils tiennent trop à l'unité des formules ; et j'ajouterais aussi qu'ils ont trop le souci des économies, si je ne savais bien que ce défaut est moins le leur que celui de leurs commettants. L'harmonie des lois ou des règlements est peu de chose en elle-même, elle ne vaut que si la loi et le règlement sont applicables et appliqués, et le plus ordinairement ce n'est pas ce qui arrive. L'unité des formules est plus funeste, car les besoins sont forcément différents et les solutions doivent être mobiles et changeantes comme eux. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille multiplier au-delà de toute limite la diversité des règlements, à l'exemple de la dernière loi française sur la santé publique, dont le premier article proclame l'existence de 36.000 règlements sanitaires ! Assurément, tels n'en sont pas les termes, mais il est dit que chaque commune aura son règlement particulier, ce qui revient exactement au même. En principe, on laissait donc aux maires le soin de trouver la formule qui convenait à leur commune, ce qui eût engendré une confusion inexprimable ; en fait, on a eu recours à des règlements types, proposés aux maires à titre de conseils, et, passant d'un extrême à l'autre, les règlements généraux sont devenus presque les mêmes pour Paris et pour Fouilly-les-Oies.

Rassurez-vous, pour avoir réservé les médecins pour la fin, je ne les oublie pas. Il faut bien convenir qu'ils ont aussi leurs défauts et je signalerai les deux principaux. D'abord, ils versent trop dans l'idéalisme en matière d'hygiène : ils bâtissent volontiers leurs projets dans les nuages, et chacun sait que les nuages supportent tout parce qu'ils ne soutiennent rien.

En second lieu ils exigent des mesures dont les bases reposent souvent sur de simples et hâtives présomptions. Avant d'imposer, au nom de l'hygiène, des entraves aux libertés populaires, il est légitime de demander que les principes sur lesquels elles s'appuient ne soient pas de simples hypothèses, destinées à se dissiper aux premières recherches ultérieures.

Il y a assurément de très honorables exceptions au tableau que je viens de tracer, mais il n'en est pas moins exact, dans ses lignes générales ; il en résulte que, quel que soit le groupe d'hygiénistes auquel il se rattache, chacun a ses défauts à confesser et que par conséquent chacun doit être prêt à recevoir les conseils des autres ! Cette collaboration absolument nécessaire est la raison d'être principale du congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitation.

Toutefois, lorsque les trois groupes se réunissent, il ne faut pas croire qu'ils vont acquérir immédiatement la perfection idéale ; ils ajoutent d'abord à leurs défauts isolés quelques défauts collectifs, dont le principal, et le plus grave, est de ne pas se limiter à quelques vœux bien choisis et immédiatement réalisables, mais bien d'en émettre d'un seul coup quelque 150 ou 200, insuffisamment mûris et destinés à rester longtemps de simples espérances. Il serait assurément préférable d'aborder moins de questions pour en résoudre davantage et d'avancer plus lentement pour arriver plus vite. Le congrès devrait prendre pour règle de rester pratique pour être utile, de rester modéré pour être écouté.

Pour remplir le rôle qui lui incombe, le Congrès de salubrité de l'habitation devra se perfectionner en vieillissant, et pour cela profiter de toutes ses écoles, c'est-à-dire apporter dans son fonctionnement toutes les modifications que pourra suggérer l'expérience de chaque session. L'influence des milieux doit exercer sur lui, comme sur tous les organismes vivants, son influence éducatrice, et il appartient au Comité permanent de fixer ensuite dans l'hérédité les propriétés acquises qui en paraîtront dignes. Dès à présent, il me paraît possible de dégager de la session que nous venons de traverser quelques enseignements, pouvant être utiles à retenir pour l'organisation des Congrès, ultérieurs. Permettez-moi d'ajouter qu'à Genève nous sommes assez bien placés pour juger de la qualité et des défauts des congrès, car ils constituent ici une véritable endémie, contre la-

quelle nous ne demandons d'ailleurs aucune mesure prophylactique.

Les séances générales, les visites aux établissements locaux, les conférences populaires, me paraissent avoir fait, à des titres divers, leurs preuves d'utilité et mériter de passer dans l'héritage des congrès successifs.

Au fond, un congrès vaut surtout par ses séances générales ; quelques personnes vont même jusqu'à penser que les congrès devraient supprimer les communications particulières. Sans aller jusqu'à cet extrême, il importe de mettre au premier plan les séances générales, parce que c'est là seulement que l'on discute réellement ; on n'y aboutit pas toujours à des vœux définis, précisément parce qu'on en discute le texte avec ardeur, parfois même avec passion ; dans les sections, au contraire, on émet un très grand nombre de vœux précisément parce qu'on ne les discute guère. Toutefois pour que les séances générales rendent tous les services qu'on est en droit d'en attendre, il faut bien choisir les questions, les rapporteurs et même les présidents ; c'est à les préparer que les comités d'organisation devraient consacrer tous leurs soins, les sections se suffiront toujours à elles-mêmes.

L'importance des visites aux établissements locaux vient en seconde ligne ; c'est une erreur de croire qu'elles ne soient justifiées que lorsqu'il s'agit d'établissements modèles ; je pense tout au contraire que la visite d'un établissement insalubre peut aussi être très utile. Je me souviens de certaine exposition de Paris dans laquelle se trouvaient côte à côte une maison salubre et une maison insalubre, prises pour types, dans le but de mettre en relief leurs différences mêmes ; la visite de la maison insalubre était plus intéressante et plus convaincante que celle de la maison salubre, la première étant plus à même de faire toucher du doigt toutes les défectuosités à éviter.

Au cours de ces visites d'établissements locaux, toujours faites sous une direction autorisée, non seulement on échange immédiatement ses impressions, on cause familièrement, mais encore on rend directement service à la ville dans laquelle on se trouve, en mettant en relief les défectuosités de ses établissements et en poussant ainsi son administration à les combler. C'est une manière comme une autre de reconnaître son hospitalité et de faire contribuer directement les Congrès à l'amélioration des villes dans lesquelles ils se tiennent.

Les conférences populaires sont une innovation due à M. G. Fatio, suivant une idée très juste, celle d'intéresser la population tout entière à l'œuvre poursuivie par le Congrès. On l'a répété bien des fois, ici même, le concours de l'opinion publique est nécessaire pour obtenir les réformes que nous désirons ; dès lors il importe de la former, et pour *cela il* faut nous adresser directement à elle. Les conférences du soir étaient destinées à assurer cette expansion du Congrès au-dehors, et nul doute qu'elles y eussent réussi encore davantage, si elles avaient pu être annoncées plus longtemps à l'avance.

Enfin permettez-moi d'ajouter que le Congrès peut encore profiter de bien des manières de l'influence du milieu ambiant, et cette influence peut être précieuse lorsque, comme le nôtre, il se trouve réuni sur la terre suisse, au sein de la plus vieille et de la plus solide démocratie qui soit au monde.

Un premier point que vous avez dû remarquer, et qui je l'espère ne vous aura pas choqués, c'est l'absence dans nos réunions de tout protocole. Nous ne savons pas ce que c'est que le protocole, nous ignorons ses gênes comme ses enfantillages. Vous venez encore de vous en apercevoir, puisque l'on vient de vous annoncer qu'au banquet qui aura lieu tout à l'heure, seuls les délégués officiels des Etats étrangers trouveront leur place marquée, tous les autres quels que soient leur rang et leurs titres se placeront comme ils l'entendront, au gré de leurs affinités.

Le fait vous aura sans doute frappés davantage le jour de l'ouverture, quand M. le conseiller fédéral Ruchet, ancien, et certainement aussi futur président de la Confédération, a ouvert le Congrès comme président d'honneur, vous avez pu voir avec quelle simplicité et avec quelle affabilité. Le soir, il assistait à toute la réception du palais Eynard, à l'admirable conférence de M. Guillaume Fatio, confondu au milieu des congressistes.

De même vous avez pu voir Mme Ruchet suivre nos séances, prendre une part active aux travaux du Congrès, sans que jamais ni l'un ni l'autre n'ait occupé de place spéciale ou réclamé d'attention particulière. Et notez-le bien, le fait est d'autant plus significatif que les conseillers fédéraux sont non seulement les ministres d'aujourd'hui, mais encore les ministres d'hier et de demain, car il n'y a presque pas d'exemple d'un conseiller fédéral dont les fonctions n'aient pas été renouvelées aussi longtemps qu'il a bien voulu en assumer la charge. Elus par l'Assemblée nationale pour toute la durée de ses propres pouvoirs, les conseillers fédéraux sont régulièrement réélus par l'assemblée suivante de la même manière. Aussi, il y a quelques années, a-t-on pu, à Berne, accompagner à sa dernière demeure un conseiller fédéral mort dans l'exercice de ces fonctions qu'il occupait depuis trente années consécutives. Vous penserez avec moi que cette marque d'estime et de confiance que le peuple suisse accorde aux chefs qu'il se donne vaut bien les honneurs protocolaires dont on entoure ailleurs des ministres éphémères.

C'est dans cet esprit que, contrairement aux usages habituels des Congrès, nous avons omis à la séance d'ouverture de désigner la longue liste accoutumée des présidents d'honneur, car quel honneur peut bien conférer l'inscription sur une liste illimitée et toujours ouverte ?

Nous avons renoncé à cette coutume et nous aurions dû renoncer en même temps à celle de faire présider les sections à tour de rôle par les délégués étrangers présents. Je ne crains pas de le dire, c'est une lourde faute. Pour qu'une section fournisse toute l'activité et tous les résultats dont elle est susceptible, il faut qu'elle soit dirigée par un président unique, la suivant du commencement à la fin, avec le sentiment de sa responsabilité, qui ne peut résulter que de l'exercice d'une autorité sans partage. Quand les présidents se succèdent à tour de rôle, il n'y a plus de président. J'attire sur ce point l'attention des comités futurs ; les kyrielles de présidents d'honneur sont sans utilité, mais elles ne gênent pas, tandis que la multiplicité des présidents dans les sections ou dans les séances générales est essentiellement nuisible.

Un second point, que vous avez sans doute aussi remarqué, c'est l'intérêt que le congrès a soulevé dans les rangs de la population genevoise. Sur 500 à 600 membres inscrits, 200 sont genevois ; croyez-vous que si le congrès se fût réuni dans une ville française ou allemande de la même importance, il eût trouvé une proportion pareille d'adhérents locaux ? Je n'en suis pas convaincu, ou plutôt je suis absolument convaincu du contraire. La population genevoise place très haut ses devoirs envers sa petite patrie, et envers sa plus grande patrie qui est l'humanité ; là est le secret de l'accueil qu'elle réserve à tous les congrès, accueil d'autant plus méritoire qu'il en vient beaucoup chez elle, comme vous le savez bien. Le nombre des adhérents, l'affluence populaire aux conférences générales, n'en sont pas les seuls témoignages ; vous avez encore tous présents à l'esprit, et je n'insisterai pas pour ne pas blesser la modestie de notre collègue, l'admirable réception qui nous a été faite par M. G. Fatio. Je tiens à dire, ce qui ne diminuera en rien votre reconnaissance envers lui, que je suis convaincu qu'il a fait cette réception non seulement par suite de son zèle et son dévouement pour les choses de l'habitation, mais encore et peut être surtout parce qu'il considérait ce rôle comme l'accomplissement de l'un de ses devoirs de genevois ; son acte de civisme n'est d'ailleurs pas isolé,

car à tout congrès qui se réunit ici il se trouve un genevois pour faire, sous une forme ou sous une autre, quelque réception analogue. On dirait vraiment que la nature elle-même subisse cette influence, à voir comment cette année le soleil et le Mont-Blanc ont eux-mêmes fait les honneurs du pays avec une ténacité extraordinaire pour la saison !

Les étrangers qui traversent Genève en touristes, de la gare au pont du Mont-Blanc, ne se doutent guère des caractères particuliers de sa population, tandis qu'il suffit d'entrer en contact avec elle, pendant les quelques jours d'un congrès, pour se convaincre que les qualités intellectuelles et morales des Genevois sont à la hauteur des beautés naturelles de leur lac et de son cadre de montagnes.

Je suis particulièrement à l'aise pour parler librement de ces qualités et pour leur rendre l'hommage qu'elles méritent, puisque, appelé du dehors par la confiance du gouvernement de la République de Genève pour occuper une des chaires de son Université, on ne saurait m'accuser ni d'orgueil patriotique, ni de parti pris nationaliste ; tout au plus pourrait-on me soupçonner de suggestion, quand on connaît la puissance d'assimilation qu'exerce cette admirable cité sur tous ceux qui ont eu le privilège d'être admis dans son intimité.

Il est permis de dire que le congrès de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation s'est présenté au monde sous les plus heureux auspices : né à Paris, la ville de toutes les lumières, il s'est définitivement internationalisé à Genève, dont le nom évoque tout un passé de gloire réformatrice dans divers domaines, tout un présent de rayonnement intellectuel et moral, hors de proportion avec l'exiguïté de son territoire ; le congrès ne pouvait souhaiter autour de son berceau de meilleures fées protectrices que ces deux cités. Il est juste d'y voir le gage des fécondes destinées que nous lui souhaitons tous, dans l'intérêt supérieur de la santé et du bien-être de l'humanité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Encore la réforme de l'enseignement médical.

Le Congrès des praticiens, qui se réunira vraisemblablement en avril 1907, mettra en tête de son ordre du jour l'étude de la réforme de l'enseignement médical. Le Comité d'organisation du Congrès est constitué sous la présidence de M. le Dr Dubuisson, député du Finistère ; il a choisi M. le Dr Leredde, comme secrétaire général. L'autorité dont jouit le premier dans le corps des médecins praticiens, l'activité intelligente du second sont des gages de succès pour l'œuvre entreprise.

Au cours de la première séance du Comité d'organisation, M. le Dr Lepage, représentant de l'Association des médecins de France, partisan convaincu des réformes, a fait remarquer que le mal est assurément indéniable, mais que même à Paris il n'est pas aussi grand que les polémiques passionnées permettraient de le croire. Il ne pense pas, a-t-il affirmé, qu'il est possible de mieux organiser l'enseignement clinique de l'obstétrique au point de vue pratique que ne l'ont fait, à la faculté de Paris, les deux professeurs d'accouchements actuels. A quoi M. le Dr Coppens, de Lille, a répliqué qu'il n'avait jusqu'à ce jour entendu citer que ces deux exemples.

Il faudrait qu'une fois pour toute l'on fût bien convaincu, dans le monde administratif, que les praticiens qui mènent la campagne pour les réformes de l'enseignement médical, ne s'attardent pas à une misérable question de personnalités, qu'ils respectent et honorent ceux qui leur ont appris l'art médical, tout comme s'ils eussent prêté réellement le serment d'Hippocrate. Ils ne s'attaquent pas aux hommes, mais au système.

L'enseignement pratique de l'obstétrique est admirablement organisé à la Faculté de Paris. Certes, cela fait grandement honneur aux professeurs Budin et Pinard qui sont parvenus à ce résultat, mais cette constatation, et quelques autres analogues que l'on pourrait ajouter, sont des arguments irréfutables contre le manque d'organisation pratique du reste de l'enseignement.

Pourquoi les autres professeurs n'ont-ils pu ou voulu en faire autant ? Pourquoi a-t-on refusé à ceux qui désiraient faire de l'enseignement pratique, c'est-à-dire remplir leur devoir, les crédits indispensables ?

De tous côtés nous trouvons les preuves indiscutables de l'esprit étroit qui a présidé à l'enquête administrative sur la façon dont sont dirigées les études médicales. L'Administration n'a pas daigné étendre sa consultation jusqu'aux écoles de médecine et de pharmacie. Pourquoi ?

Dans le discours prononcé par M. le Pr Langlet, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Reims, publié par *l'Union médicale du Nord-Est* (15 nov. 1906) nous lisons :

Une grande enquête est en ce moment ouverte devant l'opinion publique sur la façon dont sont dirigées les études médicales. Les étudiants, les professeurs, la presse, les syndicats médicaux, donnent leur avis. Il y a là pour celui qui a suivi ce mouvement d'intéressantes choses à relever.

L'Université s'est émue; et M. le ministre a provoqué l'avis des Facultés (*celui des Ecoles de médecine et de pharmacie a paru négligeable*). L'enquête à laquelle cette consultation a donné lieu vient d'être publiée. Dans la plupart des Facultés, on a bien étudié les causes du malaise qui nous préoccupe, *on n'en a pas toujours indiqué le remède*. On voit cependant apparaître comme possible le retour au système ancien de fractionnement des études qui, par des examens de passage, permettait de suivre chaque année le travail de l'élève et qui l'obligeait à garder jusqu'aux examens définitifs le souci des connaissances générales acquises dans le cours de la période scolaire.

Un de mes excellents camarades d'autrefois, aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon, comparait, dans un rapport à ses collègues, le régime actuel à « une indéfinie course d'obstacles ne laissant après chacun d'eux que la terreur rétrospective du mur une fois franchi, mais pas du tout la notion du pourquoi il fallait le franchir. Pourquoi était-il là posé en travers du chemin ! Peu importe dorénavant, il est franchi, on n'y pensera plus.

Cette critique est fort juste, il est grand temps que les examens de médecine ne soient plus considérés comme des obstacles à franchir semés sur la piste d'une course hasardeuse.

Il est temps, puisque la critique a dit son dernier mot, qu'on songe à relever l'édifice archaïque de notre enseignement médical qui s'effondre. Puisqu'il est reconnu que des tentatives d'enseignement pratique ont donné les meilleurs résultats, il n'y a pas d'argument valable à opposer aux demandes de réformes sérieuses et pratiques.

L'exercice de la médecine est celui d'un art, il faut que l'enseignement soit avant tout technique et professionnel. Que penserait-on d'un ingénieur qui ne serait qu'un savant mathématicien, d'un architecte qui n'aurait que les qualités d'un dessinateur habile, d'un avocat ignorant des affaires et de la procédure, qui bornerait ses connaissances à une science approfondie du droit romain !

Il faut que les écoles de médecine soient des écoles professionnelles et c'est pour cela que les médecins qui exercent, eux qui connaissent bien les lacunes de l'enseignement qu'ils ont reçu, enseignement mal approprié aux besoins de leur pratique médicale, aient voix au chapitre dans l'étude des réformes ; elles ne sauraient, sans leur concours, être vraiment utiles.

J. Noir.

Ouverture de cours.

Conférence de Pathologie externe,

M. MORESTIN, agrégé.

Plaies pénétrantes de poitrine.

L'étude des traumatismes de la poitrine nous montre à chaque pas l'importance des trois complications suivantes : l'hémathorax, l'emphysème traumatique, le pneumothorax. La leçon d'ouverture est consacrée à l'étude de l'*hémothorax* dans les plaies pénétrantes de la poitrine.

Le sang peut venir de deux sources : il peut être dû à la blessure d'une artère de la paroi thoracique : artère intercostale, mammaire interne, mammaire interne accessoire, ou du poumon même. Dans ce dernier cas, le sang est tantôt dû à une blessure des gros vaisseaux du pédicule pulmonaire, tantôt à la rupture des vaisseaux, des bronchioles et des alvéoles. L'hémothorax par blessure des vaisseaux du hile n'a aucun intérêt clinique, car la mort survient très rapidement après l'accident et aucun secours de l'art n'est possible.

Heureusement, ces blessures graves sont rares dans la pratique civile, et d'habitude il s'agit d'un hémothorax pulmonaire provenant de la blessure des vaisseaux, des bronchioles et des alvéoles. Aussi, n'a-t-on affaire, le plus souvent qu'à *des petits épanchements*. J'insiste sur ce point : les hémothorax d'un litre et plus sont l'exception, ce qu'on voit le plus souvent, ce sont des épanchements de 200 à 300 gr. Ce fait d'observation a une grande importance clinique, il légitime la conduite des nombreux chirurgiens qui prêchent l'abstention dans la majorité des cas d'hémothorax. Nous reviendrons sur ce point.

Que devient le sang épanché dans la plèvre ? Trousseau et Leblanc ont, les premiers, en 18.9, essayé de résoudre expérimentalement ce problème : ils ouvrirent la jugulaire d'un cheval et en firent couler le sang dans la cavité pleurale de l'animal ; toujours ils virent le sang se coaguler instantanément. Depuis, Ch. Nélaton, Bartholi, ont confirmé les expériences de Trousseau. Et pourtant tous les chirurgiens qui ont ponctionné ou incisé des hémothorax savent que parfois, on retire de la poitrine du sang *liquide*, deux ou trois jours même après l'accident. Aussi, en Allemagne, à la suite des expériences de Pagenstecher, de Riedel, professe-t-on une opinion tout à fait contraire : la plèvre retarderait au contraire la coagulation, et dernièrement Milian a pu constater sur un malade de M. Tuffier que, non seulement, le sang restait liquide pendant quelques jours, mais encore il restait vivant, les globules n'ayant pas subi la moindre altération.

On le voit, la question est loin d'être résolue ; peut-être n'a-t-on pas assez tenu compte dans les expériences de l'*état de la plèvre* ; la plèvre absolument saine empêche, cela est certain, la coagulation ; mais l'épanchement se fait souvent dans des plèvres malades, avec des adhérences, etc., et dans ces cas, il se peut que la coagulation se fasse rapidement, peut-être même instantanément. Enfin, les mouvements de va-et-vient du poumon défibrinent peut-être le sang, et l'empêchent ainsi de se coaguler.

Quoi qu'il en soit de ces théories, le sort du sang épanché, qu'il soit ou non coagulé, est différent selon les cas : le plus souvent lorsque l'hémothorax est petit et que la blessure de la paroi et du poumon est aseptique, l'épanchement s'enkyste et se résorbe à la longue ; mais s'il y a infection, alors l'hémothorax suppure, la plèvre réagit aussi, se couvre de fausses membranes, secrète un abondant exsudat et on assiste à l'évolution longue et pleine d'aléas d'une pleurésie purulente à grand épanchement. Au point de vue clinique, il y a lieu de distinguer deux périodes. Au moment même de l'accident, les phénomènes, même si l'hémothorax n'est pas abondant, ont une allure très dramatique. Le blessé est dans le collapsus, le pouls est petit, la face pâle, la respiration courte, les extrémités froides. A ce moment, tous les efforts du clinicien doivent tendre à procurer au malade *le repos absolu*, c'est l'indication la plus impérieuse. Eloigner impitoyablement le sergent de ville qui veut conduire le blessé à l'hopital, le prêtre qui veut l'administrer, les parents qui veulent l'embrasser : veiller à ce que le malade reste étendu, dans le calme, et que rien ne gêne la respiration.

Puis, quand le blessé revient à lui, on est autorisé à le transporter et à l'examiner ; mais même à ce moment l'examen sera sommaire, on fera le moins d'investigations possible.

Avant que Corvisart et Laënnec aient introduit la pratique de la percussion et de l'auscultation en clinique, le diagnostic de l'hémothorax n'était fait que dans les rares cas de blessure large, d'où s'écoulait à chaque mouvement respiratoire un jet abondant de sang ; ou lorsqu'il existait une abondante hémoptysie. On accordait alors une grande importance à un signe décrit par Valentin : cet auteur avait remarqué que, dans les jours qui suivaient un traumatisme grave du poumon, apparaissait parfois, le long du carré des lombes, une ecchymose qui descendait jusqu'à la fesse. Il serait puéril d'attendre aujourd'hui ce signe pour se prononcer ; la percussion, l'auscultation, au besoin une ponction aspiratrice sont des moyens autrement sûrs.

La conduite à tenir dans les cas d'hémothorax a été et est encore très discutée, et il n'y a pas de doctrine établie. Autrefois, les chirurgiens se divisaient en deux groupes : les uns suivaient la pratique d'Ambroise Paré, et ouvraient la poitrine pour vider le sang ; les autres suivaient la pratique de Larrey et fermaient au contraire la plaie. Nélaton, père, érigea comme règle de fermer la plaie et de n'intervenir après, que s'il y avait des menaces d'asphyxie : en ce cas, il conseillait de ponctionner la plèvre. Omboni, de Crémone, ayant à traiter un malade atteint de plaie pénétrante, fit une large thoracotomie et ligatura les plaies du poumon. Depuis, quelques chirurgiens l'ont suivi dans cette voie. Ces interventions directes sont assurément brillantes, mais les résultats sont déplorables. Aussi suis-je heu-

reux de pouvoir vous donner les résultats de ma pratique personnelle qui est relativement considérable. J'ai eu à traiter de nombreux cas d'hémothorax traumatique ; dans *aucun cas je ne suis intervenu* ; je me suis toujours contenté d'aseptiser la plaie, de faire un pansement occlusif et de mettre mes malades au repos absolu. Tous mes malades ont guéri. Peut-être qu'avec le progrès de la chirurgie opératoire du thorax, avec la vulgarisation de l'emploi des chambres pneumatiques, ma conduite serat-elle tout autre à l'avenir ; en attendant, lorsque vous aurez à soigner des plaies pénétrantes du poumon, dans votre clientèle de ville ou de campagne, où les interventions compliquées sont difficiles à réaliser dans de bonnes conditions, mettez les malades au repos, abstenez-vous de débridement, de ligaturer ou de suturer le poumon, les résultats ne seront pas plus mauvais que si vous faisiez des interventions hasardeuses, bien au contraire. CATZ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 novembre 1906.

Examen physico-chimique du liquide péritonéal.

MM. ISCOVESCO et MERCIER-VINARD. — Chez une malade atteinte depuis 3 mois de péritonite chronique enkystée à foyers multiples avec tuberculose pulmonaire cavitaire, morte 15 jours après l'accouchement, les auteurs ont vu à l'autopsie, dans le péritoine, des amas fibro-caséeux multiples agglutinant les anses intestinales qui baignaient dans un liquide verdâtre, trouble, riche en fibrine. Ce liquide dialysé présente aux différents étages des globulines différentes. Les premières qui précipitent sont électro-positives ; il y a dans l'organisme des protéides de signes différents, permettant d'admettre des phénomènes d'association ou de dissociation protéique importants pour le métabolisme cellulaire.

Passage de l'argent colloïdal dans les viscères.

MM. GOUPIL et HENRI, après l'injection intra-veineuse de l'*argent colloïdal électrique à petits grains*, l'ont retrouvé dans la bile, le suc pancréatique et l'urine ; au contraire, même après cinq heures, les auteurs ne l'ont pas retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien; il faut pratiquer l'injection intra-rachidienne de cet agent ainsi que l'ont indiqué MM. Widal et Dopter.

Centre nerveux d'animaux enragés.

M. MANOUÉLIAN a trouvé chez des animaux atteints de rage à virus fixe, des corpuscules extrêmement petits intra et extra-cellulaires dans la corne d'Ammon et dans l'écorce cérébrale.

Placenta et mercure.

MM. LOUISE et MONTIER étudient l'action du mercure phényle sur la syphilis et le mode d'action de ce corps. Sur une chèvre pleine injectée plusieurs fois, ils ont recueilli chevreaux et placenta. Le mercure dosé a donné pour le placenta 1 milligr. 1/2 et pour les chevreaux 1/2 milligramme. La méthode de dosage très précise permet d'apprécier la fonction d'arrêt du placenta et l'efficacité du traitement maternel sur les petits hérédo-syphilitiques.

Antitoxine et précipitine.

MM. WEIL-HALLÉ et LEMAIRE démontrent que l'action de l'antisérum sur un sérum antitoxique produit un précipité qui entraîne par collage une partie de la substance antitoxique. Les variations de quantité dépendent de l'intensité des précipitations. Le précipité peut être débarrassé d'antitoxine par un lavage prolongé. L'eau du lavage devient ainsi très antitoxique et pourrait peut-être, ramenée à l'état d'eau physiologique, servir en injections à assurer l'immunité passive plus persistante, tout en restant dépouillée probablement d'influences nocives accessoires.

Influence du régime sur la toxicité des essences.

M. CAMUS a vu les animaux bien nourris résister davantage à l'influence toxique de l'alcool et des essences, et leurs cellules hépatiques moins altérées ; la résistance a aussi été plus durable.

Intoxication biliaire expérimentale.

MM. L. BERNARD et BÉJARD injectent de la bile de bœuf stérilisée à des cobayes et examinent les lésions des capsules surrénales différentes suivant que l'intoxication est aiguë ou chronique. Il y a des hémorrhagies plus abondantes dans les cas aigus, des modifications cellullaires traduisant une excitation fonctionnelle, de nature dégénérative ; dans les cas chroniques, les lésions sont surtout localisées à la couche fasciculée.

Inoculations intra-vasculaires de bacilles de Koch.

MM. L. BERNARD et SALOMON ont contaté que la ligature de l'uretère n'a pas d'influence sur la localisation rénale des bacilles de Koch inoculés par voie sanguine. L'influence tuberculeuse des reins n'en est pas modifiée et il n'y a pas prédilection pour le rein ligaturé.

Séance du 17 novembre.

Culture en tube étroit.

M. G. ROSENTHAL montre l'importance du diamètre du tube sur l'obtention de cultures aérobies et anaérobies. L'anaérobie croît plus facilement si le tube est plus étroit.

Ascite graisseuse.

M. R. GAULTIER ayant constaté au cours des affections du pancréas la lipémie seule, ou la lipurie, parfois les deux, se demande si cet état spécial du sang et des urines n'était pas dû à un déficit pancréatique ; souvent il y a en même temps glycémie et glycosurie.

L'auteur présente un cas d'ascite graisseuse sans lésions du canal thoracique, ni rupture des vaisseaux chylifères, ni foyer purulent en voie de désintégration graisseuse, en un mot une ascite où l'épanchement se produit avec ses caractères d'émulsion graisseuse ; aussi pense-t-il qu'il pourrait s'agir d'une modification des graisses du sang dépendant d'un trouble fonctionnel du pancréas, d'une sorte de diabète graisseux analogue au diabète sucré où la lipémie remplace la glycémie, la lipurie, la glycosurie ; l'ascite graisseuse, l'ascite sucrée, le diabète graisseux dépendant d'une altération du pancréas que l'examen microscopique vérifiait anatomiquement.

Influence de la saignée séreuse sur la formule sanguine.

M. F. MONTIER conclut que les variations quantitatives des globules rouges suivent la concentration et la dilution sanguines. Après la ponction il y a hyperglobulie, si la pleurésie s'accroît : il y a hypoglobulie quand la guérison approche, et si le liquide est de nature hémorrhagique. La saignée séreuse reste sans influence sur l'équilibre leucocytaire.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1906.

La dysenterie.

A propos de la communication de M. WIDAL, le Pr CHANTEMESSE étudie la bactériologie de la dysenterie. La division ancienne en dysenteries épidémiques, endémiques, dysenterie des pays chauds ou dysenterie nostras n'a plus sa raison d'être Mais au point de vue des complications, il est certain que la dysenterie des armées en campagne, la dysenterie épidémique des pays européens, ne provoque que très rarement les abcès du foie, tandis que ces abcès sont très fréquents dans la dy-

senterie de certains pays chauds. Ils sont fréquents et ils ont un aspect anatomique très particulier.

On sait, aujourd'hui, que la dysenterie qui entraîne si souvent des suppurations du foie est due à la présence d'une variété spéciale d'amibes. Le sang de ces patients n'agglutine pas le bacille dysentérique.

A côté de la dysenterie amibienne, il y a la dysenterie bacillaire. Celle-ci se propage souvent sous la forme épidémique et le sang des malades atteints de cette variété de dysenterie agglutine le bacille dysentérique.

Comme l'a dit M. Lancereaux cette dysenterie de nos pays, dysenterie bacillaire, amène aussi parfois, quoique très rarement, des suppurations hépatiques. M. Chantemesse en présente un exemple des plus remarquables. Le microbe trouvé dans l'abcès du foie, les ganglions du mésentère et les ulcérations intestinales est identique au bacille de la dysenterie décrit par M. Chantemesse et Widal dès 1888. Leur travail sur ce point spécial a été complété par les progrès de la technique, mais les données essentielles furent entièrement confirmées.

Les épidémies en France.

En présentant son rapport annuel sur les épidémies, le Prof. Chantemesse montre la nécessité d'un enseignement pratique de l'hygiène. Cet enseignement nouveau est indispensable aux directeurs des bureaux d'hygiène. Les attributions de ces directeurs sont délicates et considérables. Assez bien organisé dans plusieurs facultés de province, où il confère même un diplôme spécial, cet enseignement manque encore à Paris. M. Chantemesse poursuit activement sa création.

La lutte contre le cancer (suite).

M. Hallopeau montre le rôle des lésions syphilitiques dans le cancer de la langue. Un traitement précoce avant l'apparition des leucoplasies si tenaces et résistant au traitement spécifique est nécessaire. Les cautérisations au nitrate de mercure, les pastilles renfermant chacune un milligramme de sublimé (10 à 15 par jour) sont les meilleurs topiques locaux. Le rôle du tabac semble, au contraire, avoir été quelque peu exagéré.

Le Pr Cornil montre tout l'intérêt qu'offrirait l'étude anatomique du cancer dans un laboratoire bien organisé, tenu au courant de l'avenir des malades opérés. Ce laboratoire devrait être ouvert à tous, aborder également les recherches bactériologiques et expérimentales. Nombre de questions très importantes sur le degré de malignité des diverses tumeurs, sur les variations de malignité suivant le siège, l'âge, le terrain, sur les modes de récidive et de généralisation, pourraient être ainsi tranchées.

M. Cornil approuve donc de toutes ses forces la création d'un Institut spécial, réclamé par le Pr Poirier.

(La création de cet Institut semble, d'ailleurs, en pleine voie de réalisation. En dehors de la belle souscription du Dr de Rothschild, le total des sommes reçues depuis quinze jours dépasse 160.000 francs.) A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre.

Paralysie bulbaire chronique progressive d'origine diphtérique.

MM. Siredey et Tinel ont présenté un homme de 24 ans atteint d'atrophie considérable de la langue avec tremblements fibrillaire, de paralysie laryngée presque complète et d'atrophie des cordes vocales ; ces troubles. survenus progressivement, reconnaissent pour cause une diphtérie grave pharyngo-laryngée dont était affecté le malade il y 12 ans.

La paralysie du voile immédiate a disparu, mais la paralysie laryngée a été en s'accentuant ; les symptômes linguaux sont survenues longtemps après et actuellement on note, outre les manifestations laryngées et linguales, une légère parésie des lèvres du côté droit, et une diminution sensible de l'audition. Il semble donc qu'on se trouve en présence d'une lésion progressive des noyaux bulbaires qu'on peut logiquement rattacher à l'intoxication diphtérique.

Formes amibiennes trouvées dans le sang d'un malade atteint de diarrhée de Cochinchine.

M. Lemoine (Val-de-Grâce) a trouvé dans le sang de ce malade pendant la vie un organisme, une amibe mobile hématophage de 8 à 10 μ de grosseur, se différenciant par son volume de l'amibe dysentérique, et de l'hématozoaire de Laveran par l'absence de flagelles, de pigment, de mouvements du contenu granuleux. A l'autopsie aucune lésion du gros intestin.

Le malade n'a jamais eu de paludisme et ses organes n'en présentent pas les lésions. On est par conséquent autorisé à admettre un agent pathogène spécial, ce qui est confirmé d'ailleurs par la coloration. Non coloré par la méthode Romanowsky, l'amibe n'apparaît bien nettement qu'après immersion de 48 heures dans le Giemsa à 1/30. Sa coloration gris-bleuté le distingue du globule blanc avec lequel on pourrait le confondre à l'état frais. Cette distinction est importante depuis qu'on sait par les travaux de Joly que dans certaines anémies on trouve des globules blancs mobiles.

Intoxication mortelle à la suite d'injection d'huile grise.

M. Letulle rapporte une observation d'intoxication mercurielle suivie de mort chez une malade à laquelle on avait fait pendant une grossesse 21 piqûres d'huile grise en l'espace de deux mois.

M. Renaut a attiré depuis longtemps l'attention sur les stomatites graves survenant tardivement après les injections d'huile.

Il a signalé aussi l'embolie pulmonaire et M. Comby a constaté sur un des cobayes traités par injections d'huile grise, une thrombose cardiaque.

M. Ménétrier demande à M. Letulle s'il a retrouvé des traces de mercure au niveau de la piqûre et à quelle dose l'huile a été injectée. M. Letulle n'a pu retrouver le mercure au niveau de la piqûre et ne sait pas à quelle dose l'huile fut injectée.

M. Le Noir demande à M. Letulle quelles lésions présentait le foie. M. Letulle n'a pas observé de congestion hépatique mais des lésions de néphrite parenchymateuse. M. Le Noir, qui étudie actuellemant la question, se propose d'entretenir la Société sur les lésions hépatiques considérables dues à l'intoxication mercurielle.

M. Balzer ne croit pas que le cas rapporté par M. Letulle puisse contre-indiquer l'emploi d'huile grise, car premièrement le praticien n'aurait pas dû injecter des sels insolubles pendant la grossesse et deuxièmement il n'aurait pas dû faire 21 piqûres en deux mois.

M. Hirtz, quoique ayant fait 90 injections d'huile grise sans accidents, à néanmoins abandonné les sels insolubles.

M. Danlos et M. Gaucher s'élèvent contre l'abus des injections d'huile grise, qui donne des guérisons temporaires plus rapides, mais ne doit être qu'une médication d'exception.

M. Letulle ajoute que la malade avait une dentition très défectueuse, ce qui peut expliquer la stomatite si grave.

Ramollissement de la 3e frontale sans aphasie.

M.P. Marie présente cette observation avec pièces anatomiques à l'appui, pour corroborer celle de M. Soucques. Il n'y a donc aucune relation entre l'aphasie et la circonvolution de Broca. Dr Friedel.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 15 novembre 1906.

Kyste de l'ovaire dystocique.

M. Bué. — Ce kyste fut traité par ovariotomie vaginale.

M. Brindeau ne voit pas l'avantage de la voie vaginale en pareil cas.

Grossesse chez une femme porteur d'un utérus bilobularis unicollis ; pyélite du côté opposé à la cavité gravide ; syndrome d'ictère grave ; mort. (M. Chirié).

Présentation d'un monstre cyclope.

MM. Demelin et Bouchacourt. — Cet enfant n'avait pas de maxillaire inférieur.

De la ligature des veines du bassin dans la pyohémie puerpérale.

M. FAIX. --Sur 20 cas connus jusqu'à présent, on compte 13 décès et 7 guérisons. La meilleure technique consiste à lier, au travers du péritoine, les tracés veineux thrombosés sans les enlever. Cette méthode doit être prise en considération, car les femmes qu'elle a sauvées auraient été sans elle très probablement perdues.

Langue de nouveau-né à cinq bourgeons terminaux.

M. MACÉ.— Chez un nouveau-né ayant succombé après avoir présenté des malformations multiples, on trouva la langue comme amputée à sa partie moyenne, non en trait droit, mais en cinq bourgeons séparés de sillons. L'embryologie n'explique pas ce fait. Est-ce une syphilis linguale ?

Pyométrie chez une femme ayant eu un accouchement dystocique.

MM. MACÉ et CHIRIÉ.— L'utérus était développé comme en cas d'utérus de 3 mois ; le pus qui s'en écoule renferme l'entérocoque de Thiercelin.

Trois cas d'opération césarienne pour rétrécissements pelviens.

M. MACÉ.— Dans le premier cas, la femme ayant été opérée en pleine infection gonococique, la césarienne fut suivie d'hystérectomie. Dans les 3 cas, on a drainé. Le succès fut complet pour les 3 femmes et les 3 enfants.

A propos de deux cas d'incision du col à la Dürhssen.

M. BRINDEAU. — Ces deux cas de césarienne vaginale entreprise pour éclampsie ont paru de technique facile.

Blennorragie méningée pendant la grossesse.

MM. MACÉ et GOUILLARD.— Il s'agissait d'une éclampsie. Il y a, du reste, d'autres cas connus où l'on trouve, en cas d'albuminurie, des hémorragies méningées sans crises convulsives.

Cyrille JEANNIN.

L'HYGIÈNE A PARIS

Loi d'expropriation pour cause d'insalubrité.

M. Jolibois, conseiller municipal de Paris, a fait voter par le Conseil, le 5 novembre 1906, une proposition invitant l'administration à insister auprès des pouvoirs publics pour obtenir le vote d'une loi portant expropriation pour cause d'insalubrité.

Jusqu'ici, pour exproprier un immeuble, en France, on capitalise son revenu, et il arrive que des maisons surpeuplées et dès lors malsaines, sont payées un prix élevé.

Avec le système préconisé par MM. Casimir-Périer, Cheysson, Léon Bourgeois, Paul Strauss, on fixerait les travaux à exécuter pour assurer l'assainissement de l'immeuble, et le montant de la dépense qu'ils entraîneraient, serait défalqué de la valeur de l'immeuble.

Création de lavoirs municipaux à Paris.

M. Lajarrige propose de créer des lavoirs municipaux dans les arrondissements laborieux de Paris.

Cette création complètera, dans l'esprit de son auteur, celui des piscines municipales qui remonte déjà à plusieurs années. Le prix d'entrée, très modique, sera même supprimé pour les familles nécessiteuses. La fourniture du savon et les brosses sera gratuite.

Améliorations des bois, parcs et promenades de Paris, et créations de nouveaux squares.

M. Jolibois fait étudier dans ce but l'allocation d'une somme de 6 à 10 millions.

Création d'un dossier sanitaire scolaire.

Le même conseiller et un certain nombre de ses collègues, notamment de la 2e commission, MM. Deslandres, Colly, E. Moreau, Ambroise Rendu, Paris, Sauton, font voter la création d'un « dossier sanitaire scolaire ».

Les enfants des écoles primaires seront tenus, en entrant à l'école, de produire un certificat de vaccination, et un certificat de non-tuberculose ouverte.

Chaque fois qu'un enfant s'absentera, les parents devront fournir un certificat mentionnant la maladie si elle est contagieuse ; il ne pourra être réadmis qu'après la délivrance d'un certificat de guérison.

Ces dossiers seront remis aux enfants lorsqu'ils quitteront l'école.

Assainissements des ilots insalubres de Paris.

L'assainissement des maisons insalubres ne peut être utilement poursuivi que tout autant que des locaux sains sont mis en nombre égal, et dans le voisinage immédiat, à la disposition des locataires.

Paris comptant, ainsi que l'a établi M. Paul Juillerat, 5.263 immeubles dangereux, M. Ambroise Rendu propose de consacrer à cette œuvre d'assainissement, une somme de 50 millions, qui sera disponible lors de l'amortissement de l'emprunt de 1869.

A. FILLASSIER.

VARIA

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

L'Assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France s'est tenue le samedi 17 novembre, à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. le Dr Gairal.

Des délégués de la Fédération médicale du Nord et du Pas-de-Calais et de l'Union régionale des Syndicats médicaux du Sud-Est assistaient à l'Assemblée. Il s'agissait d'étudier comment on amènerait ces deux groupements régionaux à adhérer à l'Union, qui compte 81 syndicats dispersés sur tout le territoire français et algérien avec plus de 5000 adhérents. Après une longue discussion, il a été décidé que l'Union de France ne pouvait modifier sa constitution qui lui avait permis de rendre de si nombreux services, avant d'être certaine d'en obtenir une meilleure. Elle ouvrira largement ses portes aux Fédérations régionales et aux Syndicats qui voudront la seconder et son plus vif désir sera toujours, même en l'absence d'adhésion, d'entretenir les meilleures relations avec les Syndicats et groupements non affiliés et de mener avec eux une action parallèle dans l'intérêt général du Corps des praticiens français.

Le lendemain, un banquet avait lieu chez Marguery où les membres de l'Union et du Concours médical ont offert au fondateur du premier Syndicat de France, M. le Dr Mignen, de Montaigu, un beau bronze, la *Vérité* de Chapu, en l'honneur du 25e anniversaire de la création des Syndicats médicaux. MM. Gassot et Gairal, le sénateur Strauss, M. Paulet, directeur de la Prévoyance au ministère du Travail, et enfin M. le Dr Mignen, le héros de la fête, ont prononcé des discours unanimement applaudis.

J. NOIR.

La fièvre jaune au Sénégal et au Soudan.

Un de nos correspondants nous adresse du Sénégal les renseignements suivants sur la fièvre jaune dans cette région :

« Votre numéro 39 du 29 septembre 1906 (p. 624) signale que le cas de fièvre jaune de Dakar est resté isolé mais que néanmoins les dépêches relatent deux décès d'Européens. Ces deux décès sont à l'actif du Soudan où la fièvre jaune règne depuis deux mois par poussées endémiques. Elle a éclaté en diverses localités éloignées de 2 à 400 kilomètres et ces cas paraissent bien sporadiques.

Le Sénégal a eu cette année le 20 et le 22 septembre, deux cas de fièvre jaune à Dakar. Ces deux cas, ont été suivis de décès. Les épidémies de 1878, 1881, 1900, 1901 furent très meurtrières parce qu'on ne connaissait pas comme aujour-

d'hui le mode rapide de propagation du typhus amaryl par l'intermédiaire du stegomya fasciata.

Cette année, comme en 1905, la colonie a été admirablement armée contre le fléau. Les services sanitaires et d'hygiène, les brigades de lutte contre les moustiques, les chambres d'isolement, les pavillons grillagés, le lazaret aménagé et grillagé, les services de désinfection à l'étuve, au gaz clayton, au formol, au crésyl, au lusoforme ont admirablement fonctionné; et on a pu circonscrire le fléau.

D'une autre part les distributions gratuites de quinine faites par les agents sanitaires et les injections au quinoforme ont permis de lutter avec efficacité contre le paludisme chez les indigènes. »

Ces résultats nous permettent d'adresser les éloges les plus mérités aux services sanitaires et en particulier à celui de Dakar. J. N.

Assemblée générale de l'association des Dames françaises.

Cette assemblée générale s'est tenue le 16 novembre, à la Sorbonne, sous la présidence de la comtesse de Foucher de Careil, présidente de l'association.

Le Dr Pruvost a énuméré les efforts de l'Association pour enseigner les soins et secours aux blessés. A Paris, 200 élèves ont obtenu le diplôme de dame ambulancière, et au concours qui a suivi les examens, Mmes Brudenne, Colbyn, Colart, Decazes, d'Hardiviller, Gérondeau, Gréhan, Legendre Mondart, Reinert, Saglio et Vidal ont remporté les prix, qui consistent en trousses d'honneur.

Le Dr Duchaussoy, secrétaire général de l'association, a dans son rapport exposé les progrès accomplis au cours de l'année dernière. L'hôpital d'Auteuil, rue Michel-Ange, trop petit pour le nombre des élèves. L'organisation des hôpitaux auxiliaire pour le cas de guerre se poursuit sans interruption : 14 hôpitaux nouveaux ont été constitués cette année. L'association a distribué de nombreux secours. Une somme de 25,000 francs a été affectée aux familles des victimes de la catastrophe de Courrières. Mme Kouznetzoff et Mme Livingstone-Sompon ont généreusement doté l'hôpital chacune d'un lit. Cinquante médailles de reconnaissance ont été distribuées. Une conférence de M. Brender de Montmoran a terminé la séance.

Hommage à Louis Thuillier, victime de la science.

Au centenaire du lycée d'Amiens on a inauguré un médaillon représentant Louis Thuillier, ancien élève du lycée, victime en 1883 du choléra au cours d'une mission scientifique envoyée par Pasteur à Alexandrie en Egypte pour étudier le fléau. M. le Dr Roux a rappelé, dans un discours dont nous reproduisons le passage le plus intéressant, à la cérémonie du Centenaire, les circonstances au cours desquelles Louis Thuillier trouva la mort :

Pasteur obtint du gouvernement qu'une mission d'étude serait envoyée à Alexandrie : le Dr Straus, Nocard et moi devions en faire partie. Thuillier demanda à nous être adjoint. Il n'était pas médecin et rien ne l'obligeait à cette dangereuse expédition. Il y était poussé par la curiosité scientifique et par la noble ambition d'être utile.

Au commencement du mois d'août 1883, Thuillier vint à Amiens annoncer à sa famille qu'il allait en Russie entreprendre ses recherches sur la peste bovine. Il s'était confié à son père et cachait soigneusement à sa mère et à sa sœur sa véritable destination. Mais celles-ci étaient tourmentées de sombres pressentiments et avec l'intuition de celles qui aiment, elles soupçonnaient que Louis partait pour l'Egypte. Elles l'interrogeaient avec anxiété, lui les plaisantait tendrement sur leurs inquiétudes et évitait de répondre. Pendant ces quelques heures passées en famille il se montra empressé, tendre et charmant, comme s'il eut voulu laisser aux siens les plus doux souvenirs. Puis il nous rejoignit à Marseille.

Les difficultés administratives avaient retardé le départ de la mission et nous arrivions à Alexandrie lorsque l'épidémie tirait à sa fin. Pendant quelques jours, de nombreux cas nous fournirent encore des matériaux d'étude surabondante ; mais avant que nous soyons parvenus à nous orienter dans nos recherches, le choléra cessa.

Nous songions déjà à occuper nos loisirs à d'autres recherches, lorsque la catastrophe fondit sur nous. Je ne redirai pas ici comment Thuillier fut terrassé par le choléra au moment où nous n'y pensions plus. Ce serait renouveler la douleur des siens qui m'écoutent.

Thuillier, par sa mort, avait mérité l'éloge que l'illustre Koch a prononcé en déposant une couronne de lauriers sur son cercueil : « C'est la couronne que l'on décerne aux glorieux. »

Il y a déjà vingt-six années que le drame s'est accompli. Après Thuillier, Straus, puis Nocard, s'en sont allés. Des missionnaires que Pasteur avait envoyés en Egypte, je suis le seul survivant pour rendre hommage à ces chers disparus.

La recherche du vaccin de la syphilis.

Serait-on sur le chemin qui conduira à la découverte du vaccin de la syphilis? La nouvelle suivante du *Petit Parisien* porterait à le faire croire :

Un jour, un des collaborateurs de M. Metchnikoff, un aide-préparateur, qui s'occupait des singes inoculés, constata sur sa lèvre une petite ulcération. Fort inquiet, il se fit examiner par un médecin, par le professeur Fournier, qui déclara qu'il n'y avait là rien rappelant l'avarie. L'ulcération disparut du reste au bout de quelques jours ; mais, pour plus de sûreté, on en inocula quelques parcelles à un macaque. Trente-cinq jours plus tard, le singe présenta, au point d'inoculation une lésion spécifique dans laquelle on a trouvé un grand nombre de microbes de l'avarie.

Le pauvre aide-préparateur, dont l'affection était tellement légère qu'elle échappa à la sagacité du professeur Fournier, s'était donc inoculé accidentellement, en examinant les singes, un virus très atténué. Etait-il vacciné ?

Pour trancher cette question, MM. Metchnikoff et Roux inoculèrent dix-sept singes avec les produits de l'ulcération de l'aide-préparateur. Puis, trois mois plus tard, ils réinoculèrent quatre singes avec du virus pris directement sur l'homme. Sur les quatre de ces singes ainsi traités, trois n'eurent rien, c'est-à-dire que la première inoculation de virus atténué les a parfaitement vaccinés contre l'avarie.

Ce sont ces faits qui font penser à M. Metchnikoff et Roux que le virus atténué possède un pouvoir vaccinal et que, si un jour il était question d'un vaccin contre l'avarie, on pourrait s'adresser au virus transformé par le singe rhesus.

Bien entendu, ces recherches, fort intéressantes, ne suffisent pas pour proposer, comme mesure générale, la vaccination contre l'avarie avec le vaccin tiré du singe rhesus. Cependant, MM. Metchnikoff et Roux estiment que dès maintenant les pauvres filles qui trafiquent de leurs corps pourraient tirer quelque bénéfice de cette vaccination.

Muséum d'histoire naturelle. *Cours de botanique.* (Classification et familles naturelles des cryptogames.) — M. L. Mangin, professeur, commencera ce cours le mercredi 28 novembre 1906, à neuf heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure. Le professeur continuera et terminera l'examen des algues : il traitera spécialement des algues brunes et des algues rouges. Après une étude sommaire des Lichens, le professeur abordera les Muscinées et fera connaître les grands traits de la classification des hépatiques et des Mousses. Le cours sera complété par des excursions et des épreuves pratiques qui seront ultérieurement annoncées.

Cours de botanique. (Organographie et physiologie végétale.) — M. Ph. Van Tieghem, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 1er décembre 1906, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de Minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Après avoir résumé d'abord les caractères communs à tous les êtres vivants qui font l'objet de la biologie générale, puis les caractères propres des plantes qui sont le sujet de la botanique générale, le professeur, qui a étudié les deux années précédentes la morphologie de la plante, en exposera cette année la physiologie. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

Exercice illégal de la médecine par un étudiant. — Le conseil de l'Université de Paris, dans la séance tenue le 19 novembre à la Sorbonne, sous la présidence de M. Liard, a prononcé disciplinairement l'exclusion de toutes les Facultés, pendant un an, contre un étudiant en médecine, condamné correctionnellement pour récidive d'exercice illégal de la médecine.

NÉCROLOGIE

Mademoiselle BOTTARD



Le 14 novembre 1906, s'éteignait doucement, après de courtes souffrances, Mlle Marguerite BOTTARD, ancienne surveillante de l'hospice de la Salpêtrière. Ce fut le 16 novembre qu'eurent lieu les funérailles.

La cérémonie. — A 11 heures 1/2, la voiture mortuaire conduit le cercueil de la maison de la défunte au parvis de la chapelle de la Salpêtrière, devant laquelle était assemblée une foule recueillie. Ce fut sous le portail de la chapelle que l'exposition du corps eut lieu.

Dans la grande cour d'honneur que voilait une pluie fine et brumeuse la cérémonie se déroula imposante par sa simplicité. Un piquet d'infanterie, sous les ordres d'un lieutenant, s'est rangé dans la grande allée voisine et présente les armes à la légionnaire défunte pendant que le tambour bat aux champs.

Les couronnes et les fleurs offertes par les reposantes, la famille Charcot, l'Administration, ses collègues, etc., couvraient entièrement le cercueil laissant apercevoir le petit ruban rouge de l'ancienne surveillante.

MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; le professeur Raymond, de la Salpêtrière ; Montreuil, directeur de la Salpêtrière, M. Jean Charcot et sa sœur, Mme J. Charcot, les médecins et administrateurs de l'hospice ; les surveillantes entouraient le cercueil. MM. Mesureur et Raymond ont adressé à Mlle Bottard les dernières paroles d'adieu que nous reproduisons plus loin.

Après le service religieux qui eut lieu à St-Marcel, le corps fut conduit au cimetière parisien d'Ivry, où se fit l'inhumation.

Les discours. — M. MESUREUR a salué une dernière fois, au nom de l'Administration, Mlle Bottard et s'est exprimé en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

C'est avec émotion que je viens rendre un dernier hommage à Mlle Bottard. Vous comprenez tous l'étendue des regrets que nous éprouvons, vous qui l'avez connue ; vous avez apprécié sa bonté, sa charité, mais nul ne saurait dire les immenses services que cette noble femme rendait chaque jour. L'Assistance publique ne perd pas seulement une de ses plus dévouées, de ses plus sûres auxiliaires, elle perd le modèle parfait de l'hospitalière. Avec une modestie, un oubli de soi-même qui faisaient l'admiration de tous ceux qui l'approchaient, Mlle Bottard a mené pendant plus de cinquante ans, une vie de sacrifice et d'abnégation. Médecins, administrateurs, infirmières et malades la connaissent trop bien pour qu'il soit utile de retracer cette existence. En cette cérémonie, simple mais si touchante, le souvenir de cette digne femme est trop vif, ses traits sont trop présents dans notre mémoire pour que j'insiste. Ce que je voudrais seulement, c'est pouvoir dégager la grandeur, la dignité de cette existence belle entre toutes. Mlle Bottard restera pour nous le modèle de l'*Infirmière laïque*. Les médecins, les internes, prodiguent leur science, soignent avec le plus grand savoir les pauvres malades qui leur sont confiés, mais que serait cette science sans l'appui moral et la collaboration constante de l'infirmière ? L'infirmière est donc pour le médecin la collaboratrice indispensable, c'est ce rôle que Mlle Bottard a su tenir avec une intelligence d'élite, non seulement, ainsi que le disait le professeur Charcot elle a secondé heureusement et généreusement les médecins, mais encore que de fois elle a su adoucir les souffrances des malades : *ses enfants*, selon son expression, qu'elle aimait, dont elle réchauffait le cœur et qu'elle ramenait dans le bon chemin de l'espérance. Collaboratrice infatigable et appréciée du corps médical, soutien admirable des souffrants, elle était encore une surveillante supérieure à toutes : toujours la première debout et la dernière couchée, rien ne lui *échappait*. Ses ordres, qui semblaient des conseils étaient à peine formulés qu'ils étaient exécutés; de quel personnel aimant et dévoué elle avait su s'entourer ! Quel respect affectueux l'environnait dans son service et quels regrets la suivirent dans son petit logis de reposante lorsque l'Administration dut à regret lui accorder sa retraite. Une des premières parmi nos surveillantes laïques, Mlle Bottard, comprit avec son tact ordinaire, toute la dignité et toute la modestie de cette fonction de sœur laïque.

Mesdames, que Mlle Bottard vous serve d'exemple, c'est un modèle que vous pourrez imiter sinon égaler : souvenez-vous que, si vous ne devez rien négliger pour accroître votre valeur professionnelle, vous devez surtout vous attacher à conquérir les qualités morales qui vous permettront de remplir votre mission avec cette dignité et cette modestie qui la font respecter et aimer de tous. Vous devez avoir comme nous une haute idée du rôle de la surveillante à la tête de nos services hospitaliers : par sa bonté elle adoucit la rigueur des règlements administratifs. Elle console là où la science est impuissante. Elle apporte aux malades le calme et le repos par l'ordre et la discipline dans ses salles, elle doit tout voir et tout prévoir, elle est la maîtresse de la maison tout et tous lui sont subordonnés car elle agit pour le bien de tous, elle représente cette entité qui s'appelle l'Assistance publique, elle est la mandataire la plus directe auprès des malades et des vieillards de la ville de Paris. Mlle Bottard vous a indiqué par son existence même le but qu'il faut atteindre, son exemple doit vous suffire. Ayez toujours ce souvenir présent à la mémoire, il vous réconfortera dans votre tâche. Il sera pour Mlle Bottard l'hommage le plus élevé, car vous garderez la plus pure tradition de sa noble existence. Lorsque nous ouvrirons la maison des Infirmières, je veux dire la nouvelle école de la Salpêtrière, nous placerons entre le portrait du grand homme qui a fondé cet hospice : Vincent de Paul, et de Mlle Nicolle cette autre femme admirable qui a honoré la Salpêtrière, le portrait de Mlle Bottard.

Elle restera comme le vivant symbole du dévouement et de la modestie. Elle qui disait lorsqu'on lui apportait des fleurs pour fêter son ruban rouge : « Je suis bien heureuse, je n'ai qu'un regret c'est que M. Charcot ne soit plus là. Vous avez tous été si bons pour moi. » Elle s'oubliait elle-même comme toujours et c'étaient « les autres » qui avaient été si bons pour elle ! Elle vécut ainsi aimée et respectée de tous. Le 14 novembre 1906, Mlle Bottard, sans aucun amoindrissement de ses facultés s'éteignait doucement à l'âge de 85 ans. Elle mourait avec la résignation tranquille du sage, en pleine sérénité d'esprit, en plein calme de sa pure conscience. Je salue d'un dernier adieu celle qui entre dans le repos après un labeur si noblement accompli !

Après M. Mesureur, M. le Professeur Raymond, au nom du corps médical, a adressé un dernier adieu à la dévouée surveillante qui pendant de longues années l'avait secondé dans sa lourde tâche après avoir été la collaboratrice modeste mais appréciée de Charcot.

Voici, les paroles émues qu'a prononcées, l'éminent Professeur :

Mesdames, Messieurs,

Avant-hier, 14 novembre 1906, s'est éteinte, à l'âge de 84 ans, dans son petit logis de reposante de la Salpêtrière, une des femmes dont la vie faite toute entière de dévouement désintéressé, d'abnégation, de dignité — est le plus pur exemple de ce que peuvent les natures d'élite, simplement en accomplissant ce qu'elles

considérent comme leur devoir. A cet instant solennel où la dépouille mortelle de mademoiselle Bottard va quitter pour toujours cet hospice où s'est déroulée sa carrière, je voudrais, en en rappelant les traits principaux, faire revivre, pour un instant, devant vous, la physionomie si noble de celle qui, à mon avis — et il est celui de beaucoup, sinon de tous — fut une véritable sainte laïque, ce sera mon dernier adieu.

J'ai connu mademoiselle Bottard à la Salpêtrière pendant mon année d'internat, en 1874, chez mon illustre maître Charcot, il y a de cela trente-deux ans. Il y avait déjà trente-trois ans qu'elle était en fonctions, car elle est entrée à la Salpêtrière le 12 janvier 1841. Elle venait de sa province de Bourgogne et elle débutait par l'emploi le plus modeste, comme simple infirmière. Très rapidement, elle gravissait les échelons de la hiérarchie pour arriver surveillante générale de la Clinique des Maladies nerveuses, lors de la fondation de la chaire, en 1882. C'était un poste particulièrement difficile, particulièrement délicat, car, pour le remplir avec fruit, il ne suffit pas d'être patiente, réglée, d'être bonne, dévouée, attentive ; non, il faut plus, il faut une intelligence pénétrante, doublée de cette vertu qu'ont certaines femmes, l'amour du prochain, l'amour de ceux qui souffrent, s'exaltant jusqu'au sacrifice, jusqu'à l'abnégation de soi-même, en face des maladies nerveuses, de ces affections si souvent imméritées qui, frappant l'intelligence ou annihilant, plus ou moins complètement, les moyens d'action de l'individu, en font de pauvres parias si dignes de pitié, mais, parfois aussi, si difficiles à soigner. Or, Mademoiselle Bottard avait cette vertu au suprême degré et c'est pour cela qu'elle rendait tant de services à ces malades à qui un peu de réconfort moral et de bonnes paroles, dites à propos, font tant de bien ! On peut dire, sans exagération, que, guidée par un homme comme Charcot et servie, en même temps, par un sens très aiguisé des situations, elle faisait, avant la lettre une psychothérapie bienfaisante et, souvent, couronnée de succès !

Lorsque j'ai pris possession, en 1894 — vingt années après mon internat chez le Maître — de la Chaire de la Clinique des Maladies nerveuses, Mademoiselle Bottard était toujours à son poste. Sans doute, le temps avait passé, pour elle comme pour moi mais je retrouvais, en pleine activité intellectuelle et physique, la surveillante modèle qui avait rendu tant de services à Charcot, et qui était appelée à m'en rendre encore, heureusement pour moi, pendant longtemps. Son zèle ne s'était pas ralenti ; elle était restée ce qu'elle était au moment de la fondation de la Chaire ; elle connaissait tous les malades, toutes les hospitalisées ; elle se rappelait les phases diverses de leurs maladies et elle me renseignait avec une clarté, une précision que j'admirais toujours, me facilitant ainsi singulièrement ma tâche.

Mademoiselle Bottard n'était pas seulement une auxiliaire de premier ordre pour le traitement des malades, une collaboratrice précieuse pour l'enseignement, elle tenait les divers services de la Clinique d'une façon tout à fait exceptionnelle ; elle savait se faire aimer et se faire respecter ; elle avait le sens de l'autorité et le devoir, sous ses ordres, était rendu facile par la manière dont elle commandait, par la surveillance discrète et attentive qu'elle exerçait et elle n'hésitait jamais à donner largement de sa personne lorsqu'il le fallait, montrant ainsi, par son exemple, comment un poste de confiance doit être tenu ; aussi, obtenait-elle, du personnel placé sous ses ordres, tout ce qu'elle voulait. Elle était non moins admirable dans ses rapports avec son chef de service et ses collaborateurs aux divers degrés de la hiérarchie. Elle savait aplanir les obstacles, s'adapter à tel ou tel caractère, trouver la solution juste, de sorte que les divers rouages fonctionnaient toujours d'une façon harmonieuse. Voilà, Messieurs, ce qu'était la noble femme que nous allons conduire à sa dernière demeure.

Une pareille vie trouve, en elle-même, sa meilleure récompense. N'est-ce pas la satisfaction du devoir accompli qui donne les joies les plus intimes ; Mademoiselle Bottard a dû les goûter pleinement. Et certes, elle ne désirait que celles-là ; mais si modeste qu'elle fût, de par la force des choses, en provoquant l'admiration de ceux, administrateurs ou médecins, qui la voyaient à l'œuvre, elle n'a pu les empêcher de lui rendre publiquement une justice éclatante. Ils l'ont fait dans deux occasions solennelles : le 12 janvier 1891, elle recevait une médaille en or, commémorative de ses cinquante ans de service et une médaille d'honneur de 1re classe, décernée, au nom du gouvernement, par M. le ministre de l'Intérieur ; et, le 29 janvier 1898, sept années après, on la nommait « chevalier de la Légion d'honneur », en récompense de ses longs et si dévoués services. Ce fut une cérémonie émouvante, grandiose que celle de la remise de cette croix, si bien gagnée. Ce jour-là, je formulais un souhait : celui de voir Mademoiselle Bottard la porter longtemps encore pour le bien du service et pour le bonheur des malades. Ce souhait ne s'est réalisé qu'en partie, car déjà depuis quelques années, la digne femme, sentant ses forces décliner et craignant d'être inférieure à sa tâche, avait demandé et obtenu de l'Administration supérieure, sa mise à la retraite. Et, restant dans son cher hospice, où elle vivait depuis soixante-cinq ans, en contact fréquent avec son ancien service, elle s'est acheminée doucement vers le repos éternel, troublée seulement dans sa quiétude et dans son contentement intérieur du devoir accompli, par des souffrances auxquelles peu de mortels échappent quelle qu'ait été la sagesse de leur vie.

Mademoiselle Bottard, votre mémoire vivra, éternelle, dans cette hospitalière maison que vous avez si dignement honorée ! Adieu.

BIBLIOGRAPHIE

> « Observer son dévouement journalier, sa patience, sa force de caractère et son indulgence, forçait d'avoir une plus haute opinion de la nature humaine. » CHARCOT.

Il faut dire simplement cette vie simple et grande. Mademoiselle Marguerite Bottard, surveillante honoraire des Hôpitaux, officier d'Académie, chevalier de la Légion d'honneur, est morte le 14 novembre 1906 à la Salpêtrière où elle avait vécu pendant soixante-cinq ans.

Marguerite Bottard est née à Charny, dans la Côte-d'Or, le 29 janvier 1822. Quatrième enfant de petits fermiers, elle s'occupait de ses onze plus jeunes frères et sœurs tandis que ses aînés travaillaient aux champs. En 1841, de mauvaises récoltes des revers de fortunes obligèrent des parents à vendre leur ferme et leur terre pour pouvoir vivre. Les grands tirèrent chacun de leur côté et c'est ainsi qu'elle vint à Paris, n'ayant que 19 ans, rejoindre une de ses sœurs, domestique chez M. Toussart, aide-économe à la Salpêtrière.

Ne voulant pas être bonne, elle demandait à entrer à l'Hospice comme fille de service. « Travail pour travail, disait-elle, je préfère servir les pauvres que les riches ». On la chargea des gros ouvrages ; puis, au bout de six mois, une place de suppléante étant devenue vacante, elle parvint à l'obtenir (20 mars 1841). Elle restait suppléante pendant dix ans. Ensuite, en janvier 1852, on la nomma sous-surveillante aux aliénés, dans le service de M. Trélat père, installé au pavillon Rambuteau. Là-dessus, neuf années s'écoulèrent, puis elle passait successivement quinze ans avec MM. Falret et Legrand du Saule, puis vingt-cinq ans avec M. Charcot ou M. Raymond, son successeur, dont elle dirigea le service. Service peu commode, peuplé d'épileptiques, d'hystériques, de malheureuses pour la plupart incurables. Pour toutes ces déshéritées, Mlle Bottard n'eut jamais que des paroles d'affection. Recluse volontaire, elle leur consacra tous ses instants, toute sa vie, restant parfois six années consécutives sans franchir les portes de l'hospice, s'oubliant tout entière pour ne songer qu'à son devoir d'affectueux dévouement. C'est ainsi qu'un jour les internes l'emmenèrent dîner chez Lapeyrouse. Ils la conduisirent ensuite au théâtre, puis, tendres et respectueux, ils l'accompagnèrent boulevard de l'Hôpital.

Quand fut fondée la Clinique des maladies du système nerveux, il lui vint un surcroît de besogne. La renommée grandissante de Charcot attirait les consultants par centaines ; les élèves affluaient de toutes parts, jaloux de recueillir la parole du maître. La direction d'un tel service n'allait pas sans difficultés, Mlle Bottard savait les aplanir ; son influence bienfaisante se faisait partout sentir, même au cours des petites rivalités qui éclataient parfois entre les élèves. A l'occasion, elle pénétrait dans le cabinet de M. Charcot et un mot d'elle éloignait l'orage qui menaçait d'éclater. Et le tout sans bruit, simplement, avec cette dignité qui est le propre de cette nature faite du respect de soi-même et des autres et d'un fonds d'abnégation, d'inaltérable et sereine bonté.

C'est ainsi qu'elle se concilia l'affection et le respect de tous, l'estime de son illustre chef. On le vit bien le 12 janvier 1891. A cette date, M. Peyron, directeur de l'Assistance Publique, réunissant dans une véritable fête de famille le personnel du grand hospice, remettait à Mlle Bottard une médaille d'honneur pour fêter le cinquantenaire de son entrée à la Salpêtrière. Le ministre y ajoutait les palmes académiques. Au grand regret de tous, elle prit sa retraite le 1er août 1901, après 60 ans de services. Le jour même, elle était nommée surveillante honoraire des hôpitaux.

Enfin, le 31 décembre 1897, M. Barthou, alors ministre, exauça le vœu si souvent exprimé par Charcot en accordant

par décret le grade de chevalier de la Légion d'honneur à cette servante des malheureux, en couronnant par la plus haute distinction cette vie si belle et si bien remplie. Nous ajouterons que la Société d'encouragement au bien avait décerné à Mlle Bottard sa grande médaille d'or et que l'Académie Française lui avait attribué le prix Montyon.

Aucun événement saillant n'a traversé son existence, sauf les deux épidémies qui sévirent à la Salpêtrière, celle du choléra, en 1849, et celle de la variole noire, en 1870. En 1849, elle vit partir pour l'autre monde : directeur, médecins, internes, infirmières, employés, pensionnaires, un peu effrayée, elle l'avouait elle-même quand on lui rappelait ce souvenir, mais fidèle au poste quand même. Infirmière modèle, elle était appréciée hautement de son personnel. Voici, d'ailleurs, en quels termes s'exprime, en parlant de l'ancienne surveillante, une hospitalière qui fut autrefois sous ses ordres :

« Tout le monde, l'adorait et l'admirait ici. Toujours la première levée, la dernière couchée, elle était infatigable, veillait à tout, sachant venir à bout des pensionnaires les plus difficiles et sans jamais un mot rude ; il n'était pas rare de la voir se lever la nuit pour faire une ronde dans les dortoirs ».

Dans ce service si pénible, elle montrait une douceur pour es malades qui est le plus bel exemple d'abnégation que l'on puisse trouver. Qu'il nous suffise de rapporter les paroles même de cette infirmière héroïque :

« Il ne faut pas leur en vouloir. Pauvres femmes ! Elles ne savent pas ce qu'elles font ! Parfois, elles vous prennent en grippe. Une hystérique jalouse s'imagine, par exemple, que vous fréquentez son mari. Une mère de famille, empêchée de voir ses enfants, vous les réclame et, comme vous ne pouvez la satisfaire, elle vous couvre d'injures. Un jour, l'une d'elles m'a traînée par les cheveux avec tant de violence que les dents de mon peigne ont pénétré dans la chair.

« Quand cette malheureuse fille a été un peu calmée, je l'ai un peu grondée, et elle m'a demandé pardon. Il faut se garer, voilà tout. C'est le conseil que je donne aux surveillantes : « Et surtout, ne brusquez pas les malades. Elles sont irresponsables. »

Les malades étaient ses enfants ; bien souvent elle prélevait sur ses humbles appointements de quoi leur offrir des friandises et lorsque le personnel se cotisa pour lui offrir une croix lors de sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur, elle refusa l'objet d'art qu'on voulait lui acheter avec le surplus des cotisations et demanda à consacrer cet argent à ses pauvres malades.

Les Parisiens, d'ailleurs, connaissaient Mlle Bottard, toujours jeune et affable sous le petit bonnet noir qui couvrait ses bandeaux blancs, sous lesquels brillaient des yeux si doux ; et ce fut une figure bien familière à de nombreuses générations de médecins et d'infirmières.

La vie de Marguerite Bottard est la preuve que l'abnégation et le renoncement pour l'amour du prochain ne sont point que des vertus confessionnelles, et que la laïcité peut avoir ses saintes aussi, « Sœurs des pauvres par la grâce » selon le mot de Vincent de Paul. Marcel B.

M. LE Dr DE MAHY

Nous avons le regret d'annoncer la mort à Paris de M. le Dr de Mahy, député de la Réunion).

Né à Saint-Pierre (île de la Réunion), le 22 juillet 1830, François-César de Mahy fit en France ses études de médecine et revint exercer dans son île natale. Adversaire résolu de l'Empire après, le 4 septembre, il fut envoyé par la colonie à l'Assemblée nationale. Il lutta contre le gouvernement du 16 mai et en 1882 entra comme ministre de l'agriculture dans le cabinet Freycinet, puis dans les cabinets Duclerc et Fallières, 5 août 1882-février 1883. En 1886 il fut élu questeur de la Chambre. M. Tirard l'appela en 1887 au ministère de la marine et des colonies En 1890, il fut élu vice-président de la Chambre et réélu jusqu'en février 1896. M de Mahy a siégé à la Chambre sans interruption depuis 1871 jusqu'à sa mort; il était devenu le doyen d'âge.

— Nous avons en outre le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Planteau, professeur à l'école d'Alger, de M. le Dr Rabot, médecin des hôpitaux de Lyon : de MM. Hesse, professeur extraordinaire d'odontologie à l'Université de Leipzig ; Fokker, professeur d'hygiène à l'Université de Groninger ; Galvao, professeur de bactériologie à l'Université de Rio-de-Janeiro ; Emilio Alvarez, professeur de chirurgie à San-Salvador.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 28 novembre.* — *M. Pottier* : Fractures des membres du nouveau-né pendant l'accouchement (MM. Pinard, Terrier, Second, Potocki). — *M. Armanet* : Etiologie et traitement des hémorragies survenant au cours de la grossesse et pendant le travail (MM. Pinard, Terrier, Second, Potocki). — *M. Caraguel* : Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx (MM. Terrier, Pinard, Second, Potocki). — *M. Bourlier* : Les éruptions sériques (maladies du sérum), symptômes et pathogénie (MM. Segond, Pinard, Terrier, Potocki). — *M. Delarras* : Les eaux minérales de l'Allier. Etude historique (période gallo-romaine) (MM. Pouchet, Landouzy, Richaud, Labbé (Marcel). — *M. Allaire* : Traitement de la syphilis par les injections d'une préparation indolore de calomel (MM. Landouzy, Pouchet, Richaud, Labbé (Marcel). — *M. Boulaire* : Contribution à l'étude des composés iodés-organiques (MM. Landouzy, Pouchet, Richaud, Labbé (Marcel.) — *M. Langlois* : Convalescence normale de la fièvre typhoïde. Alimentation. Hygiène. Rééducation respiratoire. (Technique G. Rosenthal. (MM. Landouzy, Pouchet, Richaud. Labbé (Marcel). — *M. Janin* : Recherches sur la sarcosporidie du mouton (MM. Blanchard, Brissaud, Legry, Claude). — *M. Raulot-Lapointe* : La sécrétion chlorhydrique de l'estomac dans les néphrites (MM Brissaud, Blanchard, Legry, Claude). — *M. Keller* : Du rôle de l'isolement et de la psychothérapie (MM. Brissaud, Blanchard, Legry, Claude).

Jeudi, 29 novembre. — *M. Chiray* : Des effets produits sur l'organisme par l'introduction de quelques albumines hétérogènes (MM. Debove, Dieulafoy, Thiroloix, Renon). — *M. Courtois* : Actinomycose cæco-appendiculaire (MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix, Renon) — *M. Sigwalt* : Le syndrome de Bouillaud (MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix, Renon). — *M. Delaigue* : De la diurèse consécutive à l'évacuation des épanchements pleuraux dans les affections du cœur (MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix, Renon). — *M. Chambras* : Les cancers de l'ampoule de Water (MM. Cornil, Budin, Achard, Demelin). — *M. Moison* : Du rapport entre le poids de l'embryon et du fœtus et le poids du placenta aux différents âges de la grossesse : études statistiques. Maternité de l'hôpital Lariboisière (MM. Budin, Cornil, Achard, Demelin). — *M. Bardinon* : Contribution à l'étude de la version par manœuvres interses sans extraction (MM. Budin, Cornil, Achard, Demelin). — *M. Saintot* : L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine (MM. Le Dentu, Berger, Faure, Morestin). — *M. Cottard* : Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme (MM. Berger, Le Dentu, Faure, Morestin). — *M. Mortegoute* : Evolution et traitement des récidives du cancer du sein (MM. Berger, Le Dentu, Faure, Morestin). — *M. Thiriet* : La thoracentèse sans aspiration Le siphon de Duguet (MM. Raymond, Gilbert, Robin, Carnot). — *M. Bouffard* : L'assistance des aliénés pendant la convalescence (MM. Raymond, Gilbert, Robin, Carnot). — *M. Joffre* : De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués (MM. Gilbert, Raymond, Robin, Carnot). — *M. Jousset* : Etude expérimentale et clinique de l'action du calomel sur le foie et les reins (MM. Robin, Raymond, Gilbert, Carnot).

Examens de doctorat. — *Lundi 26 novembre.* — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Dejerine, Teissier, Macaigne. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Legry, Claude.

Mardi 27 novembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité): MM. Pozzi, Albarran, Faure. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. De Lapersonne, Marion, Auvray. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Raymond, Thoinot, Renon.

Mercredi 28 novembre. — Médecine opératoire, Ecole pratique) : MM. Reclus, Gosset, Cunéo. — 2e (Salle Richet): MM. Gariel, Richet (Ch.), Branca. — 3e (Oral, 2e partie, Salle Béclard) : MM. Roger Balthazard, Macaigne. — 2e (Chirurgien-dentiste, Salle Corvisart) MM. Déjerine, Desgrez, Proust.

Jeudi 29 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Bezançon, Maillard. — 3e (Oral, 2e partie, Salle Béclard) : MM. Hutinel, Méry, Gougel. — 4e (Salle Broussais) : MM. Chantemesse, Thoinot, Richaud. — 2e (Chirurgien-dentiste 1re série, Salle Corvisart) : MM. Pouchet, Albarran, Jeanselme. — 2e (Chirurgien-dentiste 2e série, Salle Pasteur) : MM. Joffroy, Vaquez, Marion. — 2e (Chirurgien-dentiste, 3e série, Salle Thouret) : MM. De Lapersonne, Thiroloix, Desgrez.

Vendredi 30 novembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux

pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gautier, Blanchard, Macaigne. — 3e (1re partie. Oral, Salle Béclard) : MM. Segond, Lepage, Cunéo. — 4e (Salle Broussais) : MM. Pouchet, Richaud, Balthazard. — 2e (Chirurgien-dentiste, Salle Corvisart) : MM. Landouzy, Mauclaire, Labbé (Marcel). — 5e (Chirurgie. 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Terrier, Delens, Gosset. — 5e (Chirurgie. 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Kirmisson, Duval (Pierre), Proust.

Samedi 1er décembre. — 5e (Obstétrique. 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 4 novembre au samedi 10 novembre 1906, les naissances ont été au nombre de 952, se décomposant ainsi : légitimes 722, illégitimes 230.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 851, savoir : 452 hommes et 399 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 6. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 1. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 160. — Tuberculose des méninges : 18. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 61. — Méningite simple : 12. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 54. — Maladies organiques du cœur : 73. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 87. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 27. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 35. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 24. — Débilité sénile : 29. — Morts violentes : 30. — Suicides : 15. — Autres maladies : 107. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 51, qui se décomposent ainsi : légitimes 36, illégitimes 15.

Faculté de Lyon. — M. Nicolas, agrégé, est nommé professeur des maladies cutanées; M. Guiart, agrégé à Paris, est nommé professeur d'histoire naturelle.

Faculté de Lille. — Après concours, M. Lucien Caudron vient d'être nommé chef de clinique médicale à la Faculté de médecine, et M. Desprez y est nommé aide-préparateur de pharmacie.

Ecole de Reims. — M. Colleville est nommé professeur de clinique médicale et M. Jacquinet, professeur de pathologie interne.

Ecole d'Angers. — M. Papin, est nommé professeur d'histologie.

L'Agrégation en Médecine. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours en 1906-1907 est porté de 44 à 45. La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (histoire naturelle) et réservée à la faculté de médecine de Paris.

Université de Rome. — M. Ernesto Pestalozzi, de Florence, a été nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Universiié de Rome, en remplacement du feu professeur Pasquale.

Université de Naples. — M. Giovanni Pascala a été nommé professeur extraordinaire de chirurgie à l'Université de Naples.

Université de Breslau. — MM. Auschutz et Luddloff, privat-docents de chirurgie, ont été nommés professeurs à l'Université de Breslau.

Université de Kœnigsberg. — M. Ernst Meyer, professeur extraordinaire, a été nommé professeur ordinaire de médecine mentale.

Université de Vienne. — M. Burgenstein a été nommé privat-docent d'hygiène scolaire, M. Frœhlich, privat-docent de pathologie expérimentale.

Bureaux d'Hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Chambéry (Savoie) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 17 octobre 1906. Le traitement alloué est fixée à 4,500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 29 novembre 1906, pour sdresser au Ministre de l'Intérieur leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

Les établissements insalubres. — La commission sénatoriale chargée de l'examen de la proposition de loi de M. Chautemps sur la revision de la législation des établissements industriels insalubres, a désigné comme président le docteur Peyrot et comme rapporteur M. Emile Chautemps.

La lutte contre le Cancer. — Le comité d'initiative pour la lutte contre le cancer, comité fondé par M. Poirier, s'est réuni, sous la présidence du professeur Guyon, de l'Institut. MM. Gautier, Becquerel, Bouchard, Barrier, Guéniot, y assistaient. MM. Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; Charles Richer, Berthelot, etc., ont envoyé leur adhésion. Le comité s'est occupé de la rédaction d'un appel à la générosité publique, appel qui paraîtra dans quelques jours, et dont le but est de former un comité d'action efficace.

Tous les doyens des facultés de province ont également envoyé de chaleureuses adhésions.

M. le professeur Poirier a annoncé ensuite la formation d'une ligue lorraine, à Nancy, en faveur de la lutte contre le cancer. (D'après le *Matin*).

Pour les pauvres de Paris. — MM. de Rothschild frères ont fait répartir cent mille francs entre les vingt arrondissements de Paris. Cette somme sera distribuée par les soins des maires à titre de secours de loyer.

Dons et legs. — M. le Dr Fournaise a fait verser dans la caisse de l'Assistance publique la somme de 100 francs pour secours à des mères seules chargées d'enfants.

Congrès antialcoolique de Reims. — La ligue nationale contre l'alcoolisme s'est réunie à Reims, sous la présidence du général Garnier des Garets. M. Van Brock a donné lecture des rapports sur la propagande antialcoolique dans les milieux ouvriers et a vanté la création de restaurants de tempérance. Puis après des communications du commandant Grattau, de MM. Legrand et Hayaux, M. Uhry, de la Bourse du travail de Paris, a annoncé que les militants socialistes étaient décidés à joindre la propagande antialcoolique à la propagande politique afin de créer le prolétariat de l'avenir, conscient et libre. Le docteur Bourrillon a émis, en fin de séance, le vœu suivant qui a été adopté : Qu'un ou plusieurs des membres de la ligue soient admis à faire partie de la

commission mixte d'hygiène récemment constituée au ministère de la guerre, que le ministre de la guerre organise l'enseignement antialcoolique dans les écoles militaires, de manière à préparer les futurs officiers à l'œuvre de propagande qu'ils auront le devoir de faire accomplir dans leur régiment pour le plus grand bien des soldats. (Le *Temps*.)

LA MALADIE DU SCHAH DE PERSE.— D'après le *British Medical Journal*, la santé du schah de Perse est précaire. Il souffre depuis longtemps du mal de Bright. Le professeur Damsch, de Gœttingue, et le professeur Rosenbach ont été appelés auprès de lui en consultation.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ECOLES. — Par arrêtés en date du 9 novembre 1906, MM. les Drs CHAROPPIN et LEVI-BRAM, médecins-inspecteurs des écoles du 18e arrondissement, ont été nommés médecins de l'état-civil dudit arrondissement, en remplacement de MM. les docteurs Briguel et Dubroca, licenciés à titre définitif, pour caure de maladie.

M. le Dr COUTREST, demeurant à Paris, 155, rue d'Alésia, a été nommé médecin-inspecteur des écoles du 14e arrondissement, en remplacement de M. le Dr Le Bayon, décédé.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN ALGÉRIE.—M. Viviani, ministre du travail, a déposé hier sur le bureau de la Chambre un projet de loi portant extension à l'Algérie des dispositions des lois du 9 avril 1898 et du 12 avril 1906 sur les accidents du travail. Cette nouvelle sera bien accueillie par les médecins d'Algérie qui depuis longtemps réclamaient l'application de la loi.

VOIES PRIVÉES. — M. le Dr Alfred FILLASSIER, ayant entrepris une vaste enquête sur les conditions d'assainissement des *voies privées*, serait reconnaissant à tous ceux qui lui adresseraient des documents ou leurs travaux sur cette importante question.

Prière d'adresser toutes communications à M. le Dr A. Fillassier, 45, rue Claude-Bernard, Paris.

PETITE CORRESPONDANCE.—*Asile d'aliénés de Dury-les-Amiens; demande de surveillante* :

Mon cher maître, j'ai à pourvoir au remplacement de ma surveillante en chef, pour le 1er janvier prochain, si vous aviez une bonne infirmière, sérieuse, connaissant bien le service des asiles, voulez-vous me rendre un grand service en me l'adressant. — *Conditions*: Début 1000 fr.; augmentation de classe jusqu'à 1600 fr. Nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Caisse de retraite départementale. Merci d'avance. Votre bien dévoué,

Dr CHARON.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous avons fait appel à tous nos lecteurs pour corriger les erreurs que nous avons pu commettre dans le *Numéro des Etudiants*. Dans l'énumération des journaux consacrés aux *maladies des enfants* nous avons omis la *Gazette des Maladies infantiles et d'obstétrique*, journal de pédiatrie et d'obstétrique (bi-mensuel), créé en 1899. Rédacteurs en chefs, Dr Henri GILLET et Paul BERTHOD, ancien interne des hôpitaux, rue Madame, n° 11. Cela tient à ce que nous ne recevions plus la *Gazette* depuis le mois de mai.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr* BANZET, *ancien chef de clinique à la Faculté*. Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

YONCE (E.). — Polypus of the Nase. 1 vol. petit in-8° de 174 pages. Sherrat and Hughes, édit. Londres.

JELLINEÉK. — Medizinische Anwendungen der Elektrizitæt 1 vol. in-8° de 456 pages. Berlin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 48. BUREAU RUE DES CARMES, 14 1er DÉCEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE

Les névrites et leur traitement par le massage méthodique et la rééducation des mouvements ;

(*Suite*) (1).

Par le Dr **P. KOUINDJY**.

Chargé du service de rééducation et de massage à la Clinique des Maladies nerveuses de la Salpêtrière (Clinique Charcot).

La ténotomie ne parvient pas toujours à redresser complètement les pieds des polynévritiques. Il arrive souvent, qu'après avoir subi la résection du tendon d'Achille, le malade a de la peine à se mettre debout; et ce n'est qu'après un long traitement massothérapique et de la rééducation, qu'on arrive à le faire marcher convenablement. Le malade conserve longtemps des traces d'hypotonie musculaire et steppe plus ou moins fortement. Dans ce cas, le massage méthodique est très appréciable : en agissant contre l'hypotonie des fléchisseurs du pied, il supplée beaucoup la rééducation et, par conséquent, rend plus réguliers les mouvements des pieds. L'observation précédente montre que le traitement massothérapique, institué de bonne heure , vaut mieux qu'une intervention chirurgicale, laquelle, d'ailleurs, est toujours exécutée tardivement.

Dans l'observation précédente, nous avons obtenu, relativement vite la restitution *ad integrum* des mouvements du pied, tandis que dans le cas suivant, qui subit la ténotomie, la rééducation mit plusieurs semaines, pour arriver à la souplesse de l'articulation tibio-tarsienne, laquelle reste encore passablement raidie.

Voici d'ailleurs l'observation en question :

Obs. II. — M. D..., peintre en bâtiment, âgé de 36 ans, rentre à la Salpêtrière le 23 mai 1905 atteint d'une polynévrite à forme paraplégique, des membres inférieurs, d'origine alcoolique ou saturnine. Il est difficile de faire la part de chacun de ces éléments; il est probable, que les deux poisons agissent simultanément, car, un peintre absorbe autant de poisons alcooliques que de plomb.

L'histoire étiologique de notre malade se complique encore par quelques phénomènes d'origine bacillaire : le malade avait au début de sa maladie de la diarrhée alternativement avec la constipation, un amaigrissement très prononcé, des transpirations nocturnes et abondantes, une respiration soufflante au sommet droit avec retentissement de la toux.

Il y a 23 mois, M. D... ressentit pour la première fois des coliques qui ont duré 15 jours et ont été accompagnées des vomissements. Il rentre à la Charité. En outre il ressent des douleurs et une faiblesse des jambes. A la Charité on lui fait des frictions avec un liniment pendant deux mois. En même temps, il est soigné pour une attaque de tuberculose pulmonaire. A la fin du deuxième mois, il va mieux du côté de la poitrine; mais ses jambes sont très faibles. Le malade reste deux mois chez lui et garde continuellement le lit.

Au bout de deux mois, il vient à Lariboisière, où on reconnait qu'il s'agit d'une paraplégie névritique et on l'envoie à la Salpêtrière.

D... est rentré dans le service du Prof. Raymond le 23 mai 1905. Son état général est mauvais : le thorax est peu volumineux, il tousse fréquemment, il est maigre et présente une peau excessivement pâle.

Il reste couché dans son lit et est dans l'impossibilité de faire un pas. La force musculaire est très affaiblie dans le domaine de l'extension et est bien conservée dans celui de la flexion. C'est ainsi que le malade étend à peine la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse et le pied sur la jambe. L'adduction des pieds se fait plus facilement que l'abduction. Abolition des réflexes tendineux, rotuliens et achilléens. L'extension du gros orteil est différente : en extension à droite, en flexion à gauche. Les muscles sont très faibles et diminués de volume. On soumet le malade au courant continu jusqu'au mois de décembre. Depuis cette époque on lui fait faire, par l'infirmière de la salle, du massage, qui comprend un léger effleurage, un pétrissage et des mouvements passifs. L'état du malade s'améliore : il peut s'asseoir sur son lit et, en s'appuyant, se tenir debout pendant un certain temps. C'est alors qu'on décide la ténotomie, qui est faite le 18 avril. Pendant 30 jours le malade reste de nouveau au lit avec les jambes plâtrées.

Les plâtres enlevés, on recommence le massage et on fait des piqûres du cacodylate de soude. Le malade commence à se tenir debout, mais tellement courbé, qu'on est obligé de le soutenir au moins d'un côté. Dans cet état, il arrive dans le service de rééducation.

Lorsque le malade s'est présenté pour la première fois dans la salle de rééducation, il fut amené par l'infirmier, qui ne l'a quitté que quand il fut assis dans la chaise. Il lui fut impossible de se lever seul de sa chaise. Pour le mettre debout, on fut obligé de le lever en le soutenant par les bras. Une fois debout, le malade se tenait courbé en arc, en se

(1) Voir *Progrès Médical* du 17 novembre 1906.

penchant surtout du côté gauche. Pour faire un pas, D... déplaça d'abord sa canne, en la mettant très loin du corps; ensuite, il se pencha fortement à droite et avança la jambe gauche; puis,il approcha la jambe droite, en s'appuyant avec la main sur la jambe gauche. D... ne put rester appuyé contre le mur en le touchant en même temps avec les talons et l'occiput. La jambe gauche était plus faible que la droite.

Nous commençâmes la rééducation ce jour même.

Le 30 juin, nous constatâmes que le malade marchait mieux, traversait la salle déjà avec sa canne sans être soutenu ou accompagné. Les exercices étaient exécutés avec plus de facilité.

Les deux mois de vacances nous ont obligé de laisser le malade sans soins. Pendant cette période, D... continua à répéter nos premiers exercices et ne perdit pas beaucoup pendant notre absence.

Le 22 septembre, un mois après la reprise du service de rééducation, le malade marchait déjà sans canne. Il a fait plusieurs tours de la salle,tient son tronc plus droit. Il ne balance presque plus sur ses jambes, comme il le faisait souvent avant les vacances. Mais, il fut obligé encore d'étendre fortement ses membres inférieurs, ce qui lui donna la possibilité de lever plus facilement ses pieds pendant la marche. Il arrive à s'asseoir avec une certaine facilité sur la chaise. Pour s'en lever, il a recours à un mouvement de propulsion en avant. Ceci, cependant, se fait encore avec une certaine hésitation. L'élan qui lui permet de se tenir debout ne s'obtient qu'après quatre ou six propulsions successives. Le malade affirme, qu'il se fatigue vite après dix minutes de marche.

Le 20 octobre, les exercices sont exécutés avec plus de précision. La marche s'est améliorée à tel point, que le malade marche presque sans canne. Les exercices du thorax se font sans difficulté. Le malade se lève facilement de sa chaise et,en faisant attention, il se lève avec un élan imperceptible. En tout cas, s'il se lève encore avec une propulsion, celle-ci est très petite et sans répétition, c'est-à-dire, le malade arrive à se lever d'un seul coup. Le progrès est sensible dans l'exécution des exercices de la rééduction et dans la marche.

Nous avons ajouté depuis quelques semaines à notre traitement l'extension sur la planche inclinée deux fois par semaine pour obtenir le redressement de la colonne vertébrale, et nous avons constaté que depuis ce temps D.. se tient plus droit. Il marche mieux, quoique il conserve un léger degré de steppage ; il s'assoit facilement sur un petit banc, marche en approchant les jambes et nous espérons, que d'ici peu de temps D... sortira guéri.

Les névrites des membres supérieurs exigent également un traitement méthodique et rationnel. Mais, ici, la rééducation tient la place secondaire. Le massage méthodique est l'élément principal du traitement physiothérapique. Tout d'abord on commence par le massage méthodique et on n'a recours à la rééducation que lorsque la tonicité est suffisamment développée pour pouvoir exécuter les mouvements indiqués. Ici, plus que dans les membres inférieurs, les manœuvres massothérapiques doivent être choisies avec précaution et appliquées avec toutes les règles de la méthode et les connaissances solides de la maladie à traiter.

Quel que soit l'agent physique, qui est utilisé pour obtenir la restitution de la fonction musculaire, il est indispensable de tenir compte de la différence des tonicités musculaires des différentes groupes antagonistes. L'observation que nous allons citer est une preuve que la valeur du massage méthodique consiste principalement dans l'utilisation méthodique des propriétés physiologiques de chaque manœuvre, massothérapique suivant l'état pathologique de chaque organe, et de chaque muscle. Tant qu'on ne voudra pas tenir compte de la différence pathologique des divers organes, qui forment le champ massothérapique, aucun agent physique, aussi puissant qu'il soit, ne sera en mesur de donner le résultat attendu. Dans notre travail su le traitement des contractures, nous avons étudié cette question en détail (1). L'observation su vante est une nouvelle preuve que notre conception sur l'application méthodique du massage concorde avec la réalité.

Obs. III. — M. R... fut renversé, il y a deux ans, par son automobile dans les environs d'Ems. Dans cet accident le chauffeur eut les deux jambes fracturées; un ami de M. R., une jambe brisée, et son frère, contusionné. R.. lui-même eut l'épaule droite écrasée par la machine. Au premier moment,nos confrères de Metz, qui examinèrent le blessé, peu de temps après l'accident,diagnostiquèrent une fracture du col de l'humérus. L'un d'eux fit même,deux heures après, la réduction, qui occasionna au malade des douleurs déchirantes. Le bras fut laissé immobilisé pendant 12 jours, et pour mieux assurer l'immobilité il fut collé contre le tronc au moyen du diachylon. 24 heures après la réduction, la main et l'avant-bras du blessé se transformèrent en une masse livide très sensible au moindre mouvement et avec perte complète de la sensibilité.

L'état œdémateux du bras obligea les médecins d'enlever le diachylon. Pour calmer la douleur vive et intolérable on eut recours aux compresses et aux lotions. Il est à remarquer que les compresses froides excitèrent le malade et exagérèrent ses douleurs, alors que les compresses chaudes les calmèrent beaucoup. Profitant d'une légère accalmie, le malade prit le train pour Paris, où ses affaires exigeaient sa présence. Arrivé à Paris,il fut repris de nouveau par de fortes douleurs dans le bras, qui l'empêchèrent de fermer l'œil des nuits entières. On fut même obligé de le piquer à la morphine nuit et jour, tant la douleur était vive.

Une de nos jeunes célébrités chirurgicales,à qui R.s'adressa pour avoir un conseil, reconnut sans difficulté la névrite brachiale et l'envoya chez un de nos confrères massothérapeutes. Celui-ci appliqua à R. le traitement massothérapique classique, selon les règles des écoles suédoises, c'est-à-dire, massage uniforme de toute la région malade, sans tenir compte des différents états pathologiques des organes lésés soumis aux manœuvres massothérapiques.

Le bras fut ainsi massé pendant deux mois et tous les jours. Pour compléter le traitement physiothérapique, le chirurgien y adjoignit encore l'électrothérapie, trois séances par semaine. Durant ces deux mois,le bras de notre malade ne fit presque aucun progrès. Les douleurs furent atténuées un peu,quoique R... continuât à souffrir pendant la nuit et quand on lui faisait faire le moindre mouvement. L'atrophie musculaire continua à faire des ravages. Elle se localisa d'abord aux longs extenseurs du doigt, au court supinateur et surtout au triceps. Ensuite, elle ne manqua pas d'envahir le deltoïde, les sus et sous épineux, le grand dentelé; partiellement, elle atteignit le grand dorsal, les pectoraux et le trapèze. Elle fut complète aux interosseux et aux radiaux. Cette atrophie ne manqua pas de provoquer la contracture des antagonistes : contracture complète du biceps, du rond pronateur et des longs fléchisseurs du doigt. Contracture partielle du coraco-brachial, de l'abducteur du pouce et des masses hypothénar et thénar de la main. En résumé, le bras fut très rapproché du corps, l'avant-bras fortement fléchi sur le bras, et les doigts fléchis sur l'avant-bras; celui-ci tourné fortement en dedans.

Cet état des muscles, que nous avons constaté,quand le malade s'est présenté chez nous pour la première fois, a été compliqué par des troubles vaso-moteurs. La main fut toujours froide et violacée, comme une main gelée, et R... dut porter un gros gant fourré, préparé spécialement. En outre, le malade fut dans l'impossibilité d'exécuter seul le moindre mouvement ni avec son bras, ni avec ses doigts.

Désespéré du peu de progrès que faisait son bras, R... vint consulter M. le Prof. Raymond, qui, après avoir institué le

(Kounindjy.— La contracture musculaire et son traitement par le massage méthodique. (*Journal de Physiothérapie*, 1905.)

traitement interne approprié, l'envoya chez nous pour le traitement par le massage méthodique et la rééducation.

Les troubles trophiques cités plus haut suffisent pour justifier les troubles moteurs du membre malade. Outre l'impotence absolue du bras, le malade avait la sensibilité douloureuse au moindre mouvement brusque de son bras, et, pour éviter cette douleur, il le porta en écharpe, en l'immobilisant aussi complètement que possible. Nous commençâmes, d'abord, par le massage méthodique des muscles de l'épaule; puis, nous massâmes les muscles du bras et de l'avant-bras et, enfin, les muscles de la main. Nous massâmes d'une façon exclusive les muscles en hypotonie et nous laissâmes tranquilles les muscles en hypertonie. Il en résulta que le biceps brachial, le coraco-brachial, le rond pronateur et les longs fléchisseurs des doigts furent abandonnés momentanément, alors que leurs antagonistes bénéficièrent du massage. Cette conduite nous permit d'augmenter la tonicité des muscles atrophiés, ou en voie d'atrophie.

Au bout d'un mois de traitement, R... put déjà exécuter quelques mouvements simples avec son bras : il commença à le soulever un peu latéralement; il le faisait aller en avant et en arrière. Les mouvements passifs, exécutés dans une étendue plus grande, ne provoquèrent plus de douleurs et, sauf une gêne ou une légère douleur, le malade supportait bien ces petits exercices. Pendant cette période, la contracture cédait difficilement, et l'avant-bras, qui commençait déjà à faire de légers mouvements de flexion et d'extension, présentait encore cette puissante corde, qui caractérise si bien la contracture avancée du biceps brachial. La contracture du rond pronateur resta sans modification.

Nous continuâmes notre massage méthodique. Les mensurations suivantes de l'angle de contracture du biceps brachial rendra mieux compte de la marche progressive de l'amélioration du bras de notre client.

L'angle du biceps, mesuré avec le rapportomètre de Jacolin, atteint, au début du traitement, à peine 110°. Après 20 séances, il arriva assez difficilement à 117°-118°. Six semaines de traitement permirent d'obtenir 120°. Un léger arrêt du traitement, qui dura une dizaine de jours, nous empêcha de continuer l'ouverture de l'angle de la contracture brachiale, et ce n'est que trois semaines après la dernière mensuration que nous constatâmes 135° d'écartement.

Trois mois après le début du traitement cet écartement atteint 145°; et six mois après il arrivait à 155° ; sept mois 160° ; enfin, le dernier mois du traitement, l'avant-bras forma avec le bras un angle de 175°. L'extension de l'avant-bras sur le bras se faisait à cette époque sans difficulté et avec une rapidité presque normale. Le biceps brachial devint moins gros et plus effilé; le triceps augmenta de volume. Les muscles de l'épaule prirent une forme normale, de sorte, que là où on n'avait que la sensation d'un muscle aplati, on pouvait facilement sentir les contractions musculaires pendant l'exécution du mouvement. Seule la main laissa encore à désirer. Pourtant elle aussi a tiré un grand profit : d'une main ratatinée, contracturée et fermée, elle devint une main en griffe, très caractéristique. Les doigts possédaient cependant la plupart de leurs mouvements : le malade pouvait s'en servir pour l'attraction et même commençait à écrire avec un crayon. La flexion et l'extension des doigts se faisaient bien, mais irrégulièrement; l'abduction et l'adduction ne se faisaient point. La flexion se faisait par l'ordre suivant : d'abord le petit doigt et l'annulaire, ensuite l'index, le pouce et, enfin, le médius. Pour l'extension, c'est le médius qui commençait, l'annulaire, le petit doigt, le pouce suivaient, et en dernier lieu l'index.

Actuellement, le bras de notre malade est absolument semblable à son bras gauche, sauf la légère difformité de deux doigts du milieu. Il se sert de sa main comme auparavant; signe, écrit et peut l'utiliser pour sa profession. Il n'a plus la sensation du froid et est débarrassé de son gant protecteur. Il a pu même reprendre l'automobilisme, tant ce sport passionne ses victimes, et conduit bien sa machine. De son ancienne infirmité, il ne lui reste que les deux doigts, le médius et l'index, dont un court traitement massothérapique arrivera facilement à avoir raison.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, le traitement massothérapique et la rééducation furent secondés par l'électrothérapie, appliquée par l'un de nos meilleurs électrothérapeutes de Paris. Cette application se faisait trois ou deux fois par semaine et d'une façon méthodique, et nous n'avions pas à craindre ici ni complications, ni obstacles pour notre traitement rationnel.

La chose ne se passe pas toujours ainsi, et souvent l'électrothérapie mal appliquée est plutôt nuisible. Elle devient dangereuse et constitue un véritable obstacle à la marche progressive de la guérison, si elle est faite mal à propos. Pour mieux faire ressortir ce que nous avançons, nous rapportons ici les deux observations suivantes. Dans l'une, le malade subit l'électrisation; dans l'autre, le confrère, avisé, exclut le traitement électrique. Ces deux observations ont encore ceci d'intéressant, qu'elles furent suivies parallèlement et soignées presque en même temps.

Obs. IV. — Dans la première observation, il s'agit d'un homme de 40 ans, maçon de son état, atteint d'une névrite traumatique de l'épaule gauche. Un jour, L... glissa, quand il était en train de ravaler le quatrième étage d'une maison en construction. Se voyant menacé d'une chute dans la rue, L... se recueillit et dévia son corps de côté en donnant de toutes ses forces avec l'épaule gauche contre la fenêtre. Le choc, quoique très vif, ne lui occasionna pas sur-le-champ un très grand mal et il put finir sa journée. Ce ne fut que le soir, qu'il ressentit une vive douleur dans l'épaule gauche, s'exaspérant au moindre mouvement du bras. La douleur augmenta avec une telle rapidité que L... fut obligé de réclamer d'urgence les soins médicaux. Outre les douleurs vives le long du bras gauche, L... présenta encore une élévation de la température avec un état général défectueux. Le médecin appelé, crut à une simple arthrite traumatique et conseilla des frictions avec un liniment ordinaire, deux fois par jour. La douleur, au lieu de diminuer, augmenta au contraire. Le malade s'adressa alors au médecin de la Compagnie d'assurance contre les accidents du de travail. Celui-ci, confirmant l'arthrite traumatique simple, conseilla de continuer les frictions et recommanda des mouvements passifs de l'épaule. Les frictions, faites par la femme du malade, accélérèrent les douleurs. Bientôt l'œdème vint compliquer le tableau ; le bras devint impotent. Le malade était pris d'angoisse, criait, quand il déplaçait son bras, quand il se couchait; en un mot, les douleurs étaient tellement fortes que le moindre mouvement du bras lui arrachait des cris. C'est alors que le médecin de la Compagnie envoya L... se faire électriser par un électricien-empirique, attaché à la dite Compagnie, non pas comme électricien-ouvrier, mais comme électrothérapeute. L'électricien fit 20 séances d'application électrique et le malade continua à souffrir, comme auparavant Il affirma même, qu'après chaque séance d'électricité, il se trouvait plus mal. Le médecin de la Compagnie eut alors recours aux pointes de feu, appliquées toutes les deux semaines. La première série des pointes de feu fut tellement douloureuse que le malade se décida à renoncer aux soins du confrère de la Compagnie et s'adressa à notre ami, le chirurgien Finet, qui l'envoya immédiatement chez nous. De cette manière L... avait traîné avec sa névrite deux mois de suite. La dégénérescence nerveuse commençait déjà son œuvre et l'atrophie musculaire avait fait des grands progrès. Au premier examen du malade nous constatâmes avant tout une atrophie avancée du deltoïde, l'atrophie presque complète du grand dorsal, des sus et sous-épineux ; l'atrophie partielle du trapèze, des pectoraux, du grand rond, du triceps et une légère contracture du biceps brachial. Il s'était formé déjà un léger angle de contracture du coude gauche, dont l'ouverture ne pouvait atteindre que 165°. Nous trouvâ-

mes en outre une contracture partielle du rond pronateur et une légère contracture des longs fléchisseurs des doigts.

Le malade pouvait lever son bras latéralement à une petite distance. Il était dans l'impossibilité de ramener son bras en arrière; et lorsque son bras se trouvait en arrière, il ne pouvait l'amener en avant. En un mot, le malade présentait une névrite traumatique caractéristique de plusieurs nerfs du plexus brachial, surtout du circonflexe et un peu du radial. En outre, il présenta une ankylose partielle de l'épaule avec contracture légère du biceps brachial, et du rond pronateur; un engourdissement du bras avec fourmillement de la main.

Nous avons commencé notre traitement suivant notre méthode : par le massage méthodique d'abord, afin d'atténuer les douleurs et d'augmenter la tonicité musculaire; ensuite, quand la douleur commença à s'atténuer, nous avons ajouté la série d'exercices appropriés à la rééducation. Nous faisons trois séances de massage méthodique et trois séances de rééducation par semaine.

L'amélioration ne se fit pas attendre. Au bout de deux mois, notre malade fut déjà bien amélioré : il put déjà lever son bras au-dessus de l'horizontale, l'amener en arrière, le porter en avant et le poser sur l'épaule droite sans aucune peine. Encore un mois de traitement et notre malade put déjà lever son bras en haut, le porter en arrière, sur l'épaule droite, sur la tête, etc.

Néanmoins, il conserva un reliquat de son ankylose et fut dans l'impossibilité de mettre les deux mains au même niveau lorsque les deux bras furent tendus en l'air. La main droite dépassait la main gauche de 5 cent. Une série d'exercice et le massage ultérieur n'ont pas pu vaincre définitivement cette ankylose. La différence entre les deux bras tendus en l'air resta égale à trois centimètres. Mais, comme cette infirmité ne présente qu'un inconvénient secondaire dans la vie de cet homme, il dut renoncer au traitement et obtint une petite rénumération de la Compagnie. Actuellement, il a repris son métier et l'exécute comme avant son accident.

Obs. V.— La deuxième observation de névrite brachiale, traitée en même temps que le malade précédent, concerne une dame atteinte d'une névrite par compression. Il y a trois ans Mme M... s'aperçut de la présence d'une grosseur sur l'épaule gauche. Celle-ci augmentait progressivement de volume. Tant que la grosseur ne gênait pas la patiente, elle ne s'inquiétait pas outre mesure. Mais, un jour, la grosseur devenant plus volumineuse, la malade ressentit une douleur lancinante le long du bras gauche. Cette douleur, d'abord fugitive, devint ensuite tenace et commença à tourmenter la patiente jour et nuit. Après consultation de son médecin il fut reconnu qu'il s'agissait d'un lipome avec prolongation vers le creux axillaire. Le médecin conclut avec raison à une intervention chirurgicale. La patiente négligea le conseil au premier abord; mais, comme le bras devint lourd, la douleur plus vive, plus forte, elle accepta l'opération. Celle-ci faite dans des bonnes conditions, le bras resta immobilisé pendant trois semaines, un mois. A la fin de cette époque, elle vint nous demander notre avis sur l'impotence de son bras. Après avoir examiné attentivement le bras de la malade, nous constatâmes une névrite du circonflexe très avancée, et une névrite partielle du radial et du cubital. Au début, comme signes de cette névrite, nous constatâmes une atrophie très avancée du deltoïde, des sus et sous-épineux; une atrophie partielle du grand dorsal, du grand dentelé, du triceps et du trapèze. La malade était donc dans l'impossibilité de lever son bras ni latéralement, ni en avant. L'écartement du bras du tronc ne dépassait pas l'angle de 35°. La flexion de l'avant-bras sur le bras se faisait bien; l'extension laissait à désirer. On constatait même une légère contracture du biceps et du rond pronateur; le bras était légèrement fléchi et tourné en dedans.

L'amaigrissement était surtout caractéristique à l'épaule. Celle-ci avait perdu sa forme ronde et les épiphyses osseuses se présentèrent comme dénudées. Les muscles sus et sous-épineux avaient presque disparu. Le grand dorsal présentait à sa partie inférieure une poche flasque remplie par le muscle en voie d'atrophie. Nous avons souvent rencontré cette forme caractéristique de la partie inférieure du grand dorsal, quand ce muscle est atteint d'une paralysie flasque. En résumé, notre malade présentait un bras mi-infirme, presque impotent quand nous avons commencé le traitement par le massage méthodique.

Un mois après, la malade pouvait déjà lever le bras au-dessus de l'horizontale.

Deux mois après le début du traitement, elle leva son bras en haut, le plaça sur sa tête etc. Encore un mois de traitement et notre malade fut complètement guérie.

Dans ce cas l'électrothérapie n'a pas été utilisée ni sous forme de courant continu, ni sous une autre forme.

Le massage méthodique et la rééducation formèrent les deux facteurs du traitement. Nous avons constaté un avantage réel, en n'ayant pas recours à l'électrothérapie, et si nous avons pu obtenir ici un bon résultat relativement plus vite que dans l'autre cas, c'est parce que nous n'avons utilisé que les deux agents thérapeutiques, qui, à peu près seuls, se prêtent à une application méthodique.

L'hydrothérapie peut rendre également un service, comme tonifiant de l'état général. Jamais, l'hydrothérapie seule ne serait capable de restituer l'intégrité des tissus altérés par la névrite. L'hydrothérapie peut être utile pour calmer les douleurs, pour atténuer les excitations nerveuses générales, contre l'insomnie, mais elle reste impuissante contre les troubles trophiques des névritiques. Pour M. Beni-Barde la douche écossaise, les étuves et les maillots peuvent être utiles dans la période douloureuse. Dans la période paralytique on pourra avoir recours aux douches excitantes, suivies du massage, ou à la douche alternative (1).

Telles sont quelques-unes de nos observations typiques, qui démontrent l'utilité du massage méthodique et de la rééducation dans le traitement des névrites ou des polynévrites. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La poussière et les routes.

La lutte contre la poussière des routes est d'invention récente : cette question est à peine indiquée dans les traités d'hygiène datant d'une dizaine d'années. On y parle des inconvénients des poussières, de leur composition, de la manière de les doser, mais ce sont plutôt des questions de laboratoire que des travaux d'hygiène générale. Il a fallu le développement si rapide des automobiles qui sillonnent aujourd'hui les routes (100 voitures en une minute à St-Cloud sur la route de Versailles, le dimanche par exemple) pour appeller l'attention des hygiénistes et des municipalités. Les villas construites le long de belles routes fréquentées par les automobiles étaient devenues inhabitables par suite des poussières soulevées par tous ces véhicules à marche rapide. Le seul moyen connu pour atténuer les inconvénients de la poussière était l'arrosage à l'eau, procédé onéreux, nécessairement limité, et d'une efficacité dou-

(1) Beni-Barde. — *Hydrothérapie des maladies chroniques*, p. 295.

teuse. Les Ponts et Chaussées, en 1880, avaient tenté le *goudronnage* des routes, mais ce ne furent que des tentatives timides. Grâce à notre confrère, le docteur Guglielminetti (1), de Monaco, les essais de goudronnage se sont multipliés, et aujourd'hui ce procédé est mis en pratique dans un grand nombre d'endroits. M. Louis Vasseur (2) a fait paraître un travail intéressant en février 1906 ; nous y avons puisé nos renseignements. Dès maintenant le *goudronnage* est entré dans la pratique courante, et les automobiles peuvent circuler sans laisser d'épais nuages de poussière. *L'arrosage aux huiles bitumineuses* solubles a également donné de bons résultats.

Le *goudronnage* en France, s'exécute avec le goudron de houille qui ne peut être répandu que chaud, à une température de 60 à 70° ; vers 80°, il mousse tout à coup à la façon du lait, et déborde des récipients, ce qui l'expose à s'enflammer au contact du foyer ; on doit donc surveiller très attentivement le chauffage du goudron. On a préconisé également des goudrons dépouillés de l'eau ammoniacale et des produits légers inflammables : l'enlèvement des huiles légères ne peut qu'influer d'une façon défavorable sur la pénétration du produit dans la chaussée.

Il est un point, relativement au *mode d'emploi*, sur lequel les ingénieurs n'insistent pas assez ; souvent même ils n'en parlent pas : c'est de n'appliquer le goudron que sur une chaussée en très bon état ou neuve ; sinon le goudronnage ne tient pas longtemps. Le goudronnage doit être exécuté par temps chaud et sec, après balayage soigné de la chaussée qu'il faut débarrasser de toute trace de poussière, celle-ci empêchant, de même que l'humidité, la pénétration du goudron. Le goudron, chauffé à 70°, est répandu sur le sol en couche uniforme ; les appareils utilisés sont très nombreux. La quantité de matière à employer varie avec la nature de la chaussée, la fluidité de la matière, entre 1 kilogr et 1 kg. 60 par mètre carré. Après achèvement du goudronnage la circulation reste interrompue pendant la période de séchage qui varie de 24 à 48 heures. En outre, il est nécessaire de sabler légèrement la chaussée, ce qui facilite la prise du goudron et empêche son entraînement par les roues des véhicules.

Le prix de revient total varie de 0 fr. 10 à 0 fr. 20 par mètre carré, il varie avec la valeur du goudron, la quantité répandue et l'organisation du chantier. Le goudronnage doit être renouvelé tous les ans sur les voies à forte circulation, tous les deux ou trois ans sur les voies à faible circulation ; mais cette dépense est compensée par l'économie réalisée sur l'entretien de la route. « Les routes goudronnées (3), dit M. Vasseur, sont exemptes de poussière. Il ne s'en produit plus par suite d'usure de la chaussée. Les balayages ou arrosages y sont très efficaces et peuvent être rendus beaucoup moins fréquents. La supériorité des routes goudronnées n'apparaît pas seulement par temps sec. Sauf de rares exceptions, la boue y est beaucoup moins abondante en cas de pluie. L'eau ne pénétrant pas dans le sol, le séchage y est rapide. La neige y fond plus rapidement qu'ailleurs ». Nous avons donné ces conclusions parce qu'elles ont été écrites par un ingénieur des Ponts et Chaussées, et que, généralement, les Ponts et Chaussées se sont montrés ennemis du goudronnage.

L'arrosage aux huiles bitumineuses solubles n'exige ni appareils spéciaux, ni interruption de la circulation, en sacrifiant un autre élément de la question : la durée. On se sert d'huiles bitumineuses rendues solubles dans l'eau ou employées en émulsion, ce qui permet de les mélanger à l'eau d'arrosage et d'utiliser les appareils habituels, tonneau, lance, etc. Les huiles se déposent sur le sol en se séparant de l'eau : à l'air et à la lumière elles s'oxydent et redeviennent insolubles. Ces produits, très nombreux, ont l'inconvénient commun de n'être efficaces que pendant un temps très court, quelques jours, au plus quelques semaines.

MARTHA.

(1) *Progrès Médical* du 18 novembre 1905, p. 815 : « Guerre à la poussière ».

(2) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* : « La lutte contre la poussière », par Vasseur, ingénieur des Ponts et Chaussées, fév. 1906. Baillière et fils.

(3) *Annales d'hygiène publique*, loc. cit.

Ouverture de cours.

Cours de Pathologie externe : M. MARION, agrégé.

M. le Prof. Lannelongue se fait suppléer, cette année, par M. Marion, professeur agrégé, qui a choisi pour sujet du cours les affections traumatiques des membres et des organes génito-urinaires. Dans sa première leçon, M. Marion a parlé des fractures et luxations de la clavicule. Rien de transcendant, rien de théorique, au contraire on sent que le professeur cherche à faire un cours simple et surtout pratique.. Tout ce qu'il a dit se trouve dans les livres classiques et on y trouve même davantage. On y peut lire un article synthétique sur la fracture de la clavicule, on voit l'affection dans toutes ses variétés, mais pas le malade, le traumatisé. M. Marion a comblé cette lacune et par là il a fait du cours ce que tous les cours devraient être, des démonstrations de malades, improvisés pour le besoin de la cause et représentés par des élèves. L'idée de M. Marion est excellente et montre que, pour faire un enseignement utile on n'a pas absolument besoin de l'hôpital. Une autre innovation de Marion consiste à exécuter sous les yeux des auditeurs le traitement, du moins provisoire, d'une affection traumatique et tandis qu'on nous disait dans le temps, après une longue dissertation sur l'anatomo-pathologie et les théories du mécanisme de la fracture, de placer une écharpe de Major, M. Marion nous a montré d'abord cette écharpe puis l'a mise en place devant nous. Cela s'appelle faire un enseignement pratique, ou je ne m'y connais pas.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie, animaux articulés.* — M. E. L. BOUVIER, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le lundi 3 décembre 1906, à dix heures et demie du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. (Le cours sera divisé en trois parties : 1° Histoire naturelle des arachnides et principalement des araignées, le lundi et le mercredi, du 3 décembre 1906 au 12 février 1907 (20 leçons), dans la galerie de zoologie ; 2° Conférences sur les crustacés du groupe des crabes, en présence des matériaux de la collection, le vendredi, du 7 décembre 1906 au 8 février 1907 (9 conférences), dans le laboratoire d'entomologie (rue de Buffon, n° 55) ; 3° Armature vulnérante des articulés piqueurs et suceurs (scorpions, araignées, ixodes, scolopendres, taons, moustiques, etc.), les vendredi 14, lundi 17, mercredi 19 et vendredi 21 février 1907, dans la galerie de zoologie. Des conférences-promenades, annoncées par des affiches manuscrites, seront faites par le professeur dans la galerie d'entomologie appliquée, au cours de la belle saison.

*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1906.

Recherches expérimentales démontrant que l'anthracose des poumons est due à l'inhalation et non à la déglutition des poussières atmosphériques.

MM. G. Küss et Lobstein présentent une note relative à des expériences réalisées sur le cobaye, et d'où ils tirent les conclusions suivantes :

1° L'anthracose pulmonaire expérimentale peut être réalisée à coup sûr et facilement che le cobaye en plaçant l'animal pendant quelques heures dans une atmosphère de fumée relativement peu dense (contenant par mètre cube 15 à 20 ctg. de noir de fumée à l'état de poussière impalpable) ;

2° L'anthracose pulmonaire se produit dans ces conditions par inhalation et non par déglutition : en effet, elle atteint la même intensité lorsqu'on pratique au préalable la ligature de l'œsophage ou du pylore ou bien lorsque la réplétion alimentaire de l'estomac empêche (dans une expérience de courte durée) les poussières dégluties d'arriver jusqu'au duodénum :

3° Les faibles quantités de noir de fumée qui suffisent pour déterminer par inhalation une anthracose pulmonaire très marquée ne produisent qu'une anthracose pulmonaire insignifiante ou nulle si on les introduit dans l'organisme par voie d'ingestion.

Lorsqu'on trouve à la suite des repas anthracosiques, des poussières dans les poumons et dans les ganglions trachéo-bronchiques, cette très légère anthracose présente la disposition histologique d'une anthracose venue par les voies aériennes ; d'autre part les ganglions mésentériques sont toujours absolument indemnes ; cette anthracose est donc attribuable à une inhalation antérieure ou concomitante.

Présence du tréponème pâle dans le testicule d'un nouveau-né hérédo-syphilitique.

M. Ch. Fouquet. — MM. Levaditi et Sauvage ont communiqué, au mois d'octobre dernier, l'observation d'un cas de pénétration du tréponème pâle dans l'ovule ; de son côté, l'auteur a trouvé des tréponèmes dans le foie, la rate, les reins et, notamment, dans les testicules d'un enfant mort-né à terme, dont la mère présentait des symptômes de syphilis secondaire en pleine évolution.

La présence de tréponème dans les testicules permet d'expliquer les cas de syphilis de troisième génération — syphilis atavique — dans lesquels les petits-enfants portent encore les marques de l'infection syphilitique de leurs grands-parents. Les tréponèmes peuvent en effet ne retrouver leur virulence qu'au moment de la procréation. Il importe donc de soumettre au traitement spécifique tous les enfants issus de parents syphilitiques, même s'ils ne présentent aucun accident, afin d'arrêter l'infection syphilitique dès la deuxième génération.

Cytologie et pathogénie des kystes spermatiques.

M. J. Sabrazès, après avoir exposé les constatations qu'il a faites sur les éléments histologiques en suspension dans le liquide de quatre kystes spermatiques, conclut que ces constatations sont en faveur de la conception pathogénique de Gosselin (épanchement traumatique de liquide séminal dans le tissu cellulaire ambiant, tassé en néomembrane kystique), et de celle de M. Poirier (ouverture du canal épididymaire dans une cavité séreuse préexistante résultant de la soudure et de l'enclavement, au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme, des deux feuillets du cul-de sac sous-épididymaire).

Les spermatozoïdes contenus dans ce kyste y sont en grande partie immobiles et plus ou moins dégénérés et agglutinés : ils subissent l'assaut des macrophages émanés des parois, qui les résorbent en partie. M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 novembre 1906.

Elimination rénale.

MM. Achard, Demanche et Faugeron ont étudié l'élimination diurne et nocturne d'urine en donnant à 6 heures du matin et à 6 heures du soir, pendant plusieurs jours, la même dose de bleu de méthylène.

La station verticale facilitant l'élimination, il faut distinguer les sujets qui sont alités de ceux qui se lèvent dans la journée.

Sur 23 sujets alités, 14 ont éliminé plus de bleu le jour que la nuit ; ils n'avaient ni lésion rénale, ni trouble grave de la circulation générale ; 8 autres, dont 6 avaient des lésions rénales, ont éliminé plus de bleu la nuit ; chez un cardiaque, avec légère albuminurie, la quantité a été égale.

Chez des sujets qui se levaient le jour, l'élimination nocturne du bleu a été prépondérante ; l'écart était beaucoup plus grand que chez les malades constamment alités. Chez les sujets qui gardaient le lit, la prédominance diurne est peut-être due à l'activité plus grande de toutes les fonctions qui facilitent l'élimination, si les reins et le cœur fonctionnent bien ; la prédominance nocturne résulte de ce que quand ces organes sont défectueux, l'état de veille les fatigue, tandis que le repos nocturne leur rend le fonctionnement plus facile.

Les changements de régime n'ont pas modifié ces résultats ; la digitale, chez un cardiaque, a rapproché les conditions de l'état normal.

Le volume des urines, le chlore urinaire, n'ont pas toujours suivi les variations accusées par le bleu, ce qui est sans doute dû à ce que ces substances n'étaient pas mesurées avec l'exactitude du bleu.

Injections de virus rabique et de sérum antirabique.

M. Remlinger a inoculé à un groupe d'animaux du sérum normal de cheval ou de mouton, du sérum antidiphtéritique ou tétanique ; puis à un mois de distance, il les a vaccinés par un mélange de virus fixe et de sérum antirabique. Un 2e groupe vacciné d'abord et injecté ensuite avec les mêmes sérums ont montré dans tous ces cas que les accidents d'anaphylaxie manquaient où étaient peu nets. La méthode de A. Marie par le mélange des virus et des sérums offre donc une innocuité pour la vaccination antirabique.

Circulation veineuse intrahépatique.

MM. Gilbert et Villaret. — Au moyen d'injections portales ou sushépatiques de masses gélatineuses coloriées ou de solutions pulvérulentes fixes, les auteurs ont pu démontrer que l'indépendance veineuse des lobes du foie n'existe pas, sauf quand l'injection est faite dans le tronc biliaire de la veine porte.

Chez les injectés aussitôt après la mort, le liquide est centré autour du pôle lobulaire opposé au point d'injection, par une sorte de défense ou de réaction organique.

Hypertrophie des surrénales.

MM. Sabrazès et Husnot (de Bordeaux) ont examiné les surrénales de 40 vieillards de 60 à 90 ans ; ces glandes s'hypertrophient avec l'âge et deviennent mamelonnées, comme hérissées d'adénomes multiples à cellules alvéolaires. Ces adénomes peuvent être inclus dans des coques fibreuses siégeant dans la capsule d'enveloppe ou au-dessous d'elles, ou dans le tissu glandulaire. C'est un processus qui rappelle les évolutions nodulaires avec cirrhose du foie ou du rein.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre

Le cancer de la langue (suite).

M. Fournier rappelle et approuve la conclusion de M. Poirier : « Tout le monde ne peut pas avoir un cancer lingual ; deux conditions sont à peu près indispensables pour cela : il faut être fumeur ou syphilitique, et ceux qui réunissent ces deux conditions, surtout la dernière, ont beaucoup plus de chances que les autres... On pourrait donc donner au

cancer lingual le nom de *cancer des fumeurs syphilitiques*, etc.»

Il insiste 1° sur la nécessité de l'ablation large et précoce au point de vue thérapeutique ; 2° sur le danger du tabac au point de vue de la prophylaxie.

Guéneau de Mussy disait : « La vérole est un fumier sur lequel germent toutes les pourritures ». Sous l'influence de causes assez banales les syphilitiques sont exposés à toute une série de complications graves. Tabes, paralysie générale, leucoplasie buccale, cancer de la langue, rentrent au même titre dans ces affections parasyphilitiques.

Sur 155 malades atteints de cancer de la langue, M. Fournier a rencontré la syphilis chez 134, soit 80 %. Les chiffres de M. Poirier sont identiques. Sur 32 malades opérés par lui, 27 étaient certainement syphilitiques, 3 étaient suspects de syphilis. L'observation du chirurgien donne donc des chiffres encore plus élevés que ceux du spécialiste.

Tontefois la syphilis produit bien souvent à elle toute seule le cancer de la langue. Elle doit s'associer à l'usage ou plutôt à l'abus du tabac. Le fumeur modéré, le petit fumeur syphilitique, est généralement et presque constamment épargné tandis que celui qui paie tribut au cancer, c'est le fumeur émérite, le grand fumeur, le fumeur *enragé*, qui ne quitte la pipe ou, plus spécialement encore, la cigarette, que pour manger ou dormir.

Cette influence nocive, pernicieuse du tabac est bien mise en évidence par certaines remarques de clinique, telles que les deux suivantes :

1° C'est que le cancer lingual est rare, tout à fait rare chez les syphilitiques qui ne fument pas ;

2° C'est qu'il est rare, tout à fait rare chez la femme qui ne fume que rarement ou qui, lorsqu'elle fume, s'en tient généralement à des doses modérées de tabac, sans tomber dans ces abus excessifs, extraordinaires, qui sont si communs chez l'homme.

Dans cette collaboration pathogène de la syphilis et du tabac, quel est, des deux associés, celui dont l'influence nocive se montre prédominante et plus particulièrement décisive en faveur de cette œuvre néfaste : la production du cancer ?

Réponse : La syphilis, assurément. Car :

1° Il est des cas où la syphilis suffit seule à la genèse du cancer. M. Fournier en rapporte une très belle observation chez une femme qu'il a soignée avec le Pr Le Dentu.

2° On trouve peu de sujets contractant le cancer lingual dans le camp des syphilitiques non fumeurs ;

3° On en trouve moins encore dans le camp des fumeurs non syphilitiques, et cela malgré d'énormes excès de tabac.

En outre, la syphilis n'aboutit que rarement d'une façon directe au cancer de la langue. Elle y aboutit par l'intermédiaire d'une lésion locale et très spéciale, la leucoplasie.

Le professeur Fournier termine par une conclusion thérapeutique des plus importantes, fondée sur la gravité de ces accidents parasyphilitiques, leur résistance au traitement spécifique, leur apparition tardive. C'est par un traitement précoce, intensif, suffisamment suivi et prolongé, par un souci plus sérieux non seulement de guérir les manifestations syphilitiques mais de les prévenir, qu'on arrivera à éviter ces complications si résistantes et si graves.

Le vieillissement du vaccin.

M. Kelsch montre que le vieillissement ne débarrasse pas le vaccin des microbes virulents qui peuvent parfois se trouver mélangés à la pulpe. Ce mélange est d'ailleurs rare. On l'évitera beaucoup plus sûrement par une extrême propreté et une asepsie rigoureuse en récoltant la pulpe. On rejettera les croûtes, qu'on recueille habituellement comme très actives, et qui sont le gîte habituel des microbes pathogènes.

Les remèdes de bonnes femmes.

Au début de la séance, M. Bourquelot a présenté un livre très original et très curieux des Drs Cabanès et Barraud, intitulé : *Les remèdes de bonnes femmes*. Ce livre fait suite à l'étude entreprise par le Dr Cabanès sur les remèdes d'autrefois.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1906.

Prostatectomie transvésicale.

M. Legueu insiste dans la supériorité du doigt aux instruments dans les manœuvres de décortication de la prostate. Le doigt seul permet de trouver le plan de clivage et de le suivre. Les manœuvres à l'aide du doigt donnent une sécurité telle qu'il fait actuellement l'opération sans recourir, comme autrefois, au doigt rectal. M. Legueu pense qu'on a tout intérêt à conserver l'urèthre prostatique pour en tapisser la loge prostatique cruentée ; en outre, le tamponnement de cette loge lui paraît une mesure sage de nature à réduire les risques d'hémorrhagie ; enfin le drainage est de rigueur, la plupart des malades opérés étant infectés.

Etranglement de l'intestin à travers un diverticule de Meckel adhérent et ouvert au niveau de l'ombilic.

M. Tuffier fait un rapport sur cette observation communiquée à la Société de Chirurgie par M. Le Toux (de Vannes).

Traitement chirurgical des néphrites hématuriques.

M. Pousson (de Bordeaux) a eu l'occasion d'intervenir dans trois cas de néphrite hématurique. Deux fois il pratiqua la néphrectomie, une fois la néphrotomie. Il y eut guérison complète dans tous les trois cas ; bien qu'il ne pratiquât la néphrotomie qu'une seule fois, il considère néanmoins cette opération infiniment préférable à l'ablation du rein, vu que la simple néphrotomie est moins grave et tout aussi efficace ; d'autre part, l'incision est préférable à la décapsulation puisqu'elle décongestionne mieux le rein et elle permet, en outre, l'exploration de l'organe.

Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1906.

Injections d'huile grise.

M. Queyrat a fait à Cochin et à Ricord de 7000 à 10.000 injections d'huile grise sans accident grave. Les pilules, par contre, provoquaient chez ses malades de la diarrhée et de la stomatite. M. Queyrat croit que l'huile grise est parfaitement dosable et qu'elle atténue les accidents secondaires si elle est donnée en quantité suffisante (0,14 ctgr. par semaine).

Il faut se méfier des syphilitiques, qui très souvent vont de service en service se faire bourrer de Hg dans l'idée de guérir plus vite. Ceci s'observe chez les individus des classes moyennes qui veulent guérir le plus rapidement possible. M. Queyrat résume son opinion sur le traitement ainsi : En première ligne : frictions mercurielles faites avec soin, injections de calomel ou d'huile grise ; en deuxième ligne : sels solubles ; en troisième ligne : pilules, liqueur de Van Swieten.

Epistaxis méningées au cours des maladies à hypertension.

MM. Vaquez et Esmein. — Les maladies hypertensives (saturnisme, éclampsie, urémie) donnent facilement lieu à des hémorrhagies qui sont surtout graves lorsqu'elles atteignent les centres nerveux (hémorrhagies cérébrales et méningées). Elles sont d'un pronostic moins défavorable, lorsque ce ne sont que des épistaxis, purpuras, hémorrhagies gingivales, etc.

Elles reconnaissent toutes une altération vasculaire et une hypertension très marquée. Les petites hémorrhagies des centres nerveux ne peuvent se dépister qu'avec un peu d'attention. On les observe chez les brightiques surtout, qui présentent des céphalées violentes et qui ont une pression artérielle très forte (25 ctm.)

Le liquide retiré par ponction lombaire présente des hématies en assez grand nombre et ultérieurement une lymphocytose presque pure. Cette lymphocytose peut donc n'être qu'un résidu d'une hémorrhagie minime antérieure et le liquide céphalo rachidien ne peut plus contenir d'hématies. On doit dans ces cas, où l'on soupçonne une hémorrhagie, faire la ponction au moment des poussées de céphalée qui sont surtout occipitales et très intenses. La ponction peut devenir un moyen de soulagement si on les fait assez copieuses (20 à 40 c.c.)

Parotidite suppurée double dans le cancer de l'estomac.

MM. Barié et G. Billaudet rapportent l'observation d'un homme qui a succombé à un cancer de l'estomac compliqué à la fin d'une parotidite suppurée bilatérale due au staphylocoque et au tétragène. Ces parotidites assez fréquentes dans les cachexies et les grandes infections reconnaissent pour cause directe une augmentation de la virulence des microbes ordinaires de la bouche par altération de la salive et du parenchyme glandulaire. L'absence d'alimentation a certainement aussi une influence.

Une antisepsie locale permet certainement d'éviter cette parotidite qui est très douloureuse. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h.45. — Le procès-verbal de la séance précédente est lu, mis aux voix, et adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Le journal *Le Médecin praticien* ; un ouvrage allemand illustré sur les bains d'Ems.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de candidature au titulariat du Dr Schisgal, envoyant à l'appui plusieurs brochures. Dans cette lettre, M. le Dr Schisgal, russe d'origine, déclare qu'il est naturalisé Français, mais ne se recommande d'aucun parrain, membre de la Société.

Dans ces conditions, la Société décide d'ajourner l'examen de cette candidature qui ne pourra être prise en considération que le jour où le candidat se sera conformé à l'usage qui exige l'appui de deux parrains, membres titulaires.

2° Lettre de M. Duclos, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et lire son travail ; 3° Lettre du Dr Bizard remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ; 4° Lettre du Dr Charles de Blois, du Canada, informant la Société qu'il n'a pas encore reçu son diplôme. Cet envoi a été fait récemment par les soins du trésorier.

La Société se constitue en comité secret pour examiner diverses questions d'ordre administratif.

M. Coudray communique le résumé de son travail sur « **L'avenir des sujets atteints d'ectopie testiculaire** *sera publié*). »

M. Mouzon demande si, pour arriver à la descente du testicule, il faut employer une manœuvre spéciale.

M. Coudray. — Aucune manœuvre spéciale ; il faut d'abord sentir le testicule, prendre le cordon à la base du testicule et chercher à allonger le cordon. Cette manœuvre est parfois un peu longue, mais utile jusqu'à ce que la testicule soit mobile au-dessous de l'anneau.

M. Berne. — Comment M. Coudray arrive-t-il à sentir dans l'abdomen le testicule ?

M. Coudray. — On arrive à sentir, d'une façon vague d'abord, une petite tumeur dans la fosse iliaque, ce que j'ai fait dans le cas que je viens de relater, et on agit comme je viens de le dire, par pression, durant 5, 6, ou 10 minutes ; Tuffier a, dans un mémoire publié en 1890, insisté sur ce fait que les tractions faites sur le testicule sont très peu sensibles.

M. Desnos. — Les résultats que M. Coudray nous apporte sont des plus encourageants et le procédé qu'il emploie mérite d'être connu et vulgarisé. On obtient certainement plus ainsi qu'avec une opération sanglante — avant la puberté, tout au moins — et même lorsqu'une opération a amené la descente du testicule dans les bourses, des massages et des tractions méthodiques sont encore nécessaires pour assurer le maintien du bon résultat. Un insuccès opératoire peut même nuire à la descente physiologique ultérieure, et j'ai souvenir d'un enfant de 11 ans, double cryptorchide, qui avait été opéré d'un seul côté. Le testicule, quelques mois après, était remonté dans l'anneau ; à la puberté, la descente se fit du côté non-opéré et pas de l'autre.

Chez l'adulte, la seule indication opératoire est la gêne et la douleur, car le testicule reste impropre à la fonction génératrice, même s'il est ramené dans le scrotum. Toutefois la descente et la fixation dans le scrotum sont préférables à la castration ; car le testicule possède, comme on sait, un double rôle, et la sécrétion interne qui préside à la virilité est ainsi conservée.

La séance est levée à 6 h.

Le secrétaire annuel,
Dr Mortier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 novembre 1906.

Accidents spécifiques graves au cours d'une syphilis récente malgré un traitement intensif.

M. Dalché a observé un insuccès remarquable du traitement mercuriel précoce et très énergique. Un homme de 35 ans, sans antécédents alcooliques ou tabagiques, pas nevropathe a subi depuis l'apparition du chancre il y a 18 mois un traitement mercuriel par piqûres d'huile grise (30). Au bout de six semaines, paralysie du bras gauche, puis hémiplégie droite avec céphalée très intense.

Pas d'amélioration de ces symptômes par l'huile grise.

Il s'agissait probablement d'artérite, qui est fréquente dans la période secondaire.

M. G. Baudoin. — Les cas de syphilis qui résistent à tout traitement ne sont pas exceptionnels.

M. Gautier a observé deux faits comparables à celui de M. Dalché.

Une ouvrière, intoxiquée chronique par le Hg par sa profession contracta une syphilis à forme maligne. Chez un autre syphilitique la médication intensive ne donna aucune amélioration. La suspension du traitement antisyphilitique, un traitement tonique et la reprise du traitement mercuriel à dose faible furent couronnés de succès.

M. Le Gendre a observé un cas semblable à celui de M. Dalché, plus grave encore parce que la malade succomba à une sorte de gâtisme cérébral. Il croit que le traitement intensif, chez certains prédisposés, nuit à la résistance contre l'infection. Les syphilis graves de l'époque des fumigations mercurielles parleraient en faveur de cette opinion. L'intoxication mercurielle, au lieu de combattre l'infection spécifique, la favorise au contraire.

M. Rosenthal entretient la Société sur l'emploi des exercices physiques au cours de la période de germination de la tuberculose chronique. Friedel.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 20 novembre. — Présidence de M. Comby.

Accidents provoqués chez des enfants par ingestion accidentelle d'insectes.

M. Guinon communique, au nom de M. le Dr Dufour, de Fécamp, deux observations de ce genre, dans lesquelles des accidents nerveux, brusquement survenus à la suite d'un repas, disparurent très rapidement après évacuation, par les selles, d'une espèce de chenilles vivantes, dans le 1er cas, morte dans le 2e cas. Dans la 1re observation, il s'agissait d'une fillette de 6 ans, lymphatique, mais de bonne santé habituelle laquelle, au cours d'une collation sur l'herbe, avait avalé, en même temps qu'un morceau de chocolat qu'elle mangeait, quelque chose d'anormal dont elle n'avait pas eu le temps de reconnaître la nature. Quelques instant plus tard, cette enfant avait été prise de convulsions avec grincements de dents, strabisme et contractures diverses. On avait alors administré un lavement ; celui-ci avait amené l'expulsion d'une espèce de chenille blanchâtre, longue de 4 centimètres, et vivante, et après cette évacuation les accidents avaient immédiatement cédé sans persistance d'aucun trouble à la suite.

Dans la seconde observation, le malade, enfant de 5 ans, avait été pris dans des conditions assez analogues, c'est-à-dire presque immédiatement après un repas, de phénomènes convulsifs brusques avec état semi-comateux ; un lavement avait été de même administré sans retard, et l'on avait trouvé, dans les matières dont il avait provoqué l'évacuation, une chenille à tête brune, morte. Puis dans ce cas comme dans le précédent, tout était rentré dans l'ordre aussitôt après cette expulsion.

L'auteur de la communication pense que les accidents nerveux observés chez ces deux enfants et dont la cessation a été si nettement en rapport avec l'expulsion de la chenille avalée au tout récent repas précédent, doivent être considérés comme rentrant dans la catégorie des accidents réflexes provoqués par la présence d'un corps étranger dans l'intestin, sans autre rapport avec la nature de ce corps étranger.

M. Variot rapproche ces accidents de ceux que l'on connaît comme phénomènes en rapport avec la présence d'amas d'helminthes, ascarides en particulier dans le tube digestif, et il rappelle à cet égard les troubles morbides divers que peut provoquer chez les herbivores l'absorption d'animalcules avalés en même temps que les végétaux qu'ils broutent.

Sur les variations de la composition du lait de femme et sur quelques influences qui peuvent les provoquer.

M. H. Barbier communique sur ce sujet, en son nom et au nom de son interne en pharmacie, M. G. Boinot, un intéressant travail dont voici le résumé :

I. *On ne peut établir de composition moyenne des laits de femmes aux différents âges.* Il n'y a que des moyennes individuelles et encore ces moyennes individuelles ne valent qu'en raison des conditions strictes où elles ont été établies.

II. *L'analyse du lait des nourrices est toujours particulièrement recommandable*, car elle peut dénoncer une cause de suralimentation due à une proportion trop forte de beurre et surtout de caséine, ou elle peut témoigner d'une insuffisance possible du lait en ses constituants normaux.

III. *Les conditions de prélèvement des échantillons destinées à l'analyse doivent être strictement observées* ; en effet:

A) Des analyses faites sur des laits prélevés sur une même femme aux différentes heures d'une même journée montrent que le beurre peut varier de 1 à 5, et la caséine de 1 à 1,50, le minimum se trouvant atteint à la tétée de 3 heures. La lactose est sensiblement constante ;

B) Des analyses faites sur des échantillons pris au cours d'une même tétée montrent que la proportion de beurre augmente graduellement environ de 1 à 1,50 et dans des proportions assez considérables du début à la fin de la tétée et le sucre du lait donne des variations presque nulles.

IV. *On peut modifier la composition des laits des nourrices* : une diminution dans la ration en viande de la mère et son remplacement par des hydrates de carbone provoque dans le lait une diminution de la caséine, dont la teneur peut baisser de 1/3 et une augmentation de la lactose et du beurre.

Inversement, l'augmentation de l'alimentation carnée provoque l'apparition dans le lait d'une proportion plus considérable de caséine, pouvant atteindre la moitié en plus.

Ces données sont donc susceptibles d'applications pratiques, lorsqu'un enfant, nourri au sein, présente des troubles dyspeptiques et que l'analyse témoignera d'une proportion trop grande de beurre ou de caséine dans le lait on pourra essayer avec succès de modifier l'alimentation de la mère d'une façon raisonnée pour faire cesser la suralimentation et voir s'amender les phénomènes pathologiques.

Rhumatisme scarlatin et aspirine.

MM. Hallé et Weil-Hallé, étudiant l'action de l'aspirine dans le rhumatisme scarlatin, ont constaté que dans un grand nombre de cas ce médicament modifie manifestement l'évolution de cette affection et en réduit la durée à 2, 3 jours, 7 jours au plus ; ils seraient disposés à le considérer comme spécifique. Les cas qui ont été traités par le salicylate ont été plus graves. Il n'est pas nécessaire de pousser l'aspirine jusqu'aux hautes doses pour en obtenir de bons résultats.

M. Guinon insiste sur l'action puissante de l'aspirine contre l'élément douleur. Elle procure un soulagement très rapide des douleurs de l'angine, elle est véritablement spécifique, non pas contre la scarlatine, mais contre la douleur.

M. Richardière a constaté les bons effets de l'aspirine dans les mêmes conditions ; il signale en outre son action favorable dans les arthralgies sériques. La dose est de 2 ou 3 grammes par jour pour un enfant de 10 ans.

M. Ausset donne lecture d'une étude très longue et très détaillée sur 17 cas de *vomissements périodiques envisagés dans leurs rapports avec l'entéro-colite.* En raison de son importance et de son étendue, la discusion de ce travail est ajournée et mise à l'ordre du jour de la première séance.

M. Guinon communique, au nom du Dr Descherf, une observation *d'invagination intestinale chez un enfant de 9 mois.* La maladie s'était présentée avec ses signes classiques habituels, et avait été traitée tout d'abord par de grands lavages intestinaux, faits avec une pression de 1 m. 50 d'eau, et qui devaient être répétés toutes les heures. Ce traitement étant resté infructueux aux premières tentatives, on songeait à la nécessité d'intervenir bientôt chirurgicalement, lorsque l'on eut enfin la satisfaction de voir tous les accidents céder brusquement et le cours des matières se rétablir d'une façon définitive.

M. Armand-Delille rapporte l'observation d'un cas de *tétanos survenu au cours d'engelures ulcérées*, chez un enfant habitant la campagne.

M. Vieillard présente les pièces : 1° d'un cas de *malformation cardiaque* trouvée à l'autopsie d'un enfant de 2 ans 1/2, mort subitement presque aussitôt après son entrée à l'hôpital, avant qu'on ait eu le temps de l'examiner. Il avait de la déformation des doigts en baguettes de tambour, mais pas de cyanose, et n'avait jamais eu aucun accident susceptible de faire soupçonner son état réel ; 2° d'un cas de *rétrécissement congénital de l'œsophage* chez un nouveau né sur lequel on avait sans succès tenté une parotomie.

M. Villemin, qui a communiqué à la Société, il y a quelques mois, un travail sur les rétrécissements congénitaux de l'œsophage, fait remarquer que cette observation est toute conforme aux précédentes, le bout supérieur de l'œsophage se terminant en cul-de-sac, tandis que le bout inférieur s'ouvre dans les voies respiratoires, et que, dans ces conditions, la gastrostomie est fatalement vouée à l'insuccès, insuffisante qu'elle est à elle seule à remédier à des lésions si complexes que l'on ne peut guère songer sérieusement à en tenter la réparation. Ch.-H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

Séance du 12 novembre 1906.

« Cette séance est une séance de deuil », a dit au début de son allocution le Président de la Société, Dr Laugier. En effet, peu avant la date du début des vacances de la Société celle-ci avait perdu coup sur coup deux de ses membres titulaires, les docteurs Barthélemy et Josias. Quinze jours après cette même date, le professeur Brouardel succombait « *au même fléau qu'il avait tant contribué à combattre* »; plus récemment, le docteur Charles Floquet trouvait la mort dans un de ces accidents »*qui semblent la revanche de la nature et de l'industrie contre le génie de l'homme*», trois membres correspondants de la Société, les docteurs Jaumes, Yost et Nina Rodriguez sont morts dans le cours des derniers mois, enfin, il y a peu de jours, deux membres titulaires de la Société étaient frappés dans leurs plus chères affections, l'un le docteur Socquet, par la mort de sa fille âgée de 17 ans, l'autre le docteur Chassevant par la mort de son père.— La Société adresse solennement aux familles ainsi éprouvées l'expression de sa douloureuse sympathie.

Le Dr Laugier, président, résume en quelques traits la carrière du professeur Brouardel, l'envisageant successivemen comme clinicien, comme chef d'école, comme hygiéniste, comme président dévoué aux intérêts de la Société de Médecine légale. Il rappelle certaines étapes de sa carrière: en 1867, doctorat ; en 1869, concours des Hôpitaux et agrégation ; en 1879,

prise de possession de la chaire de Médecine légale, par suite de la retraite du professeur Tardieu : en 1881, vice-présidence de la société de médecine légale ; en 1882 et 1883, présidence de cette Société : rappel par acclamation à cette présidence, en 1889 et 1900, parce qu'il s'agissait à ces deux dates, en raison des Congrès scientifiques internationaux motivés par les Expositions Universelles, de voir réunies en un même homme pour le prestige même du pays, l'activité présidentielle et une célébrité mondiale Le Président énumère les principaux ouvrages du regretté maître et caractérise sa physionomie scientifique en quelques mots sobres et émus d'une grande portée. M. Motet, membre de l'Académie de Médecine, présente au bureau le texte anglais d'un article nécrologique consacré au Professeur Brouardel par le docteur Clarke Bell, président de la Medico-Légal Society de New-York. Le bureau décide que la traduction de cet article paraîtra dans le *Bulletin* de la Société. Cet article, écrit dans un esprit enthousiaste, rappelle les liens qui unissent, à la Société de Médecine légale de France, la Medico-légal Society de New-York, constituée peu de mois après elle, en 1868, et qui est entrée immédiatement en relations officielles avec son aînée ; il affirme la valeur égale en Brouardel du clinicien et du toxicologiste, le place audessus de Tardieu lui-même, rappelle le charme de son accueil, adresse en même temps un touchant hommage à la veuve de l'illustre maître, enfin déplore qu'un hommage solennel de tous les pays, sous forme de fête jubilaire, n'ait pas été offert à M. Brouardel, comme il a été fait récemment en Italie à Lombroso et à Zuccarelli. Par contre, il se réjouit de ce qu'un autre grand nom de la science française M. Magnan, recevra bientôt un tribut de l'admiration universelle.

M. le Dr Ch. Floquet, médecin en chef du Palais de Justice, membre titulaire de la Société depuis 1892, licencié en droit, avait fourni aux *Bulletins* de la Société plusieurs articles : « Trois questions relatives à l'exercice de la médecine (1892), *Des pseudonymes dans l'exercice de la Médecine* (1892), *Des complications en matière d'accident* (1898). Il était de plus l'auteur d'un *Code pratique des Honoraires Médicaux* (2 volumes, environ 900 pages) préface du Professeur Brouardel.

Le Prof. Jaumes, de Montpellier, exerçait la médecine depuis 45 ans et le professorat depuis 40 ans ; il était depuis 20 ans membre correspondant de la Société, à laquelle il a adressé deux articles, concernant l'un « *l'application des forceps par les officiers de santé* », l'autre : « *Les procédés employés pour relever les empreintes sur le sol* » (1879).

Le Dr Nina Rodriguez, professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia (Brésil), membre correspondant de la Société depuis 1895, avait fourni aux *Bulletins* une observation de « Blessures de la moelle épinière par un instrument piquant » (1897).

Sur quatre places de membres titulaires actuellement inoccupées, par suite des décès dont nous avons parlé, deux seulement seront déclarées vacantes, celles des docteurs Barthélemy et Josias.

M. Ch. Constant, avocat, ancien vice-président de la Société, actuellement secrétaire général, donne lecture des ouvrages récemment adressés à la bibliothèque de la Société. Il fait allusion au projet de reconstruction de la Morgue, à l'emplacement de la Halle aux Vins qui a été proposé pour cette reconstitution, et aux répercussions que cet événement pourrait avoir sur les intérêts de la Société de médecine légale de France. Celle-ci tiendrait-elle ses séances dans ce domaine plus particulièrement médical de la pratique médicolégale ? Ne serait-il pas préférable à un point de vue purement symbolique comme d'ailleurs au point de vue pratique de continuer à siéger au centre même de la vie judiciaire ? Les nouveaux locaux auraient pour avantage d'offrir un abri définitif aux Archives et à la Bibliothèque de la Société : mais celles-ci jusqu'à nouvel ordre seront maintenues dans le cabinet du médecin en chef du Palais de Justice, grâce au consentement de M. le docteur Delfau, récemment désigné pour succéder au regretté docteur Floquet. Par contre, un avantage permanent et nouveau que procurerait la construction de la nouvelle Morgue serait de permettre la création d'un Musée médico-légal dépendant de la Société. Des musées de ce genre existent à Lyon et à l'étranger. Le Professeur Brouardel (1890), le docteur P. Descouts (1891), M. Ch. Constant (1892), ont étudié déjà ce projet,

Des communications sont annoncées concernant l'exercice du magnétisme et de l'hypnotisme, au sujet du récent procès de Saint-Quentin. Les dissertations portées à l'ordre du jour n'ont pu avoir lieu ; au sujet de la *Docimasie pulmonaire*, une commission d'expérience est nommée, sur proposition du Dr Bordas par le bureau de la Société. Elle comprend les docteurs Balthazard, Bordas, Descouts et le professeur Thoinot.

Ensuite a l eu un échange de questions et de documents, au sujet de la *vente des médicaments par les médecins*. (Article 27 de la loi du 21 germinal an XI et décret du 13 juillet 1879). La question plus générale du cumul de l'exercice de la pharmacie avec celui de la médecine, est ensuite agitée.

Enfin M. Ch. Constant dépose sur le bureau des exemplaires du *deuxième fascicule des tables alphabétiques et analytiques du Bulletin de la Société* (1868-1906). Ce deuxième fascicule, consacré à la partie analytique, est en réalité un livre complet, se suffisant à lui-même et plus commode encore pour les recherches que les premières tables parues en 1905 (classement alphabétique par noms d'auteurs et par matières avec seul énoncé du titre).

Dans ce nouveau répertoire, les renvois d'une rubrique à l'autre sont nombreuses ; aucun article du Bulletin, même imprévu, ne peut échapper aux recherches dirigées dans un sens. Après avoir lu l'analyse, le lecteur sait quel genre de renseignements il faut chercher dans l'article, à l'exclusion de quels autres ; dans nombre de cas l'énoncé des conclusions peut provisoirement suffire à l'étude. Les tables analytiques représentent ainsi une collection en miniature, complétant l'autre et la remplaçant dans quelque mesure, pour ceux qui ne la possèdent pas : elle permet en tout cas de ne se reporter au *Bulletin* qu'à bon escient : beaucoup de temps sera ainsi épargné. Il y a plus : ces tables analytiques constituent en quelque sorte une suite d'articles qui peuvent être lus pour eux-mêmes, comme ceux d'une revue scientifique.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en leur signalant, en vue de la documentation bibliographique, ce livre varié, dense et commode. Il sera également profitable à ceux qui possèdent la collection et à ceux qui ne la possèdent pas. Ces tables sont l'œuvre de M. Constant, secrétaire général, aidé de MM. Floquet, Masbrenier et Leredu.

Dr G.-G. de Clérambault,
Médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

La société de médecine militaire française a tenu sa première séance le 15 novembre. Nous avons, dans le *Progrès médical* insisté bien souvent sur la nécessité pour le corps de santé militaire, d'affirmer ses efforts pour marcher toujours en avant, en établissant aussi bien entre les médecins militaires du cadre actif qu'entre les médecins de la réserve et de la territoriale, et nos maîtres de la médecine française, des liens scientifiques étroits. Nous avons montré que cette association seule pouvait permettre d'élucider les questions relatives à la santé des hommes malades et blessés, et d'apporter les uns et les autres, au jour du danger, les mêmes sentiments de devoir professionnel et la même expérience scientifique. Aussi nous sommes heureux de saluer, dans ce Journal, la nouvelle venue, qui fait son entrée dans le monde médical sous les auspices de nos maîtres de la Médecine française : les professeurs, Bouchard, Landouzy, Roux, Chauffard, etc. ; chirurgiens Lannelongue, Berger, Lucas-Championnière, Segond, Schwartz, Lejars, Picqué, Monprofit et bien d'autres. Ils ont bien voulu en s'inscrivant, comme membres associés, montrer toute la sympathie qu'ils ressentaient pour l'effort tenté par leurs Confrères militaires, et pour une société, qui, sous l'impulsion scientifique, toujours active et primesautière, du médecin inspecteur Professeur Delorme, saura, j'en suis sûr, faire marcher

la médecine d'armée dans les voies déjà tracées par nos illustres devanciers.

Dans un très remarquable discours prononcé à cette séance d'inauguration, le Président, après avoir rappelé les conditions dans lesquelles la Société avait été autorisée à se constituer par M. le Ministre de la guerre Etienne, après avoir remercié tous les maitres qui ont bien voulu lui donner leur adhésion, a fort bien démontré quel vaste champ de travail s'offrait aux labeurs de cette société ; quels avantages devaient en résulter au point de vue des progrès de la médecine d'armée. La lecture de ces lignes, où les aperçus et les horizons scientifiques sont nombreux et intéressantes à connaître, fera justice, une fois de plus, des attaques injurieuses que, par esprit de parti ou par ignorance, on répand contre nos confrères de l'armée, et montrera — au moment où peut-être une nouvelle loi des cadres viendra modifier l'organisation du service de santé, — combien est étendu, varié, le champ des connaissances scientifiques, nécessaires aux médecins d'armée, combien il serait dangereux de croire qu'il n'est pas indispensable de leur donner une éducation spéciale, une mentalité particulière, en rapport avec le milieu dans lequel ils doivent vivre et les questions diverses qu'ils seront appelés à résoudre.

Je crois utile de faire connaître à nos confrères les idées émises à ce point de vue par M. le Professeur Delorme dans les lignes qui suivent :

Je reviens à ma pensée exprimée il y a un instant que l'une des garanties capitales de notre durée résidait encore dans une action progressive et soutenue. Cette action progressive a surtout besoin de s'exprimer par l'étude patiente et attentive des questions nouvelles ou rénovées, avec le souci constant de la recherche du mieux. Alors même que ce progrès sortirait moins d'idées particulièrement originales — perles précieuses, et précieuses parce que rares — que de l'apport méthodique et abondant, de la concentration de matériaux documentaires que la discussion classe et coordonne, il est évident que votre association scientifique n'en ferait pas moins œuvre marquante, à la fois très bonne, très utile et progressive. Il n'est pas douteux, je le dis incidemment, qu'en poursuivant cette voie, elle ne saurait nuire à la récolte régulièrement et officiellement drainée de longs mémoires qui font tout naturellement partie des Recueils ou d'Archives. Ces mémoires, une Société savante comme la nôtre n'en a cure, plus préoccupée qu'elle est de faire sortir d'une réserve où ils risqueraient de rester inutilisés — parce que l'occasion ne leur était pas donnée d'éclore — de faire sortir de cette réserve des documents d'expérience et d'observation journalière et accidentelle.

Et puis qui pourrait douter de la continuité de votre effort quand les membres de cette Société lui apportent en dot une réputation si bien établie de laborieux et un champ si vaste d'exploration ?

Tous ceux qui ont approché ou approchent les médecins de l'armée savent de quel labeur sont capables ces hommes passionnés pour leur art, qui n'ont ni le souci du temps, ni celui des préoccupations étrangères dissolvantes. Ils savent quels trésors de connaissances se cachent sous votre dévouement et votre modestie. Personne ne l'a fait mieux ressortir que M. le Professeur Brouardel, dans une allocution prononcée récemment devant le Ministre de la Guerre. Il lui avait suffi d'un contact de quelques semaines pour découvrir et apprécier comme ils le méritent les richesses insoupçonnées fournies à l'hygiène et à l'épidémiologie par le travail des Médecins de corps de troupe, sous l'impulsion du Médecin-Inspecteur Dieu, directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

Il n'est point de Société savante qui chaque année ne rende, par ses plus hautes distinctions, hommage aux constants efforts de ceux qui ont compté dans leurs rangs, les Larrey, les Percy, les Desgenettes, les Broussais, les Duret, les Delaporte, les Baudens, les Maillot, les Sédillot, les Bégin, les Villemin et les Laveran.

Si un pareil passé, un si honorable présent des habitudes, invétérées de travail, constituent des garanties à nulles autres pareilles de succès, nous en trouvons d'autres encore, comme je le rappelais et dans mon projet et dans ma note circulaire, dans ce beau champ d'exploration et d'étude qui s'offre à vous et qui est le plus vaste qu'on puisse rêver. Ne s'étend il pas en effet des confins de la Médecine à ceux de la Chirurgie ?

Ceux qui croient que la *pathologie médicale* et la *pathologie chirurgicale du soldat* en temps de paix se confondent d'une façon absolue avec les pathologies médicale et chirurgicale de l'adulte, n'admettent cette confusion que parce qu'ils n'ont pas pratiqué dans nos infirmeries, nos hôpitaux et nos camps. Sans doute l'assimilation est parfois complète : souvent les analogies sont des plus grandes, mais nos conditions de milieu et de vie impriment très fréquemment à ces pathologies des dissemblances qui légitiment leur étude séparative. Quant au traitement, il mérite souvent d'être envisagé, chez nous, d'une façon toute particulière et de s'adapter étroitement à des exigences toutes spéciales. Enfin, les caractères de maintes de ces affections, surtout des affections épidémiques, leurs formes, leur étiologie, leur donnent une physionomie si particulière qu'ils ont nécessité depuis longtemps déjà leur étude distincte dans les écrits de nos épidémiologistes militaires lesquels, les premiers et longtemps les seuls, ont cherché les lois de leur développement et les règles de leur prophylaxie.

En campagne, cette pathologie médicale comporte encore des aspects, une prophylaxie et des traitements bien particuliers, dont la méconnaissance ou la connaissance imparfaite peuvent avoir les plus funestes conséquences.

J'entends une voix bien autorisée me signaler les lacunes que l'histoire des maladies épidémiques les mieux connues comporte encore, me dire ce que l'étiologie de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, ce que leur traitement, réservent à l'avenir de secrets à dévoiler.

Sans cesse, cette pathologie épidémique se débarrasse de l'empreinte d'idées anciennes, se transforme au gré d'une hygiène prophylactique plus soucieuse du capital humain, évolue avec les recherches de laboratoire, l'analyse critique, l'observation et l'expérimentation. Pourquoi donc, à la période incertaine où la donnée nouvelle n'a pas encore force de loi, où sa valeur est mal définie, ne pas la soumettre dans le milieu même où sa connaissance est si précieuse à ce contrôle de la discussion qui en conseille l'abandon ou l'adoption sans prolonger la période infructueuse du doute.

Si la pathologie du soldat est spéciale, les procédés scientifiques qui en régissent l'étude relèvent des règles communes. Ils ont besoin de subir le contrôle de la discussion.

Que dire de la chirurgie militaire, surtout de la *chirurgie de guerre* ? N'est-elle pas, elle, en perpétuelle transformation, soit que l'agent vulnérant change l'intensité et la nature de son action, soit que les progrès d'une tactique — qui n'a guère de secrets pour la presse militaire — modifie les conditions des secours, leur rapidité ou leur lenteur, leur éparpillement ou leur concentration. Qui ne sait que ces questions en apparence ressassées du rôle des brancardiers, des postes de recueil et de secours, du fonctionnement tachnique des ambulances et des hôpitaux de campagne se renouvellent sans cesse. Ce sont là beaux champs d'étude qui appelleront de longtemps le choc des idées, la recherche analytique, l'aperçu original, l'exposé moins dogmatique, l'étincelle lumineuse qui fera apparaître la solution désirée. Et il ne saurait venir à l'esprit de personne d'établir, même un instant, une confusion entre l'art militaire, riche de secrets nationaux et la pratique, la technicité de la chirurgie d'armée dont la divulgation étend les éclaircissements, partant les bienfaits.

Ceux qui ont suivi, dans ces dernières années, les progrès considérables qu'a subies *l'hygiène militaire* en France, ont lieu à la fois d'en être surpris et de s'en louer. Cette évolution, depuis longtemps déjà les médecins de l'armée l'avaient préparée dans les *Registres de Casernement*. L'opinion publique, qui ne connaît pas leurs efforts, a méconnu leur rôle et s'est attribué les mérites d'une initiative qui n'était déjà plus sienne.

Les connaissances de l'hygiène, qui font partie de l'ensei-

gnement donné aux officiers, aux sous-officiers et aux soldats par les médecins de l'armée se sont diffusées avec une incroyable rapidité dans le milieu militaire et l'on peut dire que, n'étaient les exigences budgétaires, la caserne ancienne serait complètement bouleversée.

Le concours que M. le Ministre de la Guerre Berteaux a institué, les circulaires ministérielles des dix dernières années ont fixé sur l'hygiène du casernement l'attention à un degré extraordinaire.

L'institution des chambres de jour, la séparation des chambres de nuit, l'installation des réfectoires, la réserve de chambres d'astiquage, le remaniement des locaux disciplinaires, les transformations des infirmeries régimentaires et vétérinaires, les changements apportés aux lavabos, aux latrines de jour et surtout de nuit, sont des modifications nouvelles dans leur conception ou leur généralisation. L'imperméabilisation des parquets, l'obturation de leurs fentes, le choix d'aires imperméables, la désinfection, le chauffage l'aération, l'extension donnée au cube d'air, et à l'aire réservée à chaque homme, le choix des types nouveaux de casernes, tout cela a été proposé, accepté, appliqué et est toujours l'objet de nouvelles études poursuivies par les médecins de l'armée et les officiers,

Enfin les exercices physiques ont été mieux soumis au contrôle des données de la physiologie, gradués suivants les forces des hommes.

Dans cette poursuite si louable vers le progrès, n'est-il pas indiqué que ceux qui ont pour rôle défini de s'y intéresser d'une façon toute spéciale devancent l'énoncé de l'idée heureuse, recherchent les premiers la lumière, contrôlent les procédés nouveaux, s'évertuent à les perfectionner et à les adapter à nos milieux ?

Dans la marine, où les exigences sont si impérieuses et si étroites, on sait ce que nos collègues ont obtenu déjà et à quelles limites s'étendent les revendications qu'ils formulent au nom de l'hygiène.

Le champ moissonné n'est que partie d'un territoire vaste encore et peu entamé. Ce territoire est très digne d'être exploré par des personnalités bien au courant de la vie du soldat, aussi actifs que judicieux, aussi éloignés de tentatives inutiles et coûteuses que d'errements destinés à disparaître.

Des enseignements importants sortis des séances d'une société savante qui n'a pas d'attaches étroites avec l'armée ont montré quel profit on pouvait tirer d'une discussion libre, basée sur des documents bien choisis et de valeur indiscutable. Il serait avantageux que cet exemple ne soit pas perdu.

La médecine légale militaire subit depuis une série d'années une évolution bien remarquable.

Le cadre des maladies simulées, si étendu dans nos anciens classiques, curieux par les anecdotes qui les remplissaient, terrible par les conclusions qu'il comportait, s'est singulièrement restreint avec une armée nationale à laquelle on impose plus qu'un serviee de durée limitée.

Les professionnels de la simulation, gardiens des traditions, ont disparu, n'ayant plus de raison d'être avec des jeunes gens soumis à des obligations bien moins lourdes, bien moins durables qu'autrefois.

D'un autre côté, la précision plus grande du diagnostic, la plus grande richesse des procédés d'exploration électrique, radiographique, la connaissance que nous avons d'affections nerveuses protéiformes, ont encore réduit le nombre de ces simulations, et nous devons reconnaître que leur cadre, trop élastique et trop large autrefois, s'enrichissait, pour le malheur des uns et pour le mauvais renom des autres, d'un grand nombre de cas inexpliqués du fait de l'imperfection de nos connaissances.

Malgré la variété et la richesse de ces dernières, l'hystérie sous toutes ses formes, les tares nerveuses héréditaires ou personnelles, les dégénérescences accusées ou latentes, placent encore chaque jour le médecin militaire instruit et avisé dans des situations particulièrement embarrassantes, pour la solution desquelles la science dogmatique, trop imprécise, parceque trop générale et trop éloignée du cas concret, n'est pas toujours d'un secours suffisant.

La syphilis, l'alcoolisme, qui se généralisent et prolongent leurs tares sur les générations qui se succèdent, l'extension donnée au recrutement de l'armée, l'accès des réservistes, des territoriaux, le service de deux ans qui incorpore toute la portion jeune de la nation, ouvrent actuellement aux médecins de l'armée un champ d'étude très étendu sur une pathologie nerveuse et mentale dont il n'avait guère à se préocuper jadis et qui lui sert de guide pour établir ses verdicts de culpabilité, ou d'irresponsabilité, questions délicates s'il en fut bien dignes de descriptions et de discussions autorisées.

En somme si le chapitre des maladies simulées s'est restreint, le chapitre des maladies nerveuses faciles à méconnaître s'est singulièrement accru, ce sont elles qui font peser sur les médecins de l'armée et en particulier sur les médecins des corps de troupe une si lourde responsabilité.

Et ce ne sont pas encore là les seules ! Tout médecin de corps de troupes sait ce qu'il faut de tact, de prudence et de connaissances pour reconnaître, à la visite médicale journalière, ces affections mal définies à leur début, ces maladies latentes qui ne se traduisent que par quelques troubles généraux ou fonctionnels de bénigne apparence, ces affections larvées qui surprennent par la gravité et la soudaineté d'une accentuation, une santé d'apparence bonne autorisant par le fait un rendement normal. Ce chapitre encore trop incomplètement ouvert et fouillé est riche de méprises, de surprises suivies de grosses responsabilités. Il incite à l'étude de la symptomatologie du début des maladies, trop négligée dans les autres milieux médicaux et qui a pour nous besoin d'être reprise, de la description sommaire de nos classiques.

J'en aurais long à dire du rôle du médecin expert, qui a à apprécier aujourd'hui pour l'Etat, à la demande du « citoyen soldat » la valeur d'un dommage temporaire ou permanent. Mais j'ai hâte de terminer ce très long énoncé des sujets pleins d'intérêts sur lesquels pourront porter avec fruit vos études, vos recherches et vos discussions. Ce que j'en ai dit suffira pour bien montrer que j'avais raison de dire que le vaste champ de vos études joint à vos habitudes de travail ouvrait à votre activité des horizons étendus qui permettraient à votre Société une longue durée. Il ne peut faire de doute pour personne que, sagement conduites elles ne contribuent à augmenter avec nos richesses scientifiques la part de haute considération qui s'attache à la médecine d'armée et la reconnaissance que lui doivent et l'Armée et le Pays.

Vous pouvez donc marcher en avant, Messieurs, chers Camarades et Collègues, droit devant vous, d'un pas sûr et régulier, confiants en vos forces, confiants en la belle destinée de votre association scientifique. DEMMLER.

DISPENSAIRE-ÉCOLE DE L'UNION DES FEMMES DE FRANCE, 36, rue de la Jonquière, Paris (17e Arr). — *Ouverture le 4 décembre.* — Quatre fois par semaine, les mardis, jeudis, samedis et dimanches des consultations y seront données, les pansements y seront faits tous les jours. Les consultations données aux malades leur apprendront comment ils doivent se soigner, et la mission d'assurer leur traitement sera remplie par les infirmières, sous la direction des chirurgiens de service les Drs Fredet et Mouchet, de leur adjoint le Dr Rœderer, et sous la haute surveillance de la Directrice du Dispensaire Mme Brunet, assistée de ses aides. Les infirmières auront enfin mission de donner aux malades les soins moraux qui ont une si grande part dans la réussite du traitement, soins qu'elles sont entièrement aptes à prodiguer en leur qualité de femmes et de femmes instruites dans le désir d'être utiles. Toutes les adhérentes actives de l'Union pourront collaborer dans une certaine limite à cette œuvre d'humanité, et réaliseront ainsi la double pensée philanthropique qui a inspiré la création du Dispensaire.

On recevra avec reconnaissance, au siège social, 29, rue de la Chaussée-d'Antin, tous les dons de vieux linge qui, après stérilisation, pourront servir aux pansements, ainsi que les vêtements qui seront distribués aux plus nécessiteux.

MÉDECINE PRATIQUE

Le Quinoforme (Formiate basique de quinine) dans le paludisme;

Par le Dr N. F. Benaky.
Médecin de l'hôpital St-Charalambe, à Smyrne.

Parmi les préparations quiniques, le quinoforme mérite incontestablement une place prépondérante dans la thérapeutique du paludisme.

Bien que le formiate de quinine soit mentionné dès 1888 dans l'Encyclopédie de Fremy, les diverses combinaisons de la quinine et de l'acide formique n'ont été étudiées pour la première fois qu'en 1905, par H. Lacroix, qui en a indiqué les constantes physiques, les propriétés et la préparation.

Cet auteur a plus spécialement étudié le formiate basique de quinine, qu'il a désigné sous le nom de «Quinoforme» afin de ne pas le confondre avec le formiate neutre dont l'emploi n'est pas recommandable. Le quinoforme a fait depuis lors l'objet de nombreuses communications au point de vue clinique, et grâce à l'obligeance de M. Lacroix, qui a bien voulu en mettre une certaine quantité à ma disposition, j'ai pu l'expérimenter dans le milieu où j'exerce, particulièrement touché par le paludisme, et m'assurer des précieux avantages qu'il possède sur les autres sels de quinine. Grâce à sa plus grande teneur en alcaloïde, à sa plus grande solubilité, à sa faible toxicité, et surtout, grâce à la stabilité de sa composition chimique, il agit mieux et plus vite que les autres sels de quinine similaires.

A Smyrne, où le paludisme est endémique, j'ai eu souvent l'occasion, tant à l'hôpital que dans ma clientèle civile, de prescrire cette préparation quinique et je n'ai eu qu'à me louer de ses effets toutes les fois que j'ai eu recours à elle : soit dans les cas bénins, soit dans les cas aigus, le soulagement a été rapide et durable. Les doses que j'ai employées n'ont ordinairement pas dépassé un gramme chez les adultes et 0,50 centigr. chez les enfants en une ou deux prises et ces doses ont été suffisantes pour amener la sédation ; dans les cas plus graves où j'ai été obligé d'augmenter les doses, le médicament a été parfaitement toléré et les malades n'ont éprouvé aucun symptôme de l'ivresse quinique qu'on observe si fréquemment avec les autres sels de quinine.

En outre quand je l'administrais par voie hypodermique (méthode que rendent facile et sa stabilité et sa grande solubilité relative, je n'ai jamais constaté les inconvénients qui sont à redouter avec le chlorhydrate tels que : douleurs, nodosité, abcès. Cette remarque est d'une grande importance quand on a affaire à des individus déprimés, cachectiques, dont le tissu sous-cutané absorbe mal, et chez ces malades le quinoforme est vraiment le médicament de choix.

Mais c'est surtout dans les formes pernicieuses du paludisme que le quinoforme est appelé à rendre de réels services, dans ces cas où il y a imminence de danger et où il faut agir promptement, et efficacement. J'ai eu surtout à me louer de l'emploi du quinoforme dans un cas de fièvre pernicieuse accompagné d'un cortège de symptômes alarmants. Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans qui fut tout à coup pris d'un accès de paludisme aigu : température axillaire 42°, pouls 160, respiration 38 à 40, injection des conjonctives, congestion de la face, forte dyspnée et anéantissement complet des forces. Devant cet état alarmant, je fis une injection sous-cutanée de 1 gr. de quinoforme. Une heure après, la température tombait à 39°.

J'ai de plus, essayé, le quinoforme à petites doses et à titre préventif, chez des laboureurs des environs de Smyrne, là où le paludisme sévit particulièrement en été et j'ai constaté chez eux de merveilleux résultats : la plupart des sujets en expérience ont échappé à l'atteinte du fléau et les quelques personnes qui ont été touchées ont été guéries rapidement, et cela par des doses bien moindres de quinoforme que celles qu'elles avaient prises les années précédentes quand elles employaient les autres sels de quinine.

Enfin le quinoforme trouve encore son application quand on veut l'employer par la voie rectale : sa solution, même concentrée, n'irrite nullement la muqueuse et cette propriété le rend précieux dans la thérapeutique infantile, c'est-à-dire quand l'absorption du médicament par la voie buccale est à peu près impossible ou quand les parents s'opposent à la piqûre hypodermique.

Le quinoforme constitue donc un agent précieux dans la thérapeutique du paludisme et paraît appelé à occuper une place prépondérante dans le traitement de cette redoutable affection. Il mérite à coup sûr d'être connu du praticien qui trouvera dans son emploi un remède efficace pour combattre cette maladie.

VARIA

Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

Dimanche 25 novembre, a eu lieu l'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine. De nombreux praticiens se sont rendus à cette réunion pour protester contre la proposition faite il y a un an à la dernière assemblée générale, de transporter le Siège du Syndicat à la Bourse du travail. Il va sans dire que personne au Conseil d'Administration du Syndicat, n'avait pris au sérieux cette proposition, qui, si elle avait été adoptée, aurait fatalement amené la dissolution de cette association, qui réunit actuellement 1.000 médecins parisiens, rend et est encore appelée à rendre les plus grands services.

Après un échange d'explications devant une Assemblée quelque peu divisée et houleuse au sujet de la présentation de candidatures pour les membres sortants non rééligibles du Conseil, ont été élus : MM. Rotillon, président : L. Gourichon et J. Noir, vice-présidents ; Bellencontre, secrétaire-général ; Vimont, trésorier ; Leclerc, Levassort, Rénon, Leredde, Diverneresse, Hamon, Vallat, Lamouroux, Billon, Dally, Granjux, Foveau de Courmelles et Ravanier, membres du Conseil.

Il a été décidé que le Conseil ne présenterait plus à l'Assemblée de candidats pour les places laissées vacantes par les quatre membres sortants chaque année et statutairement non rééligibles. Cette décision aura l'avantage de ne plus permettre les reproches faits au Conseil de ne se recruter que parmi ses amis, et d'éviter dans ce conseil, qui a besoin pour agir d'une étroite solidarité, les froissements d'amour-propre de ceux qui n'ont pu faire accepter leurs candidats par la majorité de leurs collègues. Espérons que, dans l'intérêt général du Corps des Médecins praticiens de Paris, le nouveau Conseil du Syndicat recherchera désormais l'union et la concorde dans le travail.

J. Noir.

Banquet de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

Lundi 26 novembre à 7 heures 1/2 du soir chez Marguery a eu lieu le banquet annuel des médecins de l'Assistance. Assistaient au banquet : M. Mesureur, directeur de l'Assistance, M. Félix Voisin, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance. MM. Debove, doyen de la Faculté, Pozzi, et Bonnaire, membres du Conseil de surveillance, Thiloy, secrétaire général de l'Assistance, André Mesureur Lalande. M. Ranson, président de la 5e commission du Conseil municipal s'était excusé. Au dessert M. Bois, président de la Société, a souhaité la bienvenue aux invités et aux élus du dernier concours. MM. F. Voisin, Debove, Bonnaire, Pozzi, Mesureur, Rotillon, représentant des médecins de l'Assistance au Conseil de surveillance, Billon secrétaire général de la Société, ont tour à tour pris la parole et été fort applaudis. La plus franche cordialité a régné au cours du banquet.

Ecole dentaire de Paris

La fête annuelle de la *distribution des recompenses* aux élèves de l'Ecole Dentaire de Paris a eu lieu le samedi 24 novembre à l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, sous la présidence de Monsieur le Sénateur Strauss, Président du conseil supérieur de l'Assistance. Sur l'estrade avaient pris place les Membres du Conseil d'Administration et du Corps

Enseignant de l'Ecole et un grand nombre de notabilités du monde politique et médical.

A l'occasion du 25[e] anniversaire de la fondation de l'Ecole quatre médailles d'or ont été offertes aux doyens de son corps, enseignant : MM. les D[rs] Marie, Grimbert, Roy, et M. Loup, et une médaille d'argent à l'un des chefs de clinique, M. Cecconi. Puis, après une allocution du Directeur de l'Ecole, et une conférence faite par l'un des professeurs de l'Ecole, M. Degrez, dans un discours très applaudi, le Sénateur Strauss a félicité l'Ecole des soins qu'elle donne aux pauvres de Paris qui viennent au nombre de 45.000 par an chercher à son dispensaire les soins de la dentisterie moderne la plus éclairée. Il a été ensuite donné lecture du palmarès et nous avons remarqué parmi les élèves récompensés, les noms de MM. Del Beine, Smadja H. Caron Senécal, Seitz, Smadja, Bacri, Mlle Denechaut, MM. Guérin. Frichet.

Un des créateurs de l'Archéologie préhistorique : Edouard Piette.

Dans une intéressante plaquette, M. Henri Fischer, agrégé de l'Université, chef des travaux pratiques à la Faculté des sciences, a retracé la vie et les travaux d'Edouard Piette, le savant anthropologiste dont la mort, qui date de quelques mois est une perte irréparable pour les sciences préhistoriques.

Né à Aubigny (Ardennes) en 1827, Edouard Piette était le petit-fils d'un conventionnel, et descendant de l'astronome Lacaille. Venu, avec son frère, faire son droit à Paris, il suivit en même temps, les cours de sciences naturelles de la Sorbonne, du Muséum et de l'Ecole des mines. De retour dans les Ardennes, il se fit inscrire au barreau de Rocroi, écrivit en 1858 un livre sur l'*Education du Peuple*, où il exposait la nécessité de l'instruction laïque et obligatoire et de l'enseignement de la morale à l'Ecole.

Il acquérait en même temps les connaissances d'un géologue accompli, et étudiait les assises du terrain bathonien de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, et de la Moselle, en de nombreux mémoires publiés par la Société de géologie.

Nommé juge de paix dans divers cantons des Ardennes, puis à Craonne, dans l'Aisne, il poursuivit ses recherches géologiques et aborda l'étude d'une science nouvelle : l'archéologie préhistorique. Juge de paix dans le Gers en 1879, il y fit connaître les vestiges de l'antique cité d'Elusa (Eauze), où l'on professait le culte du dieu Mithra. Entre temps, il fouilla de nombreuses nécropoles et les tumuli des Hautes-Pyrénées. L'amitié d'Henri Martin et sa renommée de savant le conduisirent tour à tour au tribunal de Segré, à celui du Mans, et enfin à celui d'Angers. Il borna à ses fonctions de juge au tribunal d'Angers sa carrière de magistrat, voulant consacrer plus que jamais ses loisirs à la science.

Les importantes collections qu'il a patiemment recueillies enrichissent à l'heure actuelle, le musée de Saint-Germain. Ses ouvrages les plus importants sont l'*Art pendant l'âge du Renne*, et *les Pyrénées pendant l'âge du Renne*. Comme l'a dit sur sa tombe M. Salomon Reinach, de l'Institut, Piette a révélé un monde enseveli depuis des centaines de siècles, et il a créé une méthode définitive pour en continuer l'exhumation. Il sut être à la fois un bon serviteur de la vérité et de la patrie, de la science et de la France. J. Noir.

LES CONGRÈS

Congrès international de rhino-laryngologie en 1908.

Sous la présidence du Prof. de Schrœtter, aura lieu le congrès du 21 au 25 avril 1908. Rapports scientifiques et démonstrations, exposition d'intruments, préparations, etc.

Les résumés doivent être envoyés au plus tard jusqu'au 31 décembre 1907, au secrétaire en langues allemande, anglaise et française. Durée des communications 20 minutes. Cotisation : 25 francs à envoyer au trésorier D[r] S Soheff, Vienne I. Hoher Norkt, n° 4.

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Propos d'un Remisier

Le marché s'est ressaisi depuis une quinzaine à la faveur des nouvelles relatives à la question monétaire et à la politique extérieure, et les allusions courtoises du chancelier allemand ont fait bon effet en Bourse.

Notre 3 0/0 profite quelque peu de l'indécision du gouvernement à propos de l'impôt sur le revenu, dont la perspective laisse toujours les porteurs dans une perplexité qui ne peut que s'augmenter.

Les *Fonds d'Etats étrangers* sont bien tenus. Nos *Etablissements de crédit* sont fermes et en reprise.

Les actions de nos *Grands Chemins* sont encore délaissées et plutôt lourdes.

Un vif intérêt se manifeste à nouveau pour les *valeurs cuprifères*, elles sont toutes en avance, les perspectives du cuivre dans l'opinion des spécialistes étant plutôt encourageantes.

Il paraît que, dans les milieux en relation directe avec l'ambassade de Russie à Londres, on s'entretient vivement, depuis quelque temps, d'un nouvel emprunt international russe, à émettre en France, en Angleterre et en Allemagne.

Je n'en augure rien de bon, et ne saurais trop vivement engager les porteurs de *Fonds Russes* à profiter des cours actuels, qui ne se soutiennent que grâce à une active et tenace campagne de presse, dûment rémunérée, pour se débarrasser d'un papier dont l'avenir n'est vraiment pas rassurant.

Outre le menaçant appel à l'épargne publique que médite encore la Russie, et la conversion japonaise qui se prépare, on annonce que le gouvernement Serbe va contracter un emprunt de 95 millions au taux de 4 1/2 %, qui serait émis à 90 % brut.

D'autre part, il est question d'un emprunt portugais à émettre à l'étranger.

Enfin presque chaque jour voit éclore en Bourse une nouvelle affaire industrielle. Certes, dans le nombre, il y en a de sérieuses pouvant retenir l'attention des capitalistes, mais plus nombreuses encore sans doute sont les mauvaises. Aussi, ne saurais je trop recommander à mes lecteurs de prendre conseil avant de faire leur choix. Je suis pour cela à leur entière disposition, le cas échéant.

T. Sève,
Remisier-arbitragiste.
11, rue de Rome, Paris
Téléph. 113-10.

P. S.— Je tiens à la disposition de ceux de mes lecteurs qui voudront bien m'en faire la demande mon « *Traité pratique des opérations de Bourse* », lequel sera adressé à titre absolument gracieux.

FORMULES

LXXXIX. — Contre l'insomnie.

L'hypnal est un bon hypnotique, d'effet constant, qui s'administre à la dose de 1 à 2 grammes, en moyenne, par voie stomacale. Il peut s'administrer en cachets, car il n'est pas irritant. Le plus souvent, on utilise la formule suivante proposée par Bardet :

Hypnal	1	gramme.
Eau distillée	15	»
Chartreuse	4	»

ou encore la formule suivante, qui correspond à 1 gramme d'hypnal par cuillerée à soupe :

Hypnal	5	grammes.
Eau distillée	30	»
Alcool à 90°	ãã 15	»
Alcoolat d'écorces d'oranges amères		
Sirop simple	40	»

Pouchet. (*Précis de Pharmacologie*).

THÉRAPEUTIQUE

La *phytine* est indiquée dans tous les cas où il s'agit *d'activer les échanges phosphorés* et de *relever la nutrition générale* de l'organisme : Neurasthénie, Psychasthénie, Grossesse Allaitement, Maladies consomptives, Chlorose, Anémies, Faiblesse constitutionnelle, Convalescences, Rachitisme, Troubles de la croissance, etc.

Sont particulièrement à signaler les résultats favorables obtenus dans le traitement des *pollutions nocturnes*, de la *neurasthénie sexuelle* et de l'*insomnie* due au surmenage physique et intellectuel.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 novembre au samedi 17 novembre 1906, les naissances ont été au nombre de 1034, se décomposant ainsi : légitimes 773, illégitimes 261.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 897, savoir : 456 hommes et 441 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 3. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 3. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 192. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 21. — Cancer et autres tumeurs malignes : 77. — Méningite simple : 12. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 55. — Maladies organiques du cœur : 69. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 13. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 37. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3.— Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 18.— Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 16.— Néphrite et mal de Bright : 31. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 33. — Débilité sénile : 31. — Morts violentes : 32. — Suicides : 16. — Autres maladies : 99. — Maladies inconnues ou mal définies : 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : légitimes 42, illégitimes 22.

Facultés de médecine. — Le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine est, par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, porté de quarante-quatre à quarante-cinq. La nouvelle place sera comprise dans la section des services anatomiques et physiologiques (histoire naturelle) et réservée à la Faculté de médecine de Paris.

Augmentation du nombre des étudiants en médecine a Paris. — *Les étudiants au P. C. N.* — Le nombre des candidats au P. C. N. a subi cette année un accroissement très marqué. Plus de 200 étudiants supplémentaires ont nécessité la création de nouvelles places de préparateurs. On compte 750 candidats contre 562 en 1905-1906 et 433 en 1904-1905.

Université de Nancy.— Après concours, ont été nommés : M. Parisot, chef de clinique médicale, et M. Barthélemy, chef de clinique chirurgicale.

Université de Lille. — M. L. Caudron est nommé chef de clinique médicale.

Université de Bordeaux. — M. Montéli est délégué pour l'année scolaire 1906-1907 dans les fonctions de chef du laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine.

Ecole de plein exercice de Nantes. — M. Veillon, pharmacien de 1re classe, est institué pour neuf ans chef des travaux de chimie.

Asiles d'aliénés : *Nominations et promotions*. — Par arrêtés d'août et de septembre 1906 ont été nommés : M. le Dr Aubin, conseiller général du Var, directeur de l'asile de Bassens ; M. Gaspa, maire de la Nouvelle (Aude), directeur de l'asile d'Armentières (Nord) ; M. le Dr Dumaz, médecin-directeur de l'asile de Bassens, médecin en chef du même établissement ; M. le Dr Chardon, médecin-directeur de l'asile d'Armentières, médecin en chef du même établissement.

Assistance aux vieillards, aux infirmes, et aux incurables. — Les départements des Ardennes, de la Charente et du Loiret sont autorisés à s'imposer extraordinairement pendant l'année 1907, 1 centime 25 centièmes additionnels au principal des quatre contributions directes, dont le produit sera et restera exclusivement applicable aux dépenses du service de l'assistance des vieillards, des infirmes et des incurables privés de ressources mises à sa charge par la loi du 14 juillet 1905.

Société royale de Londres.— La médaille Copley est accordée à M. Elie Metchnikoff, pour l'importance de son œuvre en pathologie et enzoologie ; la médaille Darwin, à M. Hugo de Vries pour les recherches expérimentales sur l'hérédité et la variation.

L'aide maternelle.— On nous annonce la fondation sous le haut patronage de M. le Président Emile Loubet, d'une Société « *L'Aide Maternelle* » qui se propose : 1° D'hospitaliser les femmes sans ressources récemment accouchées, venant soit de l'hôpital soit de chez elles. 2° D'hospitaliser les enfants âgés de moins de cinq ans, appartenant aux femmes en convalescence à l'asile ; ces garderies permettront à l'Aide Maternelle d'étendre son action aux enfants, qui souffrent moralement et physiquement de leur abandon temporaire. 3° D'organiser un service spécial de protection des mères et des nouveau-nés et de créer dans les départements des colonies de nourrissons. Les personnes qui désireraient souscrire ou avoir de plus amples renseignements sont priées de s'adresser à M. Bensimon, secrétaire général, 71, boulevard Saint-Michel, Paris 5e.

Prohibition de l'alcool chez les nègres.—La conférenee internationale de 1899 avait fixé à 70 francs par hectolitre le droit qui serait perçu sur l'alcool à l'entrée des colonies européennes de l'Afrique noire. A la nouvelle conférence qui vient d'avoir lieu à Bruxelles, l'Angleterre a proposé d'élever ce droit à 100 francs. Les représentants du Portugal et de l'Italie s'y sont d'abord opposés, mais après quelques jours de discussion, ont fini par tomber d'accord. Le droit sur les spiritueux importés dans l'Afrique noire sera donc élevé de 75 francs à 100 pour une période de dix ans. Le tarif nouveau sera applicable dans une zone délimitée par le 20e degré de latitude nord et le 22e degré de latitude sud.

Prohibition du tabac pour les enfants en Danemark. — Le gouvernement danois a présenté à la seconde Chambre un projet de loi qui interdit aux enfants de moins de seize ans de fumer en public et édicte des pénalités contre les personnes qui leur donneraient ou leur vendraient du tabac. On sait que le gouvernement anglais a déjà pris une décision analoge.

Prohibition de l'opium en Chine. — Le gouvernement chinois a rigoureusement défendu l'usage de l'opium dans la nouvelle armée et dans les écoles. Plusieurs officiers de l'ancien corps de la « Bannière mandchoue » ont été révoqués parce qu'ils fumaient de l'opium, et on croit savoir que les fonctionnaires de tous les yamens ont reçu l'ordre de se défaire de cette habitude dans un délai de six mois. Les autorités chinoises se rendent parfaitement compte de la nature extrêmement ardue de leur tâche, car la culture indigène de la plante néfaste en donne une quantité octuple ou décuple de celle fournie par l'importation. (*Le Temps.*)

Remèdes infaillibles.—Dans le prospectus d'un pharmacien, qui était relatif à un remède « infaillible », et qui contenait plusieurs attestations favorables de malades, se trouvait une lettre d'une dame X.., par laquelle celle-ci déclarait que, souffrant de telle maladie, elle avait été guérie par le remède en question. Fort ennuyée à bon droit, elle a assigné en dommages-intérêts le pharmacien devant la première chambre civile. Et, hier, le tribunal lui a alloué 300 fr. (*Le Matin.*)

Le microbe des verrues.— Un médecin italien ayant voulu voir comment se transmettent les verrues, a fait une expérience dont le résultat est intéressant. A un jeune sujet porteur de verrues, il enleva aseptiquement tout un paquet de celles-ci, ensuite il les broya dans un mortier stérile, avec du sable stérilisé ; puis il y ajouta du bouillon, et enfin un peu de culture d'un bacille. Pour achever, il filtra le tout sur une bougie et examina le liquide rendu par le filtre. Le bacille ne s'y trouva pas, ayant été retenu dans les pores de l'appareil. Ce liquide était stérile en apparence. Mais le médecin ayant fait sur sa propre main quelques inoculations de celui-ci, des verrues se formèrent. Pas tout de suite : au bout de cinq mois seulement ; la période d'incubation a donc été assez longue. Il semble bien qu'il faille admettre que les verrues sont dues à un microbe, mais à un microbe ultra-microscopique, capable de traverser le filtre le meilleur. (*Illustration.*)

Nécrologie.—On annonce la mort de Auguste von Rothmund, professeur émérite d'ophtalmologie à l'Université de Munich ; Tenchini, professeur d'anatomie à l'Université de Parme, et N. Krionshchevski, professeur de pathologie générale à l'Université de Kiew.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine* : L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 11 mars 1907, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Chirurgie et accouchement : L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 14 mars 1907, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 12 janvier 1907 inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le 12 janvier 1907, à trois heures, dernier délai.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr* BANZET, *ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue Lille.

AVIS. — *Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de leur valeur, soit 0 fr. 20 pour les numéros ordinaires, 0 fr. 60 pour le* **Numéro des étudiants**.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

APERT (E.). — Traité des maladies familiales et des maladies congénitales, 1 vol. in-8° de 364 pages.

BROUARDEL et GILBERT. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Tomes XI et XII, vol. in-8° de 350 pages.

HAMMERSCHLAG (V.). — Thérapeutique des maladies de l'oreille. Traduction Chauveau et Menier. 1 vol. in-8° de 240 pages.

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — 54e session, 1905. Cherbourg. 1 vol. grand in-8° de 1120 pages.

MARTINET (A.). — Les aliments usuels. 1 vol. in-8° de 324 pages.

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

BÉRIEL. — La syphilis du poumon. 1 vol. in-8° de 344 pages. Prix .... 4 fr.

Librairie RUDEVAL,
4, rue Antoine-Dubois,

NEVEU-LEMAIRE (M.). — Parasitologie humaine, parasites végétaux et animaux. 1 vol. in-8° de 494 pages.

ROCHET. — Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires. 1 vol. in-8° de 400 pages. Storck, éditeur à Lyon. Prix .... 7 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 8 DÉCEMBRE 1906

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

L'ankylostomiase chez les mineurs ;

Par le Dr **Paul FABRE** (de Commentry) (1),
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin en chef de l'Hôpital de Commentry.
Membre honoraire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

Mais continuons à interroger les médecins qui ont eu à observer l'ankylostomiase dans les régions exotiques et spécialement dans les pays intertropicaux. De l'accumulation, ou mieux du choc des renseignements, jaillira peut-être plus facilement la lumière.

Tout en réservant avec prudence, jusqu'à plus amples informations son opinion sur les accidents observés en Europe chez les malades porteurs d'ankylostomose, et sur la relation existant entre la présence de ce parasite et l'*anémie des mineurs*, le Dr Fernand Roux (2) regarde l'ankylostome comme la cause certaine, dans les pays chauds, de la maladie « connue sous les noms de *cachexie africana*, anémie intestinale, chlorose d'Egypte, mal d'estomac ou du cœur des nègres, géophagie, hypohémie intertropicale ».

« Cette maladie atteint surtout les nègres, mais il ne faudrait pas croire que les Européens en sont complètement indemnes. La qualité de l'eau semble jouer un grand rôle dans son étiologie. C'est ainsi que Da Luz a vu l'hypohémie tropicale se produire seulement chez les individus habitant des lieux bas et humides et usant, comme boisson, de l'eau stagnante provenant de marais. Au contraire, il n'a jamais constaté la maladie chez les personnes buvant de l'eau courante ou celle des torrents. L'affection est bien plus rare dans les villes que dans la campagne. On la rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle est fréquente surtout dans la classe des cultivateurs qui boivent l'eau boueuse qu'ils trouvent dans les champs ».

D'après M. Roux, l'hypohémie est toujours apyrétique, à moins de complications (accès de fièvre intermittente, par exemple), et c'est une erreur d'admettre qu'elle peut débuter brusquement avec de la fièvre.

(1) Voir le *Progrès Médical*, du 25 août 1906.

(2) *Traité pratique des maladies des Pays chauds*, par le Dr Fernand Roux, 1888. t. III, p. 517-528.

« En général, le malade sent ses forces diminuer et on assiste peu à peu au spectacle qu'offrent les individus atteints d'anémie grave. Les téguments de la face, les conjonctives et la muqueuse linguale pâlissent. Au moindre effort, il se produit de l'anhélation et des palpitations. L'inappétence est généralement absolue. La température est abaissée. Le regard prend une expression de langueur particulière.

A mesure que l'hypohémie tropicale s'accentue, il se produit des *suffusions séreuses*. On observe d'abord aux paupières et aux malléoles un œdème qui passager au début, devient ensuite permanent et envahit d'autres parties du corps ». D'après Wucherer (1) cet œdème est la plupart du temps plus marqué à la face et aux extrémités et atteint souvent le scrotum. Puis les symptômes s'accentuent : « la dyspnée et les palpitations augmentent d'intensité. La région précordiale devient douloureuse par accès. L'auscultation permet de constater l'existence de souffles anémiques. Le malade a des bourdonnements d'oreille, des vertiges et des éblouissements. Le foie et la rate restent normaux. Mais les fonctions digestives sont considérablement altérées : l'inappétence persiste souvent elle est remplacée par une malacie qui atteint un haut degré ». Et c'est à la présence fréquente de ce symptôme que l'on doit le nom *de géophagie* donné à la maladie ; mais si les malades mangent surtout de la terre, ils ingèrent aussi toutes sortes d'autres substances, telles que laine, étoffes, charbon, etc.

Wucherer n'a pas trouvé d'albumine dans l'urine, qui est pâle, abondante et de densité normale. La céphalalgie et les crampes se manifestent souvent. Le péritoine et la plèvre deviennent peu à peu le siège d'épanchements considérables. Le malade passe de la constipation à une diarrhée abondante à laquelle il succombe. D'après le Dr Monestier (2) le malade succombe aussi parfois à des accès de suffocation.

Souvent il se produirait du mélæna. Chez les *femmes* atteintes d'hypohémie tropicale, il y a généralement suppression des règles, et Wucherer dit que, si elles ont des enfants, ceux-ci sont malades et semblent atteints de rachitisme.

D'après le Dr Fernand Roux, « on a voulu ne voir, dans la maladie produite par l'ankylostome, qu'une for-

(1) *Archiv. für. Klin. Med.* septemb. 1872.

(2) *Archives de médecine navale*, t. XII, p. 209.

me de la *chlorose* ou de la *cachexie paludéenne*, c'est là une erreur grave. En effet, la chlorose est rare dans les pays chauds » et, de plus, comme nous le verrons, le traitement tonique ne donnerait pas de résultats dans l'hypohémie tropicale.

Quant à la cachexie paludéenne, elle produit des altérations graves de la rate et du foie qu'on ne retrouve jamais dans la maladie que nous étudions.

D'ailleurs, Da Luz a surabondamment démontré que l'ankylostomiase n'était pas une variété des diverses anémies tropicales (1) : « L'anémie qui se produit sous l'influence de la chaleur est généralisée et si peu grave qu'on peut la considérer comme un phénomène physiologique. Ces caractères de généralisation et de faible gravité la distinguent complètement de l'hypohémie tropicale qui tue les deux tiers des malades. Quant à l'anémie par inanition ou réparation insuffisante, elle diffère de l'hypohémie en ce que, dans son cours, les suffusions séreuses ne sont pas aussi précoces et qu'un de ses principaux caractères est l'appauvrissement *simultané* du sang et des tissus, ce qui n'a pas lieu dans l'hypohémie tropicale où le sang s'altère bien avant ces derniers ».

Cette dernière affection ne peut résulter du climat, puisqu'elle est plus fréquente chez les nègres que chez les Européens qui résistent cependant moins bien au climat des tropiques. Et si la mauvaise hygiène était la cause de l'hypohémie tropicale, les toniques et les reconstituants n'échoueraient pas contre elle. Enfin, se basant sur les bons effets du lait de *Gamellaria*, substance drastique et antihelminthique, et sur des autopsies faites par Wucherer et par Da Luz, le Dr Roux conclut, avec ce dernier, que l'hypohémie tropicale est sous la dépendance exclusive de l'ankylostome duodénal.

D'après le Dr Le Dantec (2), « les lésions caractéristiques se trouvent du côté du tube digestif : l'estomac dont la muqueuse est altérée contient des matières étrangères à l'alimentation : argile, craie, sable ». Plus loin, Le Dantec signale « une perversion du goût qui porte les malades à manger de la terre (géophagie) », à laquelle doit par conséquent être attribuée la présence de ces matières dans l'estomac. Mais ce symptôme ne serait-il pas antérieur à l'ankylostomiase, et ne pourrait-on pas le considérer comme la véritable cause de l'affection elle-même ? D'autant plus que d'après Le Dantec, la cachexie est toujours précédée d'une période de troubles digestifs consistant en anorexie, constipation, puis en vomissements et diarrhée avec hémorrhagie intestinale qui conduisent rapidement le malade à la cachexie. Est-ce que le développement des ankylostomes ne serait pas simplement favorisé par les troubles digestifs, et la présence des œufs peut-elle être regardée comme d'une valeur absolue au point de vue du diagnostic du mal-cœur des nègres ?

Cela est d'autant plus probable que la présence des ankylostomes a été signalée dans bien d'autres maladies, entre autres dans le béribéri.

M. James Walker en 1894 publiait les résultats de ses études sur les *parasites intestinaux* dans *le béribéri*. Sur 927 cas de béribéri traités pendant les cinq dernières années à Sandakau (British North Bornéo), 887 malades furent examinés au point de vue de la présence de parasites intestinaux dans les selles.

(1) *Contribucao as estudo do Dochmius duodenalis et dos effeitos da sua presença no intestino*, et *Archives de méd. nav.* XXXIV, p. 462.
(2) *Précis de Pathologie exotique*, par A. Le Dantec, collection Testut, 1900, p. 820.

On trouva, (d'après l'*Union médicale* du 2 octobre 1894 p. 454-5), l'ankylostome duodénal dans 756 cas, soit 85,5 % ; le trichocéphale dans 284, soit 31,5 % ; l'ascaride lombricoïde dans 155, soit 17,4 % ; l'oxyure vermiculaire dans 123, soit 13,8 % ; le distome dans 2, soit 0,20 % ; des parasites divers dans 24, soit 2,6 %.

L'ankylostome n'est cependant pas fréquent à Bornéo parmi la population indigène ; sa prédominance dans le béribéri doit donc avoir une certaine valeur. Certes, ce parasite ne peut pas être considéré comme étant l'agent pathogène essentiel du béribéri, mais il pourrait être une cause prédisposante de cette maladie, dont il constitue, en tous cas, un des facteurs d'aggravation. La cause des deux maladies — béribéri et ankylostomie — se produirait simultanément en dehors de l'organisme, les conditions qui favorisent le développement de l'ankylostome (malpropreté et eau stagnante) étant, ainsi qu'une alimentation défectueuse, éminemment favorables au développement du germe de béribéri.

Des recherches minutieuses faites au point de vue de l'étiologie du béribéri ne laissent aucun doute à J. Walker sur la propagation de cette maladie par l'eau, ce qui amène à recommander de faire bouillir et de filtrer l'eau potable dans les régions infectées par le béribéri.

Quant au traitement, il faut avant tout procéder à l'examen des selles de tous les individus atteints de béribéri pour s'assurer de la présence d'entozoaires, dont l'expulsion constituerait la première indication à remplir dans la thérapeutique de cette affection.

Dans l'Amérique du Nord, M. S. S. Adams publiait récemment (*Arch. of Pediatry*) une observation fort intéressante d'uncinariose chez un enfant, observation que nous résumerons brièvement : il s'agit d'un enfant de race blanche, âgé de douze ans, né dans le Maryland. Les premiers symptômes consistèrent en une grande lassitude et une grande somnolence. Puis vinrent des maux de tête presque constants, et une grande faiblesse musculaire ; la peau prend une teinte jaune, et au bout de quatre mois la faiblesse est telle que la station debout devient impossible. L'anémie est excessive ; le chiffre des globules rouges est descendu à 1.500,000, celui des leucocytes est de 5.600, l'hémoglobine est environ à 20 0/0. A l'examen des matières fécales on rencontre des œufs nombreux d'ankylostome (1.000) et *quelques embryons*.

Le traitement consista en l'emploi d'une cuillerée de sel d'Epsom en se couchant, d'une autre dose le lendemain matin à 7 h., et 50 centigr. de thymol aussitôt après ; une même dose de thymol est donnée, une heure 1/2 après ; et enfin on donnait une nouvelle dose de sel d'Epsom. Privation d'aliments jusqu'à 5 h. du soir. Ce traitement fut répété trois fois à un intervalle de 7 à 10 jours. En même temps, on donnait des préparations de fer ou de manganèse. Après trois semaines de repos, on recommence la même médication pour arriver à une complète guérison.

Le Dr Navarro Canova, après avoir cité l'observation précédente, ajoute (1) que, dans l'Amérique du Sud, l'uncinariose est endémique dans certains territoires, et qu'elle a été longtemps confondue avec la malaria.

Mais revenons dans nos pays tempérés ; et, après avoir rappelé le travail si complet du Dr Ed. Bugnion (de Lausanne) et les recherches du Dr Sonderegger, du Dr Giaccone, celles de Trossat et Eraud, à St-Etienne (1885), puis la thèse d'Auguste Roux (Lyon, 1892), etc..

(1) *El Siglo medico*, 15 septembre 1906.

etc., résumons l'observation présentée par le Dr Long (de Genève), au congrès médical de Londres de 1881.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, bien portant jusque-là, qui, en mars 1878, quitta la Lombardie pour venir travailler au tunnel du Gothard. Il se maintient en bonne santé jusqu'au mois de novembre 1879, c'est-à-dire pendant 20 mois ; et, à cette date, il sent ses forces décliner rapidement ; son teint devient très pâle, il est tout de suite essoufflé : le moindre effort musculaire le fatigue. Pendant ce temps, son appétit n'était nullement diminué : il y avait un peu de diarrhée. Au bout d'un mois cet homme voyant sa faiblesse augmenter tous les jours, quitta Airolo pour rentrer dans son pays, où il fut soigné pendant trois mois, à l'hôpital de Sorésina, comme anémique ; la présence des ankylostomes n'était pas signalée à cette époque. Pendant son séjour à cet hôpital, les symptômes qu'il présenta furent : une faiblesse extrême, une anémie considérable, un léger œdème des extrémités inférieures, une diarrhée modérée, parfois des selles sanguinolentes, quelques douleurs abdominales, beaucoup de borborygmes.

Traité par une alimentation reconstituante et du fer, son état s'améliora notablement, et, au bout de trois mois, il quitta l'hôpital de Sorésina. Il séjourna encore pendant six mois en Lombardie, ensuite vint exercer son métier de maçon dans diverses localités de France, et en dernier lieu aux environs de Genève. Pendant tout ce temps sa santé fut très bonne. Ce fut seulement dans les premiers mois de juin 1881 qu'il commença à avoir une diarrhée continuelle qui n'a pas cessé depuis lors. Il avait 4 à 5 selles par jour, des douleurs de ventre peu intenses, et beaucoup de borborygmes. Au bout de quelques jours ses forces déclinèrent, son teint devint pâle, il ressentit des palpitations, ses chevilles étaient un peu œdématiées. Voyant son état empirer, il entre à l'hôpital de Genève dans le service du Dr Long, le 12 juillet 1881.

C'était un homme de taille moyenne, bien constitué : ses téguments sont d'un jaune terreux. Lèvres et conjonctives complètement décolorées. Poumons et cœur sains et normaux. Souffle carotidien très intense. Ventre légèrement ballonné, non douloureux. Diarrhée modérée, 3 à 4 selles par jour, sans ténesme ; pas de sang dans les selles. Pas de troubles gastriques ; l'appétit est plutôt exagéré.

Le malade, fatigué facilement, a la respiration très courte. Léger œdème des malléoles, lorsque le malade reste longtemps debout.

Pouls petit, régulier, 65 à la minute. Pas de fièvre. Urine normale.

En pratiquant l'examen microscopique du liquide intestinal, on y découvre un grand nombre d'œufs d'ankylostome. On prescrit 1 gramme de limaille de fer par jour, des inhalations d'oxygène, 30 litres par jour. Régime fortifiant, vin de Bordeaux.

Le 13 juillet, on fait jeûner le malade, et le 14 on lui fait prendre en l'espace de deux heures l'opiat suivant :

Extrait éthéré de fougère mâle..........	20 gr.
Pulpe de tamarin........................	q. s.
Poudre de fougère mâle..................	

Puis deux heures après, on donne 40 grammes d'huile de ricin.

Le malade a absorbé cette forte dose d'extrait de fougère, sans éprouver aucun malaise. Dans l'après-midi, il a trois selles qui contenaient beaucoup d'œufs, mais on ne parvient pas à trouver des ankylostomes. Dans la nuit, il a trois nouvelles selles. Les matières fécales sont diluées dans un grand vase en verre contenant beaucoup d'eau, et alors on trouve environ 20 ankylostomes, qui sont pour la plupart des femelles.

Le 15 juillet on trouve 40 ankylostomes, sur lesquels 4 ou 5 mâles seulement. Le 16 juillet, de nouveau, 20 grammes d'extrait de fougère. On trouve 10 vers dans les selles.

Le 19, le malade prend pour la 3e fois, 20 grammes d'extrait de fougère, suivi de 50 grammes d'huile de ricin.

Le malade a plusieurs selles dans lesquelles on ne découvre qu'un seul ankylostome mâle. Il y a pas d'œufs.

Du 22 au 28, le malade a continué à avoir trois ou quatre selles diarrhéiques par jour. Les matières fécales ont encore été examinées à diverses reprises, et on n'a plus découvert d'ankylostomes, ni d'œufs. Le malade reprend des couleurs; le souffle carotidien a disparu.

On remarquera que, contrairement à la théorie la plus répandue depuis Wucherer, dans cette observation, c'est *la diarrhée* et une diarrhée persistante qui semble avoir été le symptôme prédominant et la cause principale sinon exclusive de l'affaiblissement du sujet tandis que, au Brésil, à Bahia, l'un des médecins qui ont le mieux étudié la question de l'ankylostomiase, le Dr Wucherer, attribuait l'obstruction intestinale désignée sous le nom d'« opilaçao » ou de « cançaço » à la présence et à l'action d'ankylostomes : autres climats, autres mœurs, autres habitudes mêmes chez les helminthes, et autres méfaits. Ici, diarrhée, là bas constipation : question de latitude !

En 1886, M. Ed. Snyers a fait paraître dans le *Progrès médical* (n° du 6 février, p. 105) la relation de quelques cas d'ankylostomiase observés à l'Hôpital des Anglais de Liège (service du Dr Em. Collard) et qu'il rattachait à l'anémie pernicieuse. Les malades étaient pour la plupart des habitants de Liège et des alentours qui, à la bonne saison allaient travailler dans les briqueteries des environs de Cologne où ils contractaient l'ankylostomiase. M. Snyers constatait chez eux les divers symptômes de l'anémie pernicieuse : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, faiblesse musculaire excessive, indolence et inaptitude au travail, céphalalgie, vertiges, troubles de l'appareil circulatoire et des voies digestives, les globules rouges présentaient des altérations de forme, de nombre et de volume, les globules blancs étaient ordinairement normaux.

Ces symptômes se présentaient avec des degrés d'intensité assez variable chez les divers malades, mais ce qui caractérisait l'affection, c'étaient des douleurs abdominales très vives dont les malades se plaignaient constamment.

M. Snyers appuyait son travail sur quatre observations ainsi résumées :

OBSERVATION I. — T. D..., âgé de 37 ans, ouvrier briquetier à Cologne en 1884, entra à l'hôpital le 29 octobre 1885. Depuis le mois d'août, ce malade souffrait d'une anémie grave, à laquelle le traitement ferrugineux n'avait apporté aucun soulagement. A son arrivée dans le service, ce malade accusait des palpitations violentes et des douleurs abdominales intenses; dans les selles on trouva une grande quantité d'œufs d'ankylostome et quelques œufs de trichocéphale. Le traitement anthelmintique lui fut administré et ne tarda pas à donner un résultat favorable ; 30 grammes d'extrait

éthéré de fougère mâle anéantirent les ankylostomes et le traitement ferrugineux répara ensuite les troubles causés par ces parasites. Aujourd'hui Th..., occupe un emploi dans l'hôpital et jamais un trouble anémique n'a reparu.

Observation II. — S. P..., 34 ans, soigné antérieurement, sans succès, pour une anémie grave, entra dans le service en novembre 1885. Son état inspirait de sérieuses inquiétudes. Après que la présence d'ankylostomes eut été reconnue, il prit à trois reprises 10 grammes de fougère mâle, puis fut soumis au traitement ferrugineux. Il quitta l'hôpital le 12 janvier 1886, entièrement rétabli.

Observation III. — M. G..., 23 ans, contracta l'ankylostomiase à Cologne ; il nous arriva vers le milieu de septembre, mais il ne resta que quelques jours à l'hôpital.

Le 28 novembre, il rentra à nouveau dans le service, mais pendant son séjour hors de l'établissement son état s'était considérablement aggravé ; sa faiblesse était extrême : il se plaignait continuellement de céphalagie et de doulenr abdominales. 20 gr. d'extrait éthéré de fougère mâle eurent raison des parasites et le malade quitta l'hôpital en bonne voie de guérison.

Observation IV. — D. R..., 17 ans, avait été soigné avantageusement par le Dr Leichtenstern de Cologne pour ankylostomiase duodénale; seulement le malade n'était pas resté suffisamment en traitement pour que sa cure fût complète. Quelques œufs d'ankylostomes furent trouvés dans les selles. Nous achevâmes la guérison que le praticien allemand avait commencée.

Nous avons précédemment (1) résumé les résultats des recherches du Dr Briançon à St Etienne, de celles du Dr Bréhon à Béthune, etc., etc.

Nous avons parlé également du volume de MM. Calmette et Breton, sur *l'Ankylostomiase, anémie des mineurs*. (voir le *Progrès médical* du 22 juillet 1905, p. 460).

Pour être complet et pour mémoire, ne serait-ce qu'à titre de documentation, je rappellerai que M. Manouvriez, pour établir la symptomatologie de la maladie des mineurs dans son mémoire lu à l'Académie en 1904 s'est contenté de faire une opération de transfert. Il a tout bonnement attribué à la présence des ankylostomes les symptômes qu'en 1876 il avait attribués à la combustion lente de la houille, et a reproduit sa division, jadis si critiquée, de *quatre formes principales d'anémie des mineurs* (1) : *1° une forme abdominale aiguë, à invasion brusque. 2° une forme abdominale chronique d'emblée, à début insidieux. 3° une forme anémique proprement dite, essentiellement chronique*, ou *cachexie anémique des houilleurs* 4° enfin des *formes incomplètes et anormales* caractérisées principalement par des éruptions cutanées. Formes morbides qui semblent faire partie d'une nosologie pittoresque mais un peu compliquée !

Quoique MM. Calmette et Breton aient reproduit cette classification de l'ankylostomiase des mineurs (sans citer d'observations nouvelles plus probantes) je suis sûr qu'il suffira à tout esprit sérieux de relire les sept ou huit observations sur lesquelles le Dr Manouvriez a établi sa division, pour se convaincre que ces faits ne sauraient être considérés comme des cas d'anémie. Il y a de la dyspepsie, des maladies du foie, du vitiligo, de l'urticaire, mais d'anémie essentielle, aucun clinicien attentif n'y en trouvera d'exemple.

Et pour qu'on ne puisse pas m'accuser d'exagération qu'on me permette de reproduire *in extenso* une des observations, la cinquième, sur lesquelles M. Anatole Manouvriez a établi sa théorie.

« En terminant, dit-il page 75, nous signalerons le vitiligo comme une suite possible de l'anémie :

Observation. — *Vitiligo consécutif à l'anémie.* — Un mineur de Bonnepart, âgé de 22 ans, fut atteint il y a sept ans, d'une anémie tellement intense que ses conjonctives oculaires furent colorées en jaune. Pendant la convalescence, il se développa à la tempe gauche une large plaque de vitiligo, qui s'étend aujourd'hui (août 1874) jusque dans le cuir chevalu situé en avant de l'oreille, et jusqu'au tiers externe du sourcil. Les poils et les cheveux qui revêtent cette plaque sont complètement décolorés. »

Et c'est là tout !... Est-il besoin de faire appel à tout médecin sérieux pour lui demander s'il trouve dans cette observation les éléments capable de faire diagnostiquer une anémie ? Je ne le crois pas...

Mais, dans cet essai de détermination d'une symptomatologie de l'uncinariose, il est de notre devoir de signaler maintenant les recherches que le Dr E. François a consignées dans le travail si consciencieux paru au mois de mars 1906 (1), mémoire qui exposait les résultats de son enquête sur l'ankylostomiase dans les houillères dn Nord et du Pas-de-Calais.

Voici un résumé de ses 5 observations d'ankylostomiase.

Obs. I. C. H..., 26 ans, après avoir travaillé à Mons en 1901, est tombé sérieusement malade ; rentré chez ses parents, deux ans de séjour à la campagne ont amélioré son état sans le guérir. Redevenu mineur, au bout de six mois ses malaises le reprennent : douleurs de ventre, crampes d'estomac, affaiblissement, essoufflement, un peu de sang dans les selles, 40 à 50 œufs d'ankylostome par préparation. Très pâle, exsangue, diarrhée fréquente, souffles anémiques.

Traitement énergique.

Chez un autre, un peu alcoolique, âgé de 20 ans (2e observation) le Dr François a constaté, outre une éruption de prurigo aux jambes et aux mains, de l'essoufflement, de la douleur aux reins, des vertiges, une rate volumineuse.

Dans la 3e observation, il s'agit d'un mineur de 27 ans catarrheux : éruption prurigineuse, violentes coliques, douleurs de reins, selles souvent sanguinolentes, crampes d'estomac, vertiges, bourdonnements d'oreilles. Pâleur très marquée, râles ronflants et souscrépitants, craquements à gauche, péricardite, tympanisme, un peu d'ascite.

Observation IV : 20 ans, douleurs de reins et en ceinture. Lassitude générale. Maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, peau et muqueuse décolorées ; souffles au cœur et au cou, bruit de galop. Dans les selles, 12 œufs d'ankylostome par préparation, associés à des œufs de trichophales en assez grand nombre.

Observation V : 39 ans. Malade depuis 4 à 5 ans. Eruption prurigineuse ; foie petit, souffles légers, appétit irrégulier, dyspepsie, gastralgie, vomissements glaireux le matin, constipation alternant avec la diarrhée, vertiges, bourdonnements d'oreille, lassitude générale.

La symptomatologie des faits observés par le Dr François est donc représentée surtout par les phénomènes suivants : vertiges, bourdonnements d'oreille, maux de tête, souffles au cœur, pâleur de la peau et

(1) Voir le *Progrès Médical* 1905, nos du 8 avril, du 17 juin et du 22 Juillet.

(2) *De l'anémie des mineurs dite d'Anzin*, mémoire couronné par la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire.

(1) *Anémie des mineurs, étiologie, séméiologie, prophylaxie, organisation médicale*, in-8, (Voir dans le *Progrès médical* du 21 juillet 1906, la bibliographie consacrée à ce travail.)

des muqueuses, épigastralgie, dyspepsie, douleur des reins et en ceinture.

Nous pourrions citer ici le travail du Dr Alfred Fillassier (1), travail dont la portée est générale, collective, sociale plutôt que nosologique. Mais après ce que le Dr J. Noir en a dit dans le *Progrès médical*, je n'ai qu'à me taire (2).

Au moment où nous terminons cette revue clinique, un document nouveau est tombé entre nos mains, document que nous ne saurions négliger.

M. le Dr Breton (de Lille), vient en effet de publier (3) un essai de symptomatologie de l'uncinariose sous le titre : *Informations cliniques*. Il admet deux périodes dans cette maladie. On remarquera que, pour chacune de ces deux périodes, M. Breton nous dit que le diagnostic n'est décisif qu'après la constatation sous le microscope d'œufs d'ankylostome.

Voici d'ailleurs, d'après M. le Dr Breton, la symptomatologie de chacune de ces deux périodes, la période d'incubation et la période d'état.

1. Un mineur, un briquetier perd progressivement ses forces depuis quelques semaines et il attribue cette faiblesse à l'existence de troubles gastro-intestinaux, il ressent, en effet, une douleur épigastrique discontinue, augmentée par la pression, momentanément calmée par l'ingestion d'aliments, mais l'appétit n'est pas influencé. En même temps, il présente de l'anhélation qu'accompagne une bronchite catarrhale intense, des palpitations cardiaques à l'occasion de tout effort, de l'anémie accusée par des bruits de souffle, du vertige, de la céphalalgie, des névralgies, etc., enfin des dermatoses consistant en pustules d'acné, erythèmes palmaires et plantaires, éruption eczémateuse aux plis de flexions. Une fièvre continue ou intermittente peut apparaitre, en même temps que le *sujet perd complètement le goût du travail*. C'est un cas *d'ankylostomiase à la période d'incubation*, qu'il sera impossible de diagnostiquer sans avoir constaté les œufs du parasite dans les selles.»

Je me permets de faire remarquer que ce dégoût du travail chez un mineur porteur d'ankylostomes n'avait pas été signalé jusqu'ici, ou si ce symptôme était indiqué, c'était tout à fait exceptionnel, surtout au début de l'ankylostomiase.

Nous reprenons la citation :

« 2. Ce même mineur, ce même briquetier a vu son anémie progresser, se manifester non seulement par des signes stéthoscopiques cardio-vasculaires; mais surtout par des caractères hématologiques particuliers : le taux de l'hémoglobine a fortement fléchi; l'hypoglobulie répond au troisième degré de *Hayem* ; les éléments figurés ont subi des altérations considérables : hématies nucléées, très nombreux mégaloblastes, résistance des hématies affaiblie, présence des microcytes, surtout formule hémoleucocytaire, consistant en polynucléose avec éosinophilie, celle-ci s'accompagnant d'une réduction du nombre des neutrophiles et d'une augmentation de celui des mononucléaires. En outre, des troubles nerveux sont survenus; hypersensibilité de la peau, mouvements volontaires brusques, mal coordonnés, réflexes cutanés et tendineux exagérés, force musculaire affaiblie. Comme troubles sensoriels, la dilatation pupillaire et des modifications profondes du fond de l'œil qui expliquent la diminution de la vision, et parfois de l'amblyopie. Les troubles digestifs persistent moins accusés toutefois et les déjections renferment fréquemment des petites masses sanguines que l'on décèle par l'épreuve du papier buvard. Au total, état général mauvais, mais malgré l'anémie l'individu ne s'amaigrit pas. C'est *l'ankylostomiase à la période d'état* que fera diagnostiquer avec certitude la constatation d'œufs d'ankylostome, c'est la forme commune à nos régions.

(1) *L'Uncinariose devant l'Hygiène Sociale*, Paris 1906.
(2) *Progrès médical* du 11 août 1906.
(3) Voir dans l'*Echo médical du Nord* (n° du 12 août 1906) sous la rubrique : « *Consultations médico-chirurgicales* », un article intitulé l'Ankylostomiase.

En présence de cette symptomatologie si disparate, suivant qu'on examine l'ankylostomiase dans les pays chauds, ou qu'on l'observe dans les pays de mines, également disparate et tout autant suivant la profession et les maladies qui coexistent avec l'ankylostomiase et qu'on fait dépendre trop facilement de la présence de ces helminthes, pouvons-nous faire autre chose que de demander un supplément d'information ?

Adressons donc un appel pour de nouvelles recherches; que les cliniciens sérieux apportent leur concours aux physiologistes, aux naturalistes, aux savants chercheurs des laboratoires.

N'est-il pas, en effet, besoin de réaliser encore un travail de filtrage, de clarification, sinon de distillation ? Cette opération me semble indispensable pour permettre d'arriver à la connaissance de la vérité toute nue, pure, dans tout son éclat. Puisse ce résultat ne pas trop se faire attendre !

Dr Paul FABRE (de Commentry).

Erratum : Dans le précédent article sur l'ankylostomiase (n° du 25 août) à la ligne 25 de la 2e colonne de la page 531, lire *la malacie* au lieu de la *malaria*.

THÉRAPEUTIQUE NEUROLOGIQUE

Les névrites et leur traitement par le massage méthodique et la rééducation des mouvements ;

(*Fin*) (1).

Par le Dr P. KOUINDJY.

Chargé du service de rééducation et de massage à la Clinique des Maladies nerveuses de la Salpêtrière (Clinique Charcot).

Dans notre travail sur les « indications du massage méthodique dans le traitement des névrites et des polynévrites » nous avons déjà donné une description de notre méthode. Nous rappellerons ici en quelques mots en quoi consiste cette méthode.

Dans la description des observations, nous avons déjà indiqué en quoi consiste notre manière de faire : après avoir exploré la tonicité musculaire et nerveuse du membre ou de la région malade, nous commençons toujours par des manœuvres massothérapiques, destinées à calmer d'abord la douleur spontanée, ensuite, la douleur occasionnée par le moindre mouvement. Les effleurages, superficiels et précipités, circulaires, ellipsoïdaux, arrivent à avoir raison de la douleur. Une fois que celle-ci vaincue, nous commençons par augmenter la tonicité musculaire des muscles en hypotonie, sans toucher aux muscles en hypertonie. Au fur et à mesure que la tonicité musculaire se réveille, nous l'utilisons pour exécuter des mouvements, d'abord passifs, ensuite actifs, et enfin, des mouvements de la rééducation.

Au cours de ce traitement nous massons légèrement les troncs nerveux malades et accessibles. Tant que la sensibilité des nerfs n'est pas suffisamment atténuée, nous ne commençons pas les mouvements actifs, ni la rééducation.

Cette dernière est conduite de telle façon que tous les exercices choisis doivent être destinés : 1° à combattre l'atonie des muscles fléchisseurs du pied, et à lutter

★

contre la contracture exagérée des extenseurs: 2° à combattre l'atonie des extenseurs des doigts, et à lutter contre la contracture de leurs fléchisseurs. Quand il existe une contracture du biceps brachial, c'est par l'augmentation de la tonicité de son antagoniste, qu'on arrivera à avoir raison de cette contracture.

On apprend au malade à s'asseoir sans difficulté sur son lit; on lui apprend à faire l'extension et surtout la flexion des pieds. Quand on obtient la certitude, que le malade peut se tenir debout, on le descend du lit, on le met contre le mur, afin de lui donner un appui et on lui indique la façon dont il faut déplacer chaque jambe. Ensuite, on lui fait avancer tantôt un pied devant l'autre, tantôt une jambe devant l'autre ; on lui apprend à poser le pied sur un petit banc, sur une chaise, à monter sur un plan plus ou moins incliné, à avancer le corps avant les jambes, à marcher sans canne, avec canne, etc. Pour accélérer les résultats, on pourra adjoindre les exercices de la gymnastique suédoise; mais il faut éviter toutes sortes d'exercices forcés. D'une façon générale, les exercices accessoires à la rééducation ne peuvent être commencés que lorsque la restauration anatomique des organes altérés par la névrite est à peu près chose faite. On ne peut permettre les exercices de sports que lorsque tous les exercices de rééducation sont exécutés sans aucune difficulté. Quand le malade commence à marcher seul et sans canne, on lui indique la manière de rééduquer le thorax et meme le bassin, car un déplacement invisible et rationnel du bassin suffit souvent pour compenser la difficulté de la marche. Toute difficulté de la marche chez les névritiques réside dans la flexion des pieds, et tant qu'ils ne sont pas complètement guéris, il ne faut abandonner ni le massage des longs fléchisseurs des orteils, ni la rééducation des pieds.

Souvent, le névritique courbe son dos pour compenser la difficulté de la marche. Pour combattre cette attitude vicieuse, nous lui faisons deux ou trois fois par semaine l'extension de la colonne vertébrale, soit sur la planche inclinée, soit sur notre fauteuil d'extension (1). L'extension rend ici un réel service et nous le conseillons tout spécialement.

Pour le traitement interne, nous adressons nos lecteurs aux traités spéciaux. Néanmoins, nous avons constaté, que, de tous les anti-nerveux, la piqûre de morphine est encore le meilleur moyen pour calmer la douleur. On a habituellement une certaine hésitation avant d'y avoir recours chez les névritiques, et maints confrères préfèrent laisser leurs malades souffrir quelques jours avant de leur injecter un peu de ce narcotique. Cependant, de tous ces névritiques, qui firent l'usage, modéré bien entendu, de morphine, aucun n'est devenu morphinomane. Nous avons rencontré des névritiques, auxquels on fut obligé d'injecter tous les soirs et même deux fois par jour — tellement la douleur fut vive — un centigramme de morphine, et, pourtant, ceci ne les a pas empêchés d'abandonner l'alcaloïde, aussitôt que la douleur est devenue supportable. Malgré cette évidence, nous avons toujours déconseillé l'emploi de la morphine, en ayant recours aux autres analgésiques, car, comme le dit M. Marie : « lorsque leur emploi est un peu prolongé, il est rare qu'il ne soit pas nuisible, soit en diminuant la rapidité de la réparation, soit en provoquant la reprise des douleurs (2) ».

(1) Kouindjy. — De l'extension et de son application dans les maladies nerveuses. *Arch. de Neurologie.*

(2) P. Marie. — Traitement des polynévrites *Traité de thérapeutique.* t. XV.

Mais, à côté des différents analgésiques prennent place, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les manœuvres massothérapiques et, principalement, les effleurages superficiels et précipités. L'action analgésique des effleurages bien faits est prouvé par l'utilité du massage dans le traitement des fractures. Tout le monde connaît l'intensité des douleurs au cours des fractures ou même des entorses. Un effleurage superficiel et précipité, pratiqué d'abord à la périphérie de la lésion et, ensuite, sur la lésion même, arrive à calmer ces douleurs, au début pour une durée courte, et plus tard pour une durée plus longue. « La première action du massage, dit M. Lucas-Championnière dans son travail sur « le traitement des fractures par le massage (1) », est sans contredit la disparition de la douleur... Et si le massage est bien fait, cette disparition définitive de la douleur doit avoir été obtenue sans provoquer aucune douleur au moment des manœuvres ». Ceci est également vrai pour les névrites. Le massage méthodique doit contribuer à diminuer la douleur, s'il est bien fait. Dans le cas contraire, il exagèrera la douleur. Pour M. Lucas-Championnière, cette disparition des douleurs par le massage des fractures au début est due, non seulement à la disparition des exsudats, mais aussi « à l'action sur les nerfs, action rapide, presque immédiate, contribuant puissamment aux phénomènes de réparation ». Schreiber, de Vienne, explique cet effet du massage par l'action moléculaire des manœuvres sur la fibre nerveuse en état d'hyperesthésie ou d'anesthésie (2). Estradère émet l'hypothèse, d'après laquelle les manœuvres massothérapiques, en agissant sur les organes altérés de la région traitée par le massage, établiraient l'équilibre entre les fonctions des différents organes. Grâce à cet équilibre, le système nerveux jouit d'un calme égal au repos (3). Quelle que soit l'hypothèse qu'on veut bien admettre, il n'est pas moins vrai, que le massage rationnel agit directement sur le tissu nerveux malade, et cette action n'est autre qu'une action décongestionnante : en rétablissant la circulation des tissus périphériques du nerf malade, le massage méthodique finit par rétablir la circulation intime du tronc nerveux, d'abord, et du filet nerveux ensuite. Le tout est de savoir tenir compte de l'état congestif du nerf malade et de choisir des manœuvres massothérapiques de telle sorte, que leur application ne finisse pas par exagérer l'inflammation intime du nerf, au lieu de la diminuer. En sachant bien utiliser les effleurages superficiels et précipités, et les pressions superficielles, soit des organes, qui entourent le nerf malade, soit le nerf même, on arrive toujours par combattre l'excitabilité nerveuse et, par cela même, les douleurs névritiques.

De tout ce qui précède, il résulte, que le massage méthodique et la rééducation sont seuls capables de servir comme bases du traitement physiothérapique des névrites. Le massage méthodique est le facteur principal, qui contribue à restaurer les tissus altérés et relever en même temps la tonicité musculaire, élément indispensable pour exécuter les mouvements de notre vie. La rééducation sert à diriger cette tonicité musculaire, afin de la faire coordonner avec la volonté du malade. Pour arriver à réaliser cette coordination, les mouvements doivent être exécutés suivant les règles des exercices de

(1) Lucas-Championnière. — Traitement des fractures, p. 42.

(2) J. Schreiber. — *Massage und Methodische Muskelübung.* Wien. 1888.

(3) Estradère. — *Du massage, son historique etc.,* 1884.

la rééducation. Il est évident, que la rééducation, ainsi que le massage méthodique, ne peuvent être exécutés que par l'homme, qui est au courant de la pathologie moderne. L'homme de l'art médical, ayant fait de longues études, est seul en mesure d'appliquer cette méthode de traitement des névrites.

L'électrothérapie peut rendre un réel service dans le traitement massothérapique des névrites, à condition d'être maniée par un électrothérapeute compétent et selon le principe de la méthodicité. L'hydrothérapie est toujours utile, seulement, comme sédatif de l'état général et nullement comme action directe. Son application ne doit jamais être confiée à un doucheur non médecin; car, si l'hydrothérapie, sous forme des douches tièdes et écossaises et de jet brisé produisent un effet sédatif, les douches froides ou en jet, etc., peuvent produire un effet excitatif. Il est important que celui qui donne la douche soit bien au courant, comme celui qui masse un névritique, de l'action physiologique de cet agent physique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Réforme des Etudes Médicales.

Au Directeur du *Progrès Médical*,

Mon cher Directeur,

Peut-être permettrez-vous à un vieux professeur, qui est en même temps le plus ancien de vos collaborateurs, de donner da nsvoscolonnes son opinion sur la réforme des études médicales qui soulève, ces temps-ci tant de passions et de disputes ?

C'est là une question bien complexe sans doute, mais sur laquelle il me semble que l'on pourrait faire plus de lumière en examinant en toute franchise les divers intérêts engagés et en s'efforçant, par un examen dénué de complaisance coupable pour les appétits, tantôt légitimes, tantôt exagérés, qui se voilent sous les demandes des uns et les récriminations des autres, d'arriver à la juste notion de l'intérêt public.

Le médecin veut gagner sa vie. Il a raison, aussi bien que l'ouvrier et le laboureur.

Le médecin s'imagine qu'un diplôme de docteur, parfois arraché à la lassitude des juges, lui donne le droit de gagner sa vie. Il a tort. Qui dit docteur ne dit pas bon médecin. Le public s'y trompe quelquefois, mais pas toujours.

Que demande de son côté le public ? Il veut avoir des médecins d'une science certaine, puisqu'ils ont (théoriquement) seuls le droit d'exercer et que leur capacité est garantie par un beau parchemin et il veut en avoir suffisamment pour ses besoins.

Aujourd'hui personne n'est content.

Il nous faut donc chercher le moyen, non de contenter tout le monde, entreprise que le bon La Fontaine jugeait impossible, mais la majorité, comme tout bon citoyen est tenu de le faire à notre époque.

Pour donner de la clarté à notre petite étude, nous la diviserons en trois points..... Qu'on se rassure, nous n'avons point l'attention d'infliger un sermon au lecteur ni de chausser les pantoufles de Bossuet ou de Massillon.

Ces trois points seront : I. De quoi l'on se plaint. — II. Ce que l'on desire. — III. Comment faire pour l'obtenir.

I. — De quoi se plaint-on ? — En ce moment, on se plaint surtout du nouveau certificat d'études médicales supérieures. La presse politique et la presse médicale s'unissent pour l'accabler.

Nous nous joindrons à ceux qui lapident la nouvelle mesure, mais peut-être pas pour les mêmes motifs. Les savants qui ont soufflé au ministre de l'instruction publique, au très habile chirurgien qui a su séparer la Radica républicaine de la Doodica ultramontaine et qui, ce que n'ont pu faire ni Doyen ni Chapot-Prévost, a conservé ses deux opérées vivantes, encore que Doodica se montre un peu dolente du choc opératoire, ceux, dis-je, qui lui ont inspiré l'idée du Certificat d'études médicales supérieures étaient mus par une excellente intention : Tous les hommes de science sont unanimes à regretter que la manière dont sont organisés les grands concours parisiens oblige les candidats à se bourrer jusqu'à quarante ans de travaux d'autrui avant de faire quelque chose de personnel. Tout le monde regrette aussi de voir, dans chaque concours, moins un duel entre les candidats qu'entre les deux écuries, je veux dire les deux écoles rivales représentées dans le jury. Le nouveau certificat, en assurant aux candidats qu'ils n'auraient à concourir que sur les sujets spéciaux de leurs études, qu'un chirurgien ne serait pas obligé de concourir sur l'histologie ni un accoucheur sur la structure et les maladies de la moelle, inaugurait un bon système.

Mais on pouvait lui reprocher deux choses : L'un des reproche auquel n'ont pas manqué les syndicats, c'est que les docteurs pou vus du nouveau grade pourraient parfaitement aller s'établir dans des localités sans école de médecine ni hôpital important et, du haut de leur nouveau diplôme, faire une concurrence plus ou moins discrète aux médecins n'ayant que le vulgaire doctorat.

J'avoue que je suis peu touché de cet argument des syndicats et cependant il contient une partie très juste c'est que le nouveau certificat établit seulement la preuve que son titulaire a fait de hautes études, études qui n'ont pas forcément augmenté ses connaissances cliniques et qui, le distrayant de la clinique, l'ont peut-être en réalité rendu inférieur aux confrères que son titre lui permettra de dominer. On voit donc qu'en allant au fond des choses, les protestations des syndicats, qui pouvaient paraître au premier abord inspirées par des préoccupations mesquines, ne laissent pas d'avoir leur raison d'être.

Quant à nous, le gros grief que nous ferons au nouveau certificat, c'est que le décret qui l'institue renferme dans son article 2 un ferment de dissolution qui pourra abaisser le recrutement des professeurs des écoles de plein exercice.

J'estime que, sans être parfaites — qui est parfait en ce monde ? — La Faculté de Paris elle-même, n'a-t-elle pas ses petites imperfections ? — j'estime, dis-je, que les écoles de plein exercice sont un des meilleurs rouages de l'éducation médicale en France. Et que l'on ne vienne pas me traiter de Monsieur Josse ! Ce n'est pas moi qui parle ici : ce sont tous les présidents des jurys de doctorat qui me répètent chaque année depuis dix ans que la moyenne de nos candidats aux examens est notablement supérieure à la moyenne de Paris.

Eh bien ! pour moi, la suppression facultative du con-

cours indiquée dans l'article 2 du décret est une inspiration des plus malheureuses. Peut-être à Paris pourrait-on remplacer le concours sur épreuves spéciales par le concours sur titres. Encore les travaux scientifiques les plus intéressants ne feraient-ils point la preuve que le candidat a les dispositions voulues pour l'enseignement ; mais on serait sûr de nommer un homme véritablement instruit.

En province, il n'en saurait être de même. Pour moi, la preuve est faite et largement faite. J'ai vu jadis la suppression du concours, dans un grand hôpital, déterminer la nomination d'une fournée de fils à papa et de jeunes médecins ou chirurgiens apparentés à quelques personnages influents, sans acception de valeur personnelle, d'études antérieures plus ou moins bonnes.

En province, le concours est la seule barrière contre l'incapacité qui se glissera partout dès lors qu'il ne s'agira, pour être nommé, que d'avoir de belles relations.

Mais, dira-t-on, pour obtenir le certificat d'études surieures il faudra être un homme très distingué et par suite le recrutement parmi les titulaires sera forcément bon.

Pas si sûr que cela ! Si, en effet, le concours maintient son niveau grâce à la limitation du nombre des élus, qui nous garantit que le diplôme de médecin supérieur, après avoir été, pendant un temps plus ou moins long, très difficile à obtenir, ne s'avilira pas petit à petit sous l'influence des protections et des pressions qui ne manqueront pas de s'abattre sur les membres des jurys ? On blâme déjà les marchandages de l'agrégation et les petites iniquités qui en sont parfois la suite : combien moins grave sera un peu de faveur accordée à un candidat alors que l'on n'est plus retenu par la crainte de causer une injustice et de briser la carrière d'un concurrent !

J'estime donc que l'article 2 du décret du 25 juillet dernier est dangereux et devrait être rapporté ou modifié.

Mais si l'article premier froisse la grande majorité du corps médical et que l article second semble contenir un danger sérieux, ne vaudrait-il pas mieux rapporter le décret tout entier ?

Un grief beaucoup plus important et beaucoup plus général, c'est la pléthore des médecins qui entraîne l'avilissement de leur situation. Ce grief n'est que trop fondé. Dans bien des petites villes, au lieu de trois ou quatre médecins, on en trouve maintemant huit ou dix. Dans des campagnes où un seul médecin gagnait convenablement sa vie, un ou deux concurrents viennent s'établir et les voilà réduits à la portion moins que congrue.

Un médecin de campagne qui n'a pas une petite fortune pour le mettre à l'abri du besoin peut, après dix ou vingt ans de pratique dans le même endroit, voir sa situation compromise et se trouver réduit à chercher un poste où il n'aura pas de concurrent.

Le médecin se plaint donc de la faiblesse de son gain due en première ligne à la pléthore du corps médical, mais aussi à toute sorte d'exploitations dont il est victime et qu il ne nous semble pas à propos d'étudier ici car, en somme, sans la pléthore, ces exploitations s'atténueraient bien vite. Elles ne disparaitraient pas complètement, car il est de la nature du médecin d'être exploité ; mais elles deviendraient tolérables.

Si les médecins ne sont pas contents, le public non plus, ne l'est pas. Les personnes compétentes jugent que les jeunes médecins ne sont pas, au moment où ils reçoivent leur diplôme aussi instruits et surtout aussi rompus à la pratique qu'ils devraient l'être Les étudiants eux-mêmes se sont plaints qu'on leur faisait perdre leur temps dans les sciences accessoires au lieu de leur apprendre la médecine et la chirurgie.

Je ne saurais dire si cette petite campagne a été menée par les meilleurs des étudiants et les plus travailleurs. En tout cas, il me semble qu'il y a du vrai et du faux dans leur manière de voir : ils ont grandement raison en demandant qu'on leur apprenne plus de médecine ; ils ont tort de ne pas se rendre compte que les sciences accessoires leur sont nécessaires pour comprendre l'enseignement purement médical.

Le grand défaut du P. C. N., en tant au moins qu'il s'applique à la préparation aux études médicales, est de n'avoir pas été créé uniquement dans le but d'y préparer. L'enseignement devrait être donné par des médecins dans les facultés ou écoles de médecine. Or il a pour objet principal, moins l'instruction des jeunes gens que le repeuplement des cours des facultés des sciences. Les étudiants, ayant pour professeurs des hommes fort instruits sans doute, mais le plus souvent étrangers aux choses médicales, perdent de vue le lien qui peut rattacher à la vraie médecine les connaissances qu'on les oblige d'acquérir et protestent contre le temps perdu d'autant plus justement que les deux années passées au service militaire retardent encore le moment où ils pourront gagner leur vie et cesser d'être à charge à des parents dans une situation parfois extrêmement modeste, pour ne pas employer un mot plus fort.

II. — Ce que l'on désire. — Nous venons de voir rapidement ce dont on se plaint : examinons maintenant ce que l'on désire.

La majorité des étudiants désirent arriver le plus vite possible au doctorat, après avoir plus ou moins travaillé selon le tempérament de chacun.

Une fois docteurs, ils désirent gagner leur vie le plus rapidement et dans les meilleures conditions possibles. Beaucoup d'entre eux ne se posent point une des questions suivantes : « Si j'envoyais mon malade à mon confrère X. ou à mon confrère Y., ne serait-il pas mieux soigné par eux que par moi ? »

« Si, moi-même, j'étais bien malade, aimerais-je à être soigné par un médecin ayant mon genre de beauté..... je veux dire un talent dans mon genre ? » En descendant jusque dans le petit fin fond de la conscience, chacun de nous pourrait se dire, même après quatre années d'internat de Paris : Non je n'étais pas fort ! Et les praticiens vieillis sous le harnois, même sans avoir jamais cessé de travailler n'ont que trop l'occasion de constater combien grande est la faiblesse de l homme aux prises avec les forces de la nature. Ils peuvent se consoler de leurs erreurs de diagnostic ou autres en songeant à celles qu'ils ont vu commettre par les plus grands maitres eux-mêmes par leurs chefs de service dans les hôpitaux et par les professeurs les plus illustres. *Errare humanum est*, diront ceux qui cultivent encore le latin.

En résumé on peut poser en principe qu'un médecin n'est jamais assez instruit, n'a jamais assez de talent, puisqu'il y aura toujours dans sa pratique des cas où il se trouvera inférieur à sa tâche. L'étude et la pratique de l'art médical doivent être une œuvre de perfectionnement indéfini.

Il est malheureusement trop clair que cette haute conception de l'art de guérir ne peut trouver son application que chez une élite restreinte; mais si la réalisation intégrale en est impossible, si la masse des docteurs en médecine est obligée de limiter son travail intellectuel pour suffire à son travail physique, il importe que le professorat médical ne lance sur le public que des jeunes méde-

ains suffisamment préparés pour profiter de l'expérience quotidienne et ceci nous amène, après avoir envisagé les desiderata des médecins à jeter un coup d'œil sur ceux du public.

On peut distinguer dans le public, au point de vue du choix d'un médecin, deux catégories : il y a les gens pour qui le médecin est le médecin comme l'épicier est l'épicier. Ils vont demander à l'un la mélasse à l'autre la potion. L'un est diplômé, l'autre patenté, c'est tout un.

Il y a les gens qui, au contraire, veulent avoir le médecin de leur choix, soit celui qui a su leur inspirer confiance, soit l'homme que leur désigne la renommée. Ils iront au besoin cent lieues pour le trouver.

C'est flatteur d'être comme cela couru de si loin et l'on traite soit de grands maîtres, soit de repus, selon le point de vue, ceux qui ont cette heureuse fortune.

Un motif d'humilité pour ces favorisés de la carrière, c'est qu'ils voient le public faire encore plus de chemin pour aller trouver une vieille hourp don de guérisseuse, un jugeur d'eaux ou un abbé rebouteur.

Quoiqu'il en soit, il y aura toujours des grands médecins et des médecins plus modestes. Les malades pour qui le médecin est le médecin, sans exception de personne, ont évidemment foi dans le diplôme délivré par l'Etat.

Ce diplôme est chose grave : c'est lui qui nous donne le jus ta lland coupandi, secandi et etiam occidendi.

Il ne doit donc être donné qu'à bon escient et c'est un crime de lèse-humanité que nous commettons presque tous par faiblesse ou par lassitude, que de recevoir aux examens des candidats tout-à-fait incapables.

Il y a sans doute des circonstances atténuantes : Lorsqu'on a laissé un jeune homme faire trois ou quatre ans d'études professionnelles, on se fait un scrupule de l'arrêter tout net en chemin et, après l'avoir refusé trois ou quatre fois, on le reçoit par lassitude et pour s'en débarrasser.

Qu'en résulte-t-il ? C'est que les malheureux reçus dans de telles conditions, après avoir vainement cherché à gagner leur vie à la campagne reviennent à la ville et ne tardent pas, poussés par le besoin, à accepter des besognes louches, des associations compromettantes avec les pharmaciens ou même avec de simples rebouteurs qu'ils couvrent de leur diplôme. Ils prescrivent au lieu d'ordonnances correctes la potion n° 1 ou le sirop n° 3 qui ne peuvent être exécutés que dans une seule officine dont le patron fait une forte remise au médecin achalandeur.

Inutile d insister; tout le monde connaît les abus qui résultent de cette insuffisance de préparation de certains médecins.

Le système de la liberté de l'exercice de la médecine pourrait être défendu : un médecin paierait patente comme un marchand de vin et le public irait trouver le médecin X ou le médecin Y à ses risques et périls. De leur côté les médecins seraient responsables en cas de lourde faute ; mais on juge, assez légitimement selon nous, que ce système ne serait pas sans quelques dangers et, du reste le public ne l'admettrait pas.

Lorsqu'on explique à un malade qu'il n'y avait pas lieu de simuler chez lui une opération électrique dans l'urèthre ni de lui envoyer tous les quinze jours pour vingt francs de médicaments dont il n'avait nul besoin, il vous répond : Je ne doutais bien que je m'étais fourré dans une forêt de Bondy ! Mais comment le gouvernement permet-il des choses pareilles ?

Le gouvernement n'en peut mai ..... quelque soin qu'il y prenne, il n pourra jamais expurger complètement ses innombrables troupeaux des brebis galeuses inévitables. Cependant, en ce qui concerne la médecine il semble avéré que l'élévation du caractère suivra jusqu'à un certain point le niveau scientifique et que l'homme qui pourra gagner sa vie honnêtement par l'exercice correct de son art aura bien moins de chances de mal tourner que l'ignorant et l'incapable.

La médecine est une chose très sérieuse et, dès lors que l'on admet qu'elle doit être réglementée, elle doit l'être sérieusement.

Comment donc faire pour donner satisfaction à la fois au public qui veut de bons médecins et au médecin qui veut gagner convenablement sa vie. C'est là notre troisième point.

III. — Comment faire pour l'obtenir ? — Il faut remédier à la pléthore dont se plaint le corps médical et avoir les meilleurs médecins possibles !

Mais il n'y a là aucune antinomie, bien au contraire

On a conseillé, pour remédier à la pléthore des médecins les moyens les plus étranges. On a publié et en cela on n'a pas eu tort les chiffres indiquant la moyenne, hélas! trop faible, de recettes que peut faire un médecin chaque année. Mais on a poussé les choses jusqu'à écrire aux élèves des lycées et aux pères de familles pour les détourner d'embrasser ou de faire embrasser par leurs enfants cette ingrate carrière.

Cela n'était pas très adroit, car plus d'un lecteur, élève ou père de famille, a dû se dire : Tiens ! le gâteau n'est donc pas si mauvais que ceux qui en mangent ne veulent admettre personne au partage !

J'ai lu quelque part l'anecdote suivante : Un médecin très acharné à la lutte contre la pléthore se plaignait à un confrère du nombre des jeunes gens que l'on voyait se mettre à étudier la médecine.

« Eh bien ! dit son interlocuteur, vous avez un fils ; qu'est-ce que vous allez en faire ? »

« Un médecin, parbleu ! » répondit l'anti-pléthoriste.

« Mais tournez-vous de grâce, et l'on vous répondra », avait déjà dit La Fontaine.

En se plaçant uniquement au point de vue de l'intérêt public, que faut-il faire pour avoir moins de médecins et les avoir meilleurs ?

C'est bien simple : Il suffit, par une barrière solide mise à l'entrée de la carrière, de retenir les meilleurs éléments et d'éliminer les moins bons. C'est à cela que le P. C. N. pourrait servir et nous y reviendrons dans un moment.

Il faudrait aussi une beaucoup plus longue scolarité, six à sept ans au lieu de cinq ans.

On va crier ici que ce système écraserait les enfants du peuple pour favoriser les fils des bourgeois.

C'est une erreur. Je ne m'oppose nullement à ce que l'on vienne en aide par des bourses et par la gratuité des inscriptions aux jeunes gens qui se montreront intelligents et travailleurs et dont l'accession au grade de docteur sera jugée utile à la société ; mais cela doit être, en somme, assez rare.

Du reste, il n'est pas désirable que des jeunes gens sans ressources arrivent au grade de docteur à moins qu'ils n'aient une valeur exceptionnelle.

C'est cette misère des premières années qui expose à mal tourner les jeunes médecins peu fortunés dont le caractère n'est pas suffisamment trempé pour la lutte.

Il y a encore une objection à faire à l'établissement d'une barrière trop haute qui puisse arrêter les débutants jugés trop faibles : Bien des jeunes gens, entre dix-huit et vingt ans ne donnent point la mesure de ce qu'ils seront plus tard. « Les fruits tardifs » (souvenez-vous de Diafoirus) sont les meilleurs ».

.. J'en conviens... jusqu'à un certain point, toutefois. Malheureusement, nos pauvres décisions humaines ne sauraient prétendre à la perfection et il nous faut résigner à des œuvres imparfaites. Tâchons seulement qu'elles le soient le moins possible.

Je disais plus haut que le P. C. N. pourrait être la barrière demandée. Ce serait à voir ; mais il faut convenir que jusqu'à présent, c'est une barrière qui n'arrête personne. Il faudrait, pour faire du P. C. N. un examen d'arrêt, modifier la manière de pointer et rendre les juges beaucoup plus exigeants. Il faudrait aussi limiter à trois échecs le droit de se représenter à l'examen.

Un des défauts du P. C. N., c'est d'être déjà quelque chose de semi-professionnel. Ce n'est plus tout-à-fait une carrière fermée ; c'est presque une carrière brisée que le refus à cet examen.

Comme moyen d'arrêt, un baccalauréat spécial, serait bien supérieur : on refuse de 35 à 55 candidats au baccalauréat, tandis q'uau P. C. N. on reçoit 95 candidats sur cent. Il ne saurait donc être question d'un examen d'arrêt avec le P. C. N. actuel.

Mais, je ne veux pas m'étendre davantage sur cette question d'un examen d'arrêt ; cet examen d'arrêt, on le trouvera quand on voudra.

Je dirai seulement un mot de la prolongation de la scolarité.

Je prétends qu'un étudiant qui a fait huit à neuf ans d'études, y compris son internat de Paris, n'est pas encore bien fort au moment où il débute ; mais au moins il a de quoi marcher.

Un étudiant qui n'a été ni externe, ni interne dans un grand hôpital peut, à la rigueur, arriver à son cinquième de doctorat sans avoir jamais demandé à un malade : « Où cela vous fait-il mal ? » Il n'y a peut-être plus actuellement de ces étudiants ; j'aime à le croire. Mais de mon temps il y en avait beaucoup à Paris et quelques-uns en province.

Quand ceux-là allaient s'établir dans un poste médical, il pouvait se faire, s'ils étaient très intelligents, qu'ils arrivassent à savoir à peu près leur métier ; mais des sujets d'esprit moyen ou médiocre, aussi imparfaitement préparés, n'ont jamais pu se dépêtrer de leur ignorance. C'est pourquoi l'on rencontre malheureusement parfois des confrères dont l'insuffisance est presque délictueuse.

Le stage des étudiants en médecine devrait donc être porté au moins à cinq ans et suivi d'une année de révision montrant qu'ils connaissent dans lenrrs principes les diverses branches des sciences médicales. Cette dernière anné se terminerait par des examens de clinique plus nombreux et surtout plus concluants que les examens d aujourd'hui.

Pendant la durée du stage, les étudiants devraient fréquente l'hôpital matin et soir et, si le c. constances ne leur permetten de faire ni externat ni internat ils devraien du moins suivre de près ce que font le internes. C'est là un des meil eurs moyens d'apprendre.

I conviendrait auss que le plus grand nombre des hôpitaux de prov nce grands et petits eussent des internes attachés à leu s e. vices.

On pourrait également, dans les grandes v lles perfectionner es services du bureau de b en aisance e, des dispensaires municipaux, quand il en existe, en y attachant des élèves stag aires.

Ce serait profit pour tout le monde.

Les malades seraient mieux soignés, car que e médecin, qui, si consc encieux que vous le supposiez n apportera pas un peu plus de zèle et de so n à sa tâche s il travaille sous l'inspection de jeunes yeux et de jeunes intell gences prêts à le critiquer ?

Le médecin lui-même y t ouvera son profi en travaillant avec des aides et les étudiants réaliseront a nsi cet apprentissage que éclamaient jadis pour eux quelques confrères et notamment le Dr Dumas de Lédignan.

Tels sont *grosso modo* les principes sur esquels devrait être basée la réforme des études médicales. Mais, pour ce a, il faudrait tout un remaniement et de nouvelles mœurs à adopter.

Nous étudierons, s'il y a lieu, les détails de la réforme telle que nous la comprenons. Pour l'instant, nous nous bornons à affirmer que l'établissement d'un véritable examen d arrêt au début et une sérieuse augmentation de a scolarité doivent être les bases essentielles de la réforme.

A. Malherbe,
Directeur de l'Ecole de médecine de plein exercice de Nantes.

Projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques hygiéniques et de toilette

Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement qu'il est question de frapper d'une taxe les médicaments spécialisés : ce projet date de 1874, et l'initiative en revient à M. de Lorgeril.

Parmi les taxes plus ou moins fantaisistes que préconisait alors cet inamovible, tel que l'impôt sur les chapeaux haut de forme, celle qui nous occupe est restée dans l'air et fut reprise en 1890 par M. Rouvier, alors ministre des finances. A cette époque, notre rédacteur en chef, M. le Dr Bourneville combattit cet impôt dans le *Progrès Médical* en des articles réunis en une brochure (*L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et les eaux minérales*) qui commençait ainsi :

« S'il est un article des programmes électoraux, lors des dernières élections, qui ait été accepté par la très grande majorité des électeurs, c'est assurément celui-ci : *Pas d'impôts, mais des économies*. M. le Ministre des finances n'a pas trouvé, semble-t-il, le moyen d'équilibrer le budget de 1891 à l'aide des économies, comme le demande le corps électoral, et pour que son budget ne se solde pas en déficit, il s'est mis à la recherche d'impôts nouveaux. Parmi les nombreux projets qui encombrent les Archives Parlementaires, il a donné la préférence à un projet de loi d'un sénateur inamovible aujourd'hui disparu, M. de Lorgeril. On se rappelle que cet implacable et éternel ennemi des spécialités pharmaceutiques avait présenté à l'Assemblée nationale, en 1874 et en 1875, un projet de loi établissant un impôt sur les spécialités, et que le 3 juillet 1876, il avait déposé au Sénat un troisième projet de loi tendant à frapper d'un impôt, non plus seulement les spécialités pharmaceutiques, mais encore les spécialités hygiéniques et de toilette et les eaux minérales. M. de Lorgeril faisait miroiter aux yeux du ministre des finances et de ses collègues la possibilité de recueillir au moins 36 millions du produit de l'impôt nouveau. M. Rouvier est plus modeste : il se borne à prévoir une recette annuelle de 12 millions, correspondant à une taxe moyenne de 8 0 0. »

Comme on le voit, ce ne sont pas les spécialités qui donnent de l'appétit à nos budgets anémiés puisqu'aujourd'hui on ne leur demande plus que 7 millions et demi.

Dans l'exposé des motifs qu'invoquait M. Rouvier en 1890 à l'appui de son projet nous extrayons le passage suivant :

« Il est admis que des impôts de consommation doivent surtout porter sur des objets qui de sont pas ne première né-

cessité et qui procurent aux fabricants et aux intermédiaires une source de bénéfices considérables. Aucune taxe ne répond mieux à ces idées qu'un droit établi sur les *spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette.*

Depuis un certain nombre d'années, la publicité sous toutes ses formes, annonces, prospectus, brochures, a donné une grande extension à la vente des spécialités pharmaceutiques. C'est ainsi qu'a pris naissance et que s'est développée une nouvelle branche d'industrie qui représente aujourd'hui un chiffre d'affaires très important, et qui réalise d'énormes bénéfices, si l'on considère que, pour la plupart de ces produits, le prix de revient représente à peine la dixième partie du prix de vente (1). »

Il serait trop long de reproduire l'exposé in-extenso de M. Rouvier terminait par l'évaluation du produit de la taxe :

Les statistiques officielles, disait-il, ne contiennent pas de renseignements sur le commerce des spécialités, et il serait très difficile de se les procurer auprès des intéressés. Mais, en 1875, le chiffre de 150 millions de francs, qui avait été mis en avant comme représentant le prix de vente des spécialités de toute nature, tant à l'intérieur qu'à l'étranger, était considéré par le Comité d'hygiène comme étant audessous de la réalité, et il n'est pas douteux que, depuis cette époque, la vente des produits dont il s'agit n'ait reçu une grande extension.

L'impôt préconisé à cette époque était le suivant :

Art. 2. — Il sera perçu par l'administration des contributions indirectes, pour chaque timbre apposé, un droit dont le tarif est ainsi fixé : Produits dont le prix de vente au public est inférieur à 2 francs : vendus à l'intérieur, 10 centimes; destinés à l'exportation, 2 centimes Produits dont le prix de vente au public est compris entre 2 francs et 4 fr. 95 : vendus à l'intérieur, 20 centimes ; destinés à l'exportation, 4 centimes. Produits dont le prix de vente au public est supérieur à 5 francs et au-dessus : vendus à l'intérieur, 30 centimes ; destinés à l'exportation, 6 centimes, pour chaque 5 fr. Le prix de vente au public doit être indiqué d'une manière apparente sur l'étiquette.

M. Rouvier était certes un homme de ressources, mais c'était un homme de raison, et lorsqu'il fut démontré que son idée était mauvaise, d'une application difficile et d'un produit bien aléatoire, il l'abandonna.

La timide tentative de M. Beauregard, député, en 1903, échoua piteusement sans avoir vu le feu de la rampe du Palais-Bourbon. Actuellement, comme alors, le mirage de bénéfices colossaux réalisés par les spécialistes hante M. le Ministre des finances, puisqu'il est dit, dans le projet de loi actuel, que « les prix de revient sont en effet très inférieurs aux prix de vente et atteignent même le 1/10e pour quelques produits. »

Qu'entend-on par spécialités pharmaceutiques, hygiéniques et de toilette ? Où commence et où finit la spécialité ? Seront-ils considérés comme spécialités, les produits présentés au public, et mis en vente sous une forme spéciale, revêtus de la signature du vendeur, accompagnés d'un prospectus ou portant sur l'étiquette une indication d'emploi ? Alors c'est non seulement toute la pharmacie qu'on embrasse, mais un nombre considérable d'industries. Quel est le produit qui actuellement pour attirer l'attention de l'acheteur et être préféré à celui du voisin ne se dit pas « le plus hygiénique ». Nous le voyons même pour l'absinthe et il n'est pas jusqu'au vulgaire sel de table qui ne soit spécialisé et recommandé aux malades comme aux biens portants par des articles signés de docteurs imaginaires.

Le lait stérilisé, l'huile de foie de morue, etc., eux aussi « sont aidés par la publicité sous toutes formes » comme dit le projet de loi, ils sont spécialisés ; ils sont aussi de première nécessité, les imposera-t-on ? Pourquoi les spécialités pharmaceutiques plutôt que les autres ? Le Kina Laroche et le vin Aroud, à base de quinquina, paieraient l'impôt, alors que les quinquinas D.. ou Z.. en seraient exempts.

Dans sa brochure notre rédacteur en chef disait encore ceci :

« On a dit que certains spécialistes avaient des bénéfices scandaleux. Nous croyons que c'est là un fait exceptionnel s'appliquant à des spécialités, en général douteuses, qui devraient peut être être frappées s'il était possible d'établir une distinction. On ne parle pas des pharmaciens qui ayant voulu devenir spécialistes, se sont ruinés après avoir éprouvé de nombreux déboires. En général, nous le reconnaissons, les bonnes spécialités réalisent des bénéfices honorables qui sont la récompense d'un labeur persistant. Que M. le Ministre compare les bénéfices recueillis par les spécialistes aux bénéfices réalisés en bien moins de temps et avec beaucoup moins de travail — eu égard au capital primitif — par certaines Sociétés minières, par les Compagnies d'assurances, etc., et il verra que ces bénéfices n'ont vraiment rien d'exagéré.

Les pharmaciens spécialistes ont des frais considérables d'exploitation et de publicité. M. le ministre en a-t-il tenu compte dans ses calculs ? Ces frais cependant sont indispensables, car sans publicité les produits ne se vendraient pas. Cette publicité procure des ressources aux journaux et fournit à ceux-ci le moyen de réaliser des progrès et de se vendre meilleur marché. De plus, afin de défendre leurs intérêts à l'étranger les pharmaciens français sont obligés de faire de grandes dépenses, d'envoyer des représentants et d'entretenir sur place des agents pour surveiller et entraver la contrefaçon que l'Etat français ne pourra jamais réprimer sérieusement. Si, en vue d'augmenter le rendement de l'impôt projeté, l'Etat voulait poursuivre les contrefaçons, il en résulterait des frais et des embarras qui pourraient être assez considérables. Une autre considération à faire valoir, c'est que les spécialistes, étant pharmaciens ont fait des études longues et coûteuses, ce qui vient encore justifier, dans une certaine mesure, les bénéfices qu'on leur reproche. »

Et plus loin M. Bourneville ajoutait :

Les spécialités ont souvent pour but de faciliter l'administration des médicaments chez les enfants, de permettre d'arriver au résultat désiré sans engager avec eux ces luttes si pénibles qui font le désespoir des mères.

Aux arguments d'alors il serait difficile d'en ajouter d'autres, l'efficacité de la spécialité pharmaceutique restant la même et les objections à sa diffusion parmi les malades conservant toujours la même valeur.

Il est inutile aussi de rappeler que l'industrie des spécialités pharmaceutiques est assujettie à tous les droits, impôts, charges, etc., qui frappent les matières entrant dans leur composition et dans leur fabrication : sucre, alcool, vin, huile, éther, etc., et que leur mettre un impôt nouveau, c'est les frapper deux fois.

Qu'il nous soit permis de rechercher si le commerce des spécialités pharmaceutiques justifie le chiffre de 7 millions et demi dont on veut le grever. Cet impôt devant être de 0 fr. 10 par franc ou fraction de franc, il faudrait que le commerce intérieur des spécialités pharmaceutiques s'élevât à la somme de 75 millions.

Or, il résulte des calculs qui ont été faits à diverses reprises que le commerce des spécialités n'entre que pour un tiers dans le chiffre d'affaires total des pharmaciens

(1) Un rouleau de papier chimique vendu 2 fr. revient à 0 fr. 07 Une boîte de pilules vendue 5 fr. contient des produits dont la valeur réelle est de 0 fr.37. On pourrait multiplier ces exemples.(Note de M.Rouvier).

français, qui atteint annuellement 80 à 90 millions soit environ 30 millions.

L'écart entre ce chiffre et celui de 75 millions nécessaire pour satisfaire au désir et aux besoins de M. le ministre des finances et de la Commission est tel, qu'il faudrait imposer la spécialité non pas de 10, mais de 25 % pour obtenir les 7 millions 500.000 fr. nécessaires.

Mais si l'on tient compte que sur le prix de vente sur lequel on se basera pour établir l'impôt de 10 % le fabricant a déjà fait au pharmacien une remise variable de 25 à 33 % ce n'est plus de 10 % qu'il se trouvera imposé, mais bien de 17 %

A propos de la discussion du budget du Ministère de l'agriculture pour l'exercice 1907 chapitre 49 *bis*. — Répression des fraudes en exécution de la loi du 10 août 1905 et des lois spéciales qu'elle a maintenues, nous voudrions pouvoir reproduire en entier le très beau discours de M. Cazeneuve (1). Après avoir fait l'éloge de M. le Président du conseil, ministre de l'intérieur, d'avoir par le décret du 17 octobre 1906 réunis, en vue de la répression des fraudes sur les médicaments, le service de l'inspection des pharmacies et le service de l'inspection générale des fraudes, M. Cazeneuve démontre que les crédits sont insuffisants pour assurer cette inspection, le contrôle des médicaments et la répression de l'exercice illégal de la pharmacie.

En effet le projet prévoit 90 inspecteurs, dont 6 pour Paris, pour 9000 pharmaciens et 73,000 épiciers, soit 100 pharmaciens et 800 à 1000 épiciers par inspecteur pour la modique indemnité de 1000 fr. par an.

Croyez-vous, dit M. Cazeneuve, que les spécialistes, protégés par l'Etat, par vos grands services de la répression de la fraude, ne sentent pas le devoir de payer une contribution ? Ce sont les marques de fabrique qu'il faut imposer. Pourquoi frapper les spécialités pharmaceutiques et pas les spécialités de parfumerie ? Vous allez frapper le sulfate de quinine d'un droit énorme et voilà une misérable liqueur aux sels de plomb pour teindre les cheveux, qui intoxique le malheureux qui par naïveté veut colorer sa moustache pour se rajeunir de vingt-cinq ans et vous ne frappez pas cette spécialité ? (*Applaudissements.*)

Frapper certaines spécialités est un tort : nous pouvons frapper toutes les marques de fabrique puisque la nouvelle loi sur les fraudes que l'Etat va être chargé d'appliquer protège les spécialités et les marques de fabrique. (*Très bien ! très bien*).

Il y a là une étude à faire qui vous rapporterait des millions, Monsieur le Ministre, et qui ne soulèverait en France aucune protestation. Nous sommes aujourd'hui sous un régime démocratique, nous voulons que l'impôt pèse un peu sur les épaules de tout le monde et proportionnellement aux facultés de chacun.

Les pharmaciens ne sont pas contents qu'on frappe leurs spécialités, si on ne frappe pas également la parfumerie et même l'épicerie. En frappant tous les produits déposés, l'impôt pourra être faible et passera inaperçu.

M. LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL. Vous me laissez espérer, mon cher collègue, que je peux compter sur votre concours pour faire adopter un amendement analogue que j'ai déposé ; vous me permettrez, pour le soutenir, de faire état de votre admirable discours.

M. CAZENEUVE. C'est la loi sur les fraudes qui m'a donné l'idée d'imposer les marques de fabrique, et c'est dans ce sens que j'ai l'intention de déposer un amendement si le Gouvernement ne prend pas l'initiative de cette mesure.

M. GEORGES GÉRALD. — Très bien !

M. LE MINISTRE DES FINANCES. — Vous avez été devancé, mon cher collègue, car la question est à l'étude au ministère des finances.

(1) *Journal officiel* du 28 novembre 1906, page 2715.

Il nous reste à faire comme la Chambre, à applaudir l'admirable discours de M. Cazeneuve.

Les paroles de M. le Rapporteur général et celles de M. le Ministre des finances nous font espérer que nous en aurons bientôt fini une fois pour toutes avec ces menaces d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques ; car avec l'extension qu'ont prises les spécialités, par leur valeur, la sécurité et la régularité que trouve en elles le médecin, ce n'est pas le fabricant mais le malade qui se trouverait imposé.

A. ROUZAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre

Traitement de la pneumonie.

Le Pr ROBIN étudie la nature, l'évolution, la crise finale de la pneumonie. Il montre l'importance de ces données pour la thérapeutique et en particulier le rôle possible des ferments métalliques pour seconder l'effort de la nature dans la crise terminale. Voici ses importantes conclusions :

1° Après les insuccès de la sérothérapie et des traitements étiologiques et pathogéniques, la thérapeutique de la pneumonie en est encore réduite à l'expectation dite armée qui n'est que la médication du symptôme dominant. Mais l'étude des échanges généraux et respiratoires permettant de saisir au moins quelques-unes des méthodes de défense de l'organisme, et, en tout cas, l'un des mécanismes intimes de la crise curative, fournit les éléments d'un traitement naturiste, suivant la conception hippocratique.

2° Au moment de la défervescence de la pneumonie, il se produit des décharges d'urée et d'acide urique qui précèdent souvent (*décharges précritiques*) la chute de la température, en même temps qu'augmente le coefficient d'utilisation de l'azote.

3° Ces phénomènes, loin de coïncider avec une augmentation parallèle des échanges respiratoires, marchent de pair avec une diminution de ceux-ci. Ils n'exigent donc pas la consommation d'une plus grande quantité d'oxygène.

4° La crise pneumonique spontanée a donc, pour l'une de ses conditions immédiates, sinon pour cause, non des actes d'oxydation directe, mais bien des actes d'hydratation oxydo-réductrice qui expriment le mode réactionnel de défense de l'organisme à l'encontre de l'agression pneumococcique.

5° Les ferments métalliques qui augmentent l'azote total, l'urée, l'acide urique, le coefficient d'utilisation azotée, tout en diminuant la consommation de l'oxygène, et qui, par conséquent, accroissent non les oxydations directes, mais les actes d'hydratation oxydo-réductrice, agissent donc dans le même sens que l'effort curateur spontané de la nature dans la pneumonie et peuvent servir à le provoquer, à l'accroître ou peut-être à le suppléer.

6° L'observation a démontré qu'ils n'avaient pas d'action sur la lésion pneumonique elle-même. Ils n'ont d'effet que sur l'élément toxi-infectieux et superposent aux réactions vitales et personnelles de l'organisme une activité parallèle qui se traduit par une disposition plus rapide des symptômes généraux corrélatifs de cette toxi-infection.

7° Ils ne sont donc que des éléments du traitement de la maladie, mais ils en représentent, en quelque sorte, le point autour duquel viendront se grouper, le cas échéant, les diverses indications qui peuvent être nécessitées par la survenance d'une complication, par une prédominance symptomatique exagérée, et par les incidents de la lésion elle-même.

8° En dehors de ces médications, dans les cas où elles sont légitimées, le traitement de la pneumonie par les ferments métalliques réclame des adjuvants qui sont : la saignée, suivant les cas, puis le calomel à dose fractionnée, administré une seule fois, l'alcool à doses modérées, le bichlorhydrate de quinine à petites doses, qu'on associe au pyramidon à partir du quatrième jour de la maladie ; enfin, le vésicatoire à partir du cinquième jour.

9° Les ferments métalliques déterminent assez régulièrement des abaissements de la température, une réaction urinaire spéciale et une légère élévation de la tension artérielle.

10° Sur 53 cas traités par la méthode précédente, dont 26 cas très graves, la mortalité n'a été que de six cas, soit 11.32 %. Dans 63 % des cas, la défervescence se produisit avant le huitième jour.

11° Le traitement semble moins actif dans les cas de bronchopneumonie secondaire grave. Treize cas, tous très graves, ont donné six décès, soit 46 % de mortalité.

12° Les ferments métalliques s'emploient en injections hypodermiques profondes, à la dose de 10 cc., ou en injections intra-veineuses de 5 cc. dans les cas très graves. La nature du métal *paraît* indifférente. Les injections doivent être commencées dès le quatrième jour, et continuées tous les deux jours environ. On peut systématiser très facilement l'ensemble des actes thérapeutiques qui constituent le traitement complet de la pneumonie.

Discussion sur l'impaludisme (suite).

MM. LAVERAN et KERMORGANT discutent les causes et, par suite, les mesures prophylactiques à prendre contre l'impaludisme. Le premier continue à soutenir le rôle exclusif des moustiques. Le second fait intervenir en outre les influences telluriques et saisonnières (travaux de terrassement, climats chauds et humides, etc., etc.). La divergence entre les deux opinions est d'ailleurs plus apparente que réelle, beaucoup de causes accessoires jouant un rôle dans la pullulation des moustiques. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1906.

Pronostic des fractures bimalléolaires.

M. CHAPUT a observé deux fractures sorties de l'appareil et qui se sont déviées ultérieurement. Sur 12 fractures qu'il a examinées comme expert, 6 avaient une déviation latérale du pied et des fonctions défectueuses. Sur les 6 autres 5 avaient une gène de la flexion et des douleurs ; une seule était parfaitement guérie. Des radiographies montrent que, dans 3 cas, la fracture, immobilisée dans le plâtre en bonne attitude, n'était pas réduite en fait. Le diastasis tibio péronié inférieur aggrave le pronostic de ces fractures. Enfin des fractures consolidées en bonne position peuvent s'accompagner de douleurs et de troubles de la flexion.

M. DELBET insiste sur les inconvénients du chloroforme lors de la réduction des fractures de Dupuytren à cause des mouvements intempestifs auxquels se livrent les malades en se débattant et, comme, d'autre part, l'anesthésie est indispensable, il a recours aux injections lombaires de stovaïne. M. Delbet montre que du côté du tibia le cal reste très longtemps malléable. Intervenant pour des consolidations vicieuses, plusieurs mois après l'accident, il a pu sectionner le cal au bistouri. Aussi croit-il nécessaire de ne permettre la marche que 15 à 20 jours après l'enlèvement du plâtre, ce dernier étant retiré vers le 45e jour de la fracture.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que le bon résultat fonctionnel n'implique pas la réduction anatomique parfaite. Il insiste sur les déviations secondaires qui sont le point capital dans le pronostic. Ces déviations peuvent se faire non seulement pendant que le membre est encore dans le plâtre, mais même quand il a été retiré, après consolidation, malgré la solidité apparente du cal. Lorsqu'il intervient pour une consolidation en mauvaise attitude, plutôt que de sectionner le cal, comme le fait M. Delbet, il préfère se porter au-dessus.

M. SCHWARTZ expose sa pratique personnelle : 1° réduire le plus tôt possible la fracture, au besoin sous le chloroforme ; 2° s'il y a un gonflement considérable, maintenir la réduction au moyen d'un appareil de Dupuytren ; 3° dès que le gonflement a diminué ou même disparu mettre un appareil plâtré très solide, le pied étant en flexion à moins de 90° sur la jambe. Laisser le plâtre au moins 40 à 45 jours ; 4° dès que la consolidation est obtenue, commencer le massage et ne permettre la marche qu'avec une extrême prudence, en prévenant le malade de la possibilité d'une déviation secondaire.

M. BERGER distingue les déviations secondaires consécutives, qui se font lorsque le membre est encore dans le plâtre, des déviations tardives, qui se font après que le plâtre a été retiré. Ce sont ces dernières qui s'observent principalement dans la fracture type de Dupuytren. Elles relèvent en somme d'une difficulté de la contension, d'où la nécessité d'une surveillance de tous les instants.

Hystérectomie abdominale et cancer du col.

M. J.-L. FAURE rapporte les résultats de sa pratique personnelle depuis 1895, portant sur 40 cas. Après avoir eu recours à différents procédés opératoires, M. Faure s'arrêta à l'opération de Wertheim jusqu'à il y a quelques mois époque à laquelle il s'est mis à faire l'extirpation abdomino-vaginale avec ablation d'une partie du vagin suivant la technique de M. Pierre Duval. L'opération de Wertheim lui a donné des résultats inespérés : 9 guérisons datant de 4 ans et 6 mois à 14 mois, soit une moyenne de 35 mois. Ces résultats sont très encourageants, et montrent que grâce à une opération précoce et à une technique perfectionnée, le pronostic du cancer du col ne manquera pas de s'améliorer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre

Contracture généralisée par compression de la moelle cervicale, améliorée par la radiothérapie.

M. J. BABINSKI présente un enfant de 13 ans tamponné par une automobile. L'accident fut suivi immédiatement d'une paralysie des membres supérieurs et inférieurs gauches. Vu et examiné par l'auteur deux mois après l'accident, l'enfant présenta : une raideur de la colonne cervicale, fléchie en avant et irréductible ; une paralysie du membre supérieur gauche avec amyotrophie et raideur partielle ; une extension et adduction du membre inférieur gauche avec épilepsie spinale et phénomène des orteils ; une légère diminution de la sensibilité thermique à droite et thermo-asymétrie, le côté droit étant plus froid que le côté gauche. La contracture gagna petit à petit le côté droit, et la plupart des muscles du cou, du tronc, des membres sont intéressés; le tronc est en extension; les membres inférieurs rigides en extension et adduction sont agités de mouvements spasmodiques amenant une flexion des jambes sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Le malade ne peut porter les aliments à la bouche ; des deux côtés il y a trépidation reflexe, extension et abduction des orteils ; il existe des troubles sphinctériens.

Diagnostic : compression de la moelle cervicale soit par luxation ou fracture vertébrale, soit par hémorragie ou pachyméningite traumatique. Pour préciser ce diagnostic et en vue d'une intervention chirurgicale on fit une radiographie en octobre. Deux séances étant nécessaires pour obtenir une bonne épreuve, Babinski constata 8 jours après une notable amélioration de l'état de l'enfant ; la raideur du cou, la rigidité du membre supérieur ont diminué, l'enfant peut manger seul. Les séances radiographiques sont répétées et le dernier cliché est déjà plus net et ne montre aucune lésion osseuse. L'amélioration s'accentua et quarante jours après la première séance le membre supérieur droit est normal ; la raideur du cou et du tronc ont complètement disparu, les troubles sphinctériens ont cédé et l'enfant marche quelques pas sans appui.

Coïncidence ou amélioration par les rayons X ? Babinski penche pour la deuxième éventualité. Pour lui, les rayons X ont exercé une action résolutive sur l'hémorragie ou la pachyméningite présumées. Il a observé un cas semblable d'ori-

gine pottique où un rétablissement complet eut lieu après une séance de radiographie. Des recherches méthodiques méritent d'être faites.

Atrophie ostéomusculaire consécutive à une lésion du squelette datant de la première enfance.

MM. Achard et Demanche présentent un malade de 28 ans, atteint d'une atrophie totale du membre inférieur droit survenue à la suite d'une tuberculose de l'extrémité inférieure du fémur. Pas de troubles sensitifs, ni vasculaires, pas d'altérations cutanées, marche facile avec légère claudication. Les os sont diminués en largeur, mais pas en longueur, les surfaces osseuses sont normales. En somme, lésions reproduites expérimentalement chez les animaux par résection du nerf sciatique. Cependant il n'y a pas toujours des signes de névrite dans les cas analogues à celui des auteurs et la lésion ostéomusculaire indique l'intervention des centres trophiques de la moelle et du cerveau qu'on a trouvés atrophiés.

Suppuration des glandes sous-maxillaires

M. Achard a observé ce fait chez une femme de 79 ans, cachectique, atteinte de congestion pulmonaire. Mort en quelques jours. Les foyers suppurés contenaient du staphylocoque doré.

A propos des injections de sels insolubles de Hg.

M. Babinski, d'accord sur ce point avec M. Queyrat, a fait des milliers d'injections de calomel chez des tabétiques et des paralytiques généraux sans accidents graves.

Goitre exophtalmique consécutif à une morsure de chien enragé

M. Remlinger a observé chez un soldat turc, mordu par un chien enragé, cinq jours après cette émotion, une hypertrophie du corps thyroïde et tous les autres symptômes basedowiens. Le sujet n'avait aucune tare héréditaire névropathique et n'était pas lui-même névropathe, au contraire très calme. Une émotion violente semble donc pouvoir amener la maladie de Basedow. Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 28 novembre 1906, présidée par M. Bonnier.

Le garde-manger.

M. Rey s'élève contre la disposition, adoptée à Paris, des garde-manger, qui sont exposés aux poussières et à toutes les variations de la température extérieure, et qui ne sont pourvus d'aucune ventilation. Il préconise un système, dont il montre les plans à la Société, consistant à placer les garde-manger contre une gaîne centrale s'élevant dans toute la hauteur de la maison, et parcourue par un courant d'air « perpétuel et frais ». Pour obtenir ce courant, il fait une prise d'air à la hauteur du 3e ou du 4e étage, et l'amène, par un conduit, jusqu'à la cave mise en communication avec la gaine ci-dessus. L'air « se rafraîchit » ainsi dans la cave, et, grâce à un tirage établi à la partie supérieure de la gaine, circule dans celle-ci en ventilant les garde-manger où il pénètre par des filtres en coton destinés à empêcher les mauvaises odeurs pouvant se produire dans les garde-manger inférieurs.

M. Vaillant fait observer que les mouvements de l'air sont très capricieux, et, à moins de procédés mécaniques appropriés, ne se produisent pas toujours suivant les prévisions. Il doute, par exemple, que l'air passant dans la gaine centrale, aille se détourner pour passer dans les garde-manger, alors que les filtres dont a parlé M. Rey gêneront encore sa circulation.

D'autres font observer que les garde-manger supérieurs, en admettant que l'air entre dans tous, recevront les émanations plus ou moins nocives pouvant se dégager des garde-manger inférieurs. Il faudrait, pour éviter cet inconvénient, amener de l'air neuf à chacun des garde-manger, et cela compliquerait évidemment la construction.

L'année démographique 1905.

M. Drouineau lit un travail dont les conclusions ont été tirées en grande partie d'un rapport de M. Fontaine, directeur du travail au ministère du travail. Il résulte de ce rapport que la dépopulation de la France devient véritablement inquiétante, et M. Drouineau, après avoir fait une étude comparée, au point de vue démographique, des diverses régions de notre pays, espère qu'on pourrait peut-être conjurer le mal en cherchant, dans chaque région, les causes locales de la dépopulation et en y appliquant, si possible, des remèdes appropriés. Il termine en émettant le vœu que le ministre du travail et de la prévoyance sociale donne plus d'ampleur à l'étude des questions démographiques.

La Société tout entière s'associe à ce vœu. A. Pujol.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE PARIS ET DE LA SEINE

Séance de novembre 1906.—Présidence du Dr Louis Gourichon

M. le Dr Butte, secrétaire général a rendu compte de la participation de la Société au congrès international d'hygiène alimentaire ; il a été chargé d'un rapport sur les cantines scolaires à Paris et ses conclusions ont été votées par le Congrès.

M. le Dr Mosny, membre honoraire, a fait une causerie des plus intéressantes et des plus documentées sur *l'évolution des idées, sur le rôle des médecins scolaires.*

M. le Dr H. Gillet a fait voter les conclusions de son rapport sur la prophylaxie des maladies transmissibles.

Enfin M. le Dr Doury a fait une communication sur l'utilité de la fermeture des écoles en cas d'épidémie.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES JARDINS OUVRIERS ET D'HYGIÈNE.

Le IIe Congrès International des Jardins ouvriers s'est tenu au Musée Social le mois dernier.

Des statistiques produites, il résulte qu'il existe actuellement 11.543 jardins ouvriers en France. Répartis en 200 groupes, ils couvrent une superficie de plus de 350 hectares.

A la Section d'hygiène, présidée par M. le Pr Grancher, M. le Dr Lancry s'efforça de dégager la cause initiale des fléaux sociaux qui nous déciment, de la tuberculose, de la mortalité infantile, de la dépopulation, et il la trouve dans le divorce trop fréquent entre l'homme et la terre.

« Le moment est venu, dit-il, d'envisager les agglomérations humaines, non plus comme de simples réunions d'individualités, les unes saines, les autres malades, mais comme de véritables entités dont tous les membres sont solidaires, et qui peuvent être saines ou malades, physiologiques ou pathologiques, suivant les conditions d'existence qui les dominent, permettent ou empêchent la conformité aux lois naturelles qui régissent la conservation et la perpétuité de l'espèce humaine. »

Son programme tient tout entier dans ce seul mot : « le jardin partout le jardin à tous »

Les travaux de cette section furent très importants, tour à tour MM. le Pr Grancher, le Pr Robin, le Pr Landouzy, Paul-J.-Bacquet ; prirent la parole.

M. le P. Grancher distingue l'action préventive qu'exercent les jardins ouvriers en aidant au développement de l'enfant et à la conservation de sa santé, de l'action curative pour laquelle ils sont insuffisants comme tous les remèdes qui n'assurent pas le séjour suffisamment prolongé de l'enfant à la campagne.

M. le Pr Robin indique la part considérable que les jardins ouvriers exercent dans la lutte contre la tuberculose, Il faut, dans l'étiologie de cette maladie, distinguer la graine et le terrain. Dans nos milieux agglomérés, la graine est partout, la lutte ne sera donc efficace que si on fortifie le terrain, et à cela les jardins ouvriers apportent une décisive contribution.

M. Paul-J. Bacquet relate les bons effets de cette institution, non seulement sur la santé, mais sur la moralité même des individus : le Secrétaire du Bureau de Bienfaisauce de

Saint-Quentin confirme cette opinion, l'orateur cite quelques exemples typiques: des cabaretiers installés dans le voisinage reconnaissent que leur établissement perd sa clientèle.

M. Cheysson appuie ces observations : le jardin ouvrier est une arme merveilleuse contre l'alcoolisme, et l'on sait avec quelle admirable foi d'apôtre l'orateur poursuit la lutte contre ce fléau. Aussi vote-t-on que la vente de l'alcool est interdite dans les jardins.

M. le Pr Robin fait émettre un vœu tendant à obtenir de l'autorité militaire qu'elle autorise l'installation de jardins ouvriers et de jardins scolaires sur les fortifications des villes.

M. le Pr Landouzy s'associe à ce vœu, qui substituera « aux servitudes militaires de la périphérie de nos villes, des servitudes sanitaires, » et voici la discussion qui s'engage, multipliant les arguments, insistant sur l'importance des « espaces libres » et des « réservoirs d'air et trouvant un moyen d'action nouveau dans la création systématique de jardins ouvriers.

M. Mesureur, Directeur de l'Assistance Publique avait tenu à suivre les travaux du Congrès, cette Œuvre des jardins ouvriers permettant l'espoir d'un allègement aux charges de la charité publique, cependant que M. l'abbé Lemire, qui l'avait organisé, se réjouissait dans l'espérance d'une moisson féconde.

A. Fillassier.

COMMISSION EXTRAPARLEMENTAIRE DU RÉGIME DES MŒURS

Réformes d'ordre médical et hospitalier.

Amendement à la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite : Assistance obligatoire aux vénériens à l'état aigu et contagieux. — Ouverture des hôpitaux généraux et des services de médecine et de chirurgie générales aux vénériens. — Suppression des hôpitaux spéciaux. — Examen de vénéréologie obligatoire pour les étudiants. — Obligation pour les Sociétés de secours mutuels d'assister les vénériens. — Poursuites judiciaires contre les affiches des docteurs d'urinoirs.

Nous avons, dans une première série d'articles (1), présenté aux lecteurs du *Progrès médical* la partie la plus importante des travaux de la *Commission du Régime des mœurs* sur les réformes d'ordre médico-hospitalier. Après avoir condamné la police des mœurs *actuelle* et la police des mœurs *légalisée*, c'est-à-dire basée sur une loi et ses agissements unilatéraux contre les seules femmes (proposition Bérenger), la Commission avait abordé immédiatement l'examen des projets que lui soumettaient d'un côté pour l'ordre médical, M. le Pr Augagneur, le maire de Lyon, nommé depuis Gouverneur de Madagascar, de l'autre pour l'ordre judirique, M. Bulot, procureur général à la Cour d'Appel de Paris. La police des mœurs écartée, la Commission n'entendait laisser le champ libre ni aux malades « systématiquement » contaminateurs, ni aux provocateurs ou provocatrices de débauches publiques sur le trottoir.

Les travaux de la Commission touchant aujourd'hui à leur fin, il nous est plus facile qu'il y a un an d'en présenter un tableau d'ensemble, d'en faire ressortir les enchainements logiques dans toutes leurs parties d'hygiène, de droit et de police, d'en montrer en un mot le système et la pratique.

Les lecteurs du *Progrès médical* se souviennent que la Commission a d'abord écarté le dessein, un instant agité, de rattacher la prophylaxie des maladies vénériennes aux mesures fixées par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, loi portant déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies transmissibles énumérées dans le décret annexe du 10 février 1903. Ce rattachement était pratiquement antiscientifique parce qu'il rapprochait la syphilis de maladies telles que la diphtérie, la scarlatine, etc., lesquelles diffèrent avec elle radicalement par l'évolution, la durée, la thérapeutique, les caractères cliniques de l'isolement, etc., etc. Il est inutile d'insister. Le rattachement bousculait de plus toutes les mœurs de notre société française dans les rapports établis entre médecins et malades en emportant abolition du *secret médical* dont l'intangibilité est un dogme imposé par l'article 378 de notre code pénal. C'est ce que tous les médecins de la Commission ont objecté, M. le Prof. Fournier en tête, pour faire écarter cette proposition soit quand elle a été un instant esquissée par M. Bulot, (1re et 6e séances) soit quand elle a été reprise par notre distingué confrère, M. le Dr Butte (18e séance). Nous reviendrons ci-après d'ailleurs sur la proposition du Dr Butte, amendée par M. le sénateur Bérenger mais non plus heureuse sous cette seconde forme que sous la première.

Dans ces conditions la Commission a suivi son rapporteur, M. Augagneur, qui lui a proposé d'inaugurer un important progrès hygiénique en instaurant dans l'organisation hospitalière une réforme intérieure en rapport avec l'état général des esprits et des mœurs du temps.

La Commission (7e, 8e et 9e séances) a adopté un amendement à la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance publique obligatoire et gratuite qui assimile, pour l'obtention de l'admission au lit hospitalier, le vénérien « à *l'état aigu* et à *l'état contagieux* » aux grands fiévreux et aux blessés. Ce malade n'est pas seulement dans un état qui demande intervention médicale urgente, il constitue un danger possible, souvent certain, pour son entourage immédiat; il est d'un intérêt social qu'il soit traité et que son état contagieux soit le plus tôt possible amendé, annulé. Ce principe de médecine sociale a été accepté de tous et développé avec une grande force par MM. les professeurs Gaucher, Landouzy, Fournier et Augagneur, le rapporteur de la Commission, sans omettre le professeur Langlet, de l'Ecole de Reims, dont l'intervention excellente en tous ces débats a heureusement servi la cause d'une médecine aussi humaine qu'éclairée.

Un des points qui ont provoqué dans le débat non pas opposition mais demande prolongée d'explications, a été la question de finances. Les administrateurs de la Commission, les préfets, les inspecteurs généraux des services administratifs, les directeurs de Ministère se sont de suite préoccupés des frais que ces admissions plus ou moins nombreuses de vénériens allaient faire peser sur les divers budgets, budget de la commune hospitalisante de la commune d'origine, du département, de l'Etat.

On sait qu'aux termes de la loi du 15 juillet 1893 en cause, l'indigent hospitalisé dans la commune où il n'a pas son domicile de secours, est à la charge de cette commune hospitalisante pendant les dix premiers jours de son séjour ; au-delà les frais de l'hospitalisation incombent à la commune d'origine, celle du domicile de secours, prévenue administrativement de l'admission et de la maladie du bénéficiaire ; à défaut de la commune d'origine ces frais incombent au département ; à défaut de celui-ci, à l'Etat. Il existe, comme on voit, une sorte de solidarité entre ces trois collectivités inégalement puissantes. Nous rappelons que le domicile de secours (art. 6 de la loi de 1893) s'acquiert entre autres conditions par la résidence d'un an dans une commune, postérieurement à la majorité. On comprend que la condition de résidence d'une année nécessaire pour n'infliger à sa commune d'origine aucun frais ni debours, soit des plus intéressantes pour un grand nombre de jeunes provinciaux qui viennent travailler dans les grandes villes et ne puisse pas être *de plano* réalisée à leur bénéfice.

M. Augagneur aurait voulu que le bénéfice de l'admis-

(1) Voir *Progrès médical* du 21 novembre 1903 ; 28 mars, 16 et 30 avril, 2 juillet, 3 décembre 1904.

sion obligatoire et gratuite des malades contagieux fût étendu à tous les malades vénériens aigus avec cette modification dans la loi qu'il ne serait fait aucune distinction entre les malades qui ont un domicile de secours et ceux qui n'en ont pas ; en un mot que la condition du domicile de secours fût supprimée. La commune hospitalisante, après avoir soldé sur son propre budget les frais des dix premiers jours de traitement, au lieu de s'adresser, comme dans la loi actuelle, par une série de démarches, d'abord à la commune d'origine, puis au département, enfin à l'Etat, s'adresserait d'emblée à l'Etat pour obtenir le remboursement des frais de traitement prolongé au-delà des dix premiers jours soldés par elle-même.

Le principe clinique de la réforme était admis de tous; sa pratique financière faisait hésiter. Les uns craignaient que le budget hospitalier des communes hospitalisantes, les grandes et moyennes villes, où afflueraient les vénériens, fût beaucoup trop grevé ; les autres, que ce fût le budget de l'Etat sur lequel on ferait peser, sans compter, des charges infiniment trop lourdes. M. Bérenger soutenait que l'amendement de M. Augagneur bouleverserait l'économie de la loi de 1893, laquelle, d'après l'interprétation de l'honorable sénateur d'ailleurs vivement combattue par son collègue M. le sénateur Paul Strauss, fait avant tout peser les frais d'hospitalisation (prolongée au-delà de dix jours) sur la commune d'origine et sur le département, l'Etat se trouvant ainsi le plus souvent indemne.

M. Bérenger attaquait en outre le principe de l'organisation nouvelle comme faisant partie d'un système antagoniste de la Police des mœurs. Le lecteur n'a pas oublié que dès la 6e séance la Commission avait formellement condamné cette police arbitraire, nous le rappelons encore une fois : mais l'honorable M. Bérenger, avec quelques-uns de ses collègues de la minorité, n'avait pas désespéré par des mouvements tantôt franchement offensifs, tantôt tournants, de prendre une revanche et de faire revenir la Commission sur sa première et capitale décision.

Le débat prit fin (8e séance) sur la proposition de M. H. Monod, le directeur de l'Assistance publique d'alors au Ministère de l'Intérieur, de laisser les textes en l'état dans la loi de 1893, en faisant seulement figurer dans l'énumération l'adjonction des personnes gratuitement admises d'office, les vénériens aigus.

Un des arguments mis en avant pour la suppression du domicile de secours en l'espèce avait été la crainte de la divulgation de la maladie de l'hospitalisé par la correspondance qui s'établirait nécessairement entre les bureaux de l'Assistance de la commune hospitalisante et la municipalité de la commune d'origine. M. Monod a opportunément rappelé un récent arrêt de la Cour de la Cassation à propos de l'espèce qui s'est produite dans la commune d'Arpajon, et la condamnation du secrétaire de la mairie coupable d'avoir diffamé un médecin *à raison de la déclaration* que ce médecin avait faite à la mairie de tels cas de diphtérie observés parmi ses malades. Victorieux dans un premier procès, débouté en appel, le médecin avait saisi la Cour de Cassation, qui en fin de compte déclarait :1° que le médecin avait rempli son devoir en obéissant par sa déclaration au vœu de la loi ; 2° que le secrétaire de la mairie était coupable d'*avoir violé le secret* auquel il était tenu comme *tout agent de l'Administration*, comme toute personne « *dépositaire par état ou par profession de secrets confiés ou surpris.* » (Art. 378. C. P. ; Arrêt du 13 mars 1898.)

Cette décision de justice en la matière, leur devoir strict à toute une catégorie de personnes, employés de bureaux, de mairies, de préfectures et de ministère qui pouvaient croire que le secret professionnel se limitait au simple secret médical.

Dans l'argumentation de M. Monod, l'acquiescement du Parlement à la réforme hospitalière devait être supposé admis, si les finances de l'Etat n'étaient pas menacées de subir un accroissement de charges dont le *quantum* pouvait être difficilement évalué.

La Commission ratifia ce point de vue : l'article 20 de la loi du 15 juillet 1893 ne fut pas plus amplement modifié, mais la réforme n'en restait pas moins évidemment profonde.

Aux termes du projet, *tout vénérien contagieux indigent qui réclamera son admission sera donc hospitalisé* — si le médecin du service juge le cas urgent — comme un blessé, un pneumonique, un typhique, etc.

Ce premier point acquis, la Commission passait à l'examen des autres statuts connexes dans les propositions de MM. Augagneur et Bulot.

Dans l'ordre médical, ces réformes complémentaires étaient au nombre de cinq, chacune dans sa sphère d'action immédiatement possible et également utile.

1° *La réorganisation des consultations hospitalières* données aux heures et aux jours de repos accessibles aux travailleurs (le soir, le dimanche) et dans des conditions de convenance qui ont fait trop longtemps défaut (bon aménagement des locaux, secret de la consultation, séparation des hommes et des femmes, etc.). Cette proposition a été votée immédiatement (8e séance).

2° *La réforme des statuts des sociétés de secours mutuels* et autres emportant obligation de secours et de traitement aux malades vénériens. Ici le débat a été plus long et a duré deux séances (les 18e et 22e). La proposition radicale emportant, comme nous venons de le dire, *obligation* de traiter les vénériens comme les autres malades, que devenait, dans cette doctrine, le principe de la liberté d'association ?

Le débat, en effet, mettait de suite ce fait positif en lumière : qu'il était difficile, pour ne pas dire impossible, d'empêcher telle société de secours de se constituer par l'établissement de statuts déterminés qui ne s'adresseraient qu'à telle catégorie de personnes, de malades : si, par exemple, un groupement associé convenait de ne soigner ses sociétaires qu'à partir de 55 ans, qu'atteints de tuberculose, d'accidents compliqués de traumatismes, etc.; il en aurait parfaitement le droit. Il est actuellement telle société qui refuse le secours financier et médical à ceux de ses membres qui présentent des maladies de type alcoolique. On peut discuter sur cette décision, assimilée ou non aux maladies vénériennes : elle peut se soutenir ou se rejeter, selon le point de vue d'humanité et de médecine plus ou moins élevé auquel on se place. Il n'y aurait pas, en tout cas, en se plaçant au seul point de vue de la politique ou de l'administration, à empêcher la constitution de ces sociétés, sous prétexte que leurs statuts sont plus ou moins restrictifs. Seulement il est un moyen indirect d'arrêter les groupements associés dans cette voie : l'Etat peut refuser sa subvention à cette catégorie de Sociétés ; il peut refuser son approbation aux statuts de ces Sociétés. C'est cette solution que M. le directeur Monod et M. Dislère, président de la section de l'intérieur au Conseil d'Etat, le président même de la Commission, ont fait prévaloir.

3° *Les poursuites contre les docteurs d'urinoirs.* Tout le monde connaît ces affiches mensongères destinées à piper les malheureux malades que leur jeunesse, leur inexpérience ou leurs petites ressources poussent à chercher le traitement de leur affection chez les charlatans qui leur promettent au meilleur prix la guérison en... trois jours, quelquefois même instantanément! Ici encore le débat a été ardu. La question de liberté se posait également. Liberté de presse, liberté d'affichage, liberté d'imprimer, ont été, sous la sauvegarde du droit commun ou matière de moralité, réclamées par le parti républicain quand il était l'opposition sous l'empire, avec un tel éclat, qu'il était fort difficile de ne pas se souvenir aujourd'hui de ce ton et de cette attitude.

Les affiches des vespasiennes sont-elles immorales ? Non assurément. Elles ne s'accompagnent même pas de dessins anatomiques que leur exposition publique trans-

formerait en images obscènes. Mais ce qui ressort de leur uniforme et persistante rédaction, c'est la promesse menteuse d'une guérisson impossible à obtenir dans les conditions, les délais, et avec les substances pompeusement mentionnés. Ceci est un véritable *délit d'escroquerie* et les gros mots, les *graffiti* injurieux dont tels visiteurs dupés constellent au crayon les affiches de ces docteurs, marquent assez leur déception et leur colère (1).

Le projet originel de répression de cet affichage *sui generis* était d'ailleurs suffisamment draconien : il ne limitait pas les poursuites aux annonces des vespasiennes : il touchait à la presse quotidienne et aussi à la presse... médicale, aux brochures mêmes : il demandait interdiction sous peine déterminée, des annonces de traitement vénérien, de médicaments vénériens.

M. le Dr Balzer, le savant médecin de Saint-Louis, s'est constitué avocat défenseur des annonces pharmaceutiques comme intimement liées à la prospérité d'une branche importante de notre commerce à l'étranger et M. le Dr Butte, l'honorable médecin du dispensaire de la préfecture de police qui est aussi un publiciste médical d'une tenue scientifique hautement appréciée, a jeté de grands cris à la seule évocation d'une poursuite qui menacerait son journal pour insertion de réclames en faveur de pilules antiblennorrhagiques !

Ces deux excellents membres ont été entendus, le début s'est restreint et finalement la Commission a limité les poursuites aux seules affiches des docteurs de pissotières. Le débat (17, 18, 22, 23, 27, 32 séances) a valu à la commission, outre des observations intéressantes de MM. Fournier, Bulot, Landouzy, Augagneur, etc. un magistral rapport de M. le Poitevin, professeur de droit pénal, où la question du charlatanisme (22e séance) est traitée avec une belle ampleur : mais la matière reste singulièrement difficile, on l'a bien vu au récent Congrès. Le médecin charlatan a-t-il pris une fausse qualité ? docteur, médecin d'hôpital, lauréat de la faculté de l'Académie etc. ? a-t-il produit à l'appui de son commerce des certificats de fausses guérisons frauduleusement obtenus ? La législation des *remèdes secrets* fournit-elle de bons moyens de répression ? Voilà bien des questions préalables ! Actuellement la jurisprudence, à côté du remède *magistral* (prescrit par la formule du médecin) et du remède *officinal* (celui qui est préparé d'avance chez le pharmacien) va jusqu'à admettre le remède *secret* dans le cas où tout en étant « composé », le dit remède est *à peu près* conforme à une indication du *codex*, ne s'en écarte que par une légère modification, au demeurant respecte l'essence de la formule.

M. Yves Guyot a présenté des critiques libérales qui ont provoqué la réflexion, et le vote s'est restreint au texte suivant (27e séance) que nous donnons intégralement ci-après :

« *Sera puni des peines de contraventions portées à l'article 479 C. P. quiconque aura spécifié un traitement ou indiqué une personne faisant le traitement des maladies vénériennes, quelle que soit l'appellation employée pour désigner ces maladies, au moyen d'affiches exposées sur la voie publique ou dans les lieux publics, à l'exception des indications de services ou de consultations affichées à la porte des hôpitaux ou cliniques ou aux domiciles des médecins.*

« *En cas de récidive, dans le délai d'un an la peine sera de 16 à 200 francs d'amende et de six jours à deux mois de prison* (1).

« *L'affichage du jugement à la porte du domicile du condamné pourra être poursuivi par le tribunal.*

Ce dernier paragraphe a été voté sur la proposition de M. Balzer.

Nous avons réservé pour les grouper les deux dernières réformes d'ordre médical proposées par M. Augagneur : 4e l'ouverture des hôpitaux et services hospitaliers généraux aux vénériens et la suppression des hôpitaux spéciaux d'une part; 5e la création d'un examen vénéréologiques obligatoire pour les étudiants en médecine d'autre part. Ces deux questions présentent en effet des rapports intéressants.

La question de la suppression des hôpitaux spéciaux est posée depuis longtemps devant l'opinion publique. Dès 1883, la Commission spéciale de la police des mœurs, nommée par le Conseil municipal de Paris, en saisissait la direction de l'Assistance publique: MM. Ch. Quentin, directeur, et Brelet, secrétaire général, adhéraient sans objections à ces conclusions réformatrices (2).

Les hôpitaux spéciaux sont une survivance des léproseries : ils symbolisent la médecine des maladies dites honteuses ; ils contribuent de nos jours à maintenir des catégories de malades qui figurent des sortes de parias : les vénériens sont marqués, désignés, et comme flétris devant l'opinion publique et ainsi cette organisation surannée a pour effet d'éloigner de l'Assistance publique les malades indigents qui devraient au contraire partout recevoir d'elle un large accueil. Cette organisation déplorable fait la fortune des charlatans : c'est elle qui leur fournit une clientèle de dupes.

Dans les hôpitaux généraux de province, où des *quartiers spéciaux* sont réservés aux malades vénériens, les mêmes principes d'inintelligente inhumanité fleurissent, toujours sans obstacle. Les lecteurs du *Progrès Médical* n'ont pas perdu le souvenir de la très complète enquête faite en 1887 par le rédacteur en chef même du journal, M. le Dr Bourneville, dans une dizaine de villes de l'Est Saint-Dié, Remiremont, Belfort, Lunéville, Langres, Chaumont, Bar-le-Duc, etc. etc. Ici les malades étaient parqués sur la cour aux W. C. aux ordures et fumiers ; là sous les combles avec barreaux en fer et grillages aux petites fenêtres, portés verrouillées ; là interdictions de promenades dans le préau ; là, la diète ! là, des cabanons pour punitions ! (3).

A la Commission extra parlementaire du régime des mœurs, MM. Landouzy, Lande, Langlet, ont rappelé des faits analogues à ceux que M. Bourneville avait collectionnés pour le *Progrès*. En 1899, à la première Conférence internationale de Bruxelles, M. Augagneur faisait la même relation pour l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, et, visitant l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, il remarquait que les vénériens étaient forcés d'endosser une capote d'uniforme spéciale flétrie d'un énorme V majuscule sur l'épaule !

Le temps n'est pas loin où M. Fournier, devenu chef

(1) Au Conseil municipal de Paris, la question a été discutée avec l'intérêt et la compétence que l'Assemblée de l'Hôtel-de-Ville apporte à tous les débats d'intérêt public (voir notamment séance du 18 mars 1904.)

M. le Préfet de police Lépine s'est prononcé pour le délit d'escroqueries.

M. H. Turot et nombre de ses collègues ont opiné pour que le Préfet de la Seine imitât l'exemple de M. Augagneur à Lyon et interdît dans les traités concessionnaires d'affichage sur les monuments de la ville, l'annonce des traitements de maladies spéciales.

Un conseiller, M. Arthur Rozier, a proposé pour annihiler l'effet des réclames charlatanesques que l'Assistance publique fît afficher dans Paris, spécialement à l'intérieur des *édicules*, l'indication des hôpitaux, dispensaires, jours et heures des consultations spéciales. C'est ce que le directeur de l'Assistance publique, l'honorable M. Mesureur, a fait cette année même, sinon dans les édicules, tout au moins sur les murs de la ville.

(1) L'amende de l'article 479 C. P. se meut entre *onze et quinze francs* inclusivement. N'omettons pas de dire que dans notre système pénal français les amendes se cumulent : si le docteur-charlatan appose 200 affiches, cela fait 200 contraventions — et autant d'amendes.

(2) Procès-verbal de la Commission spéciale (séance du 20 janvier et 2 mars 1883). *Bulletin municipal* du 25 janvier 1883, p. 115.

(3) En matière d'hospitalisation spéciale, les administrations départementales ont épuisé, il n'y a pas encore bien longtemps toutes les combinaisons les plus difficiles à qualifier. Ainsi à Marseille, en 1865, la police eut l'inspiration de placer les vénériennes dans les salles des cholérique à la *Conception* : 10 sur 50 de ces malheureuses internées moururent du choléra tandis que dans le même temps 2 seulement mouraient sur 890 femmes laissées libres en ville.

de service à Lourcine, devait lui-même y fermer le cachot, en jeter les clefs par-dessus les murs et proclamer que la médecine d'assistance publique n'a pas besoin de se faire geôlière pour maintenir l'ordre dans une maison hospitalière.

Avec ou sans cachot, les hôpitaux des vénériens et des vénériennes n'en ont pas moins continué à provoquer la *répugnance* publique ; nous employons à dessein le mot parce qu'il a été prononcé par M. le Pr Fournier lui-même à une époque où l'on était en droit de penser que les pouvoirs administratifs, que la police, que l'assistance, prendraient spontanément l'initiative de réformes radicales dans leur département respectif.

Pour nous restreindre à l'Assistance publique, M. Fournier, dès 1885, dans une Commission nommée par feu M. le Préfet de police Camescasse (où les administrateurs de la Préfecture entendaient faire mainmise sur les hôpitaux de vénériennes) ne protestait pas seulement contre une telle insupportable prétention, mais demandait la suppression même des hôpitaux comme Lourcine. Nous citons textuellement (1) :

« Je ne me refuse pas seulement à admettre la détention forcée des malades, même syphilitiques, dans les hôpitaux, disait l'éminent maître ; je suis convaincu que toute restriction à la liberté de sortir éloignerait les femmes de nos établissements par la crainte d'une séquestration.

« Je vais plus loin : *pour faciliter le traitement de la syphilis, je réclame la transformation ou plutôt la suppression de l'hôpital de Lourcine. Je suis à même de signaler la répugnance qu'éprouvent beaucoup de malades, disons plus complètement les femmes, à se faire soigner dans cet hôpital parce que cet établissement est connu du public comme un hôpital de vénériennes.* »

Ces principes ont été adoptés par la Commission extraparlementaire qui demande à les voir appliquer partout, sauf où les nécessités de l'enseignement commandent, comme à Saint-Louis, de conserver, *à côté des services de médecine et de chirurgie générales, des services mixtes* groupant — assez illogiquement du reste — les maladies vénériennes et les maladies dites cutanées.

Demandons en passant quelle signification clinique présente le rapprochement des blennorrhagiques et des syphilitiques ? et quelle réponse peuvent faire les partisans des quartiers spéciaux basés sur le danger intrahospitalier des contagions entre malades voisins de lits, sur l'opportunité de ce même rapprochement des blennorrhagiques et des syphilitiques ? (2)

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, la question des besoins de l'enseignement nous amène tout naturellement à la 5e et dernière question soulevée à la Commission relativement à la création d'un examen de vénéréologie désormais obligatoire pour les étudiants en médecine. La Commission a approuvé l'institution de l'examen du savoir théorique et clinique en la matière. Mais ici et d'une façon directe la question des hôpitaux spéciaux, des quartiers spéciaux, et même des salles spéciales dans les hôpitaux généraux s'est posée à nouveau.

Les hôpitaux spéciaux de l'antique modèle étant fermés, les malades vénériens des deux sexes (à l'état aigu) sont désormais obligatoirement admis dans les hôpitaux généraux.

Les services de clinique universitaire leur sont ouverts comme les autres services et voici que l'on entend des professeurs plus jeunes, il est vrai, que M. Fournier — MM. Landouzy et Brissaud — réclamer une organisation intérieure de ces grands services de clinique générale tels que les maladies spéciales, la syphilis, la blennorrhagie, etc., seront non seulement traitées mais enseignées aux étudiants (8e et 9e séances ; 18e, 19e, 20e séances). M. Landouzy veut qu'un service de clinique complet, digne de ce nom, puisse traiter jusque par lavages inclusivement, les blennorrhagiques : M. Brissaud défend la clientèle hospitalière des syphilitiques indigents qu'il s'est faite et qui vient dans un ordre matériel et moral parfait réclamer... à l'Hôtel-Dieu son injection mercurielle sous-cutanée. Conséquemment, ces honorables maîtres, l'un au moins (M. Landouzy) veut que l'examen probatoire des connaissances vénéréologiques ne soit pas un examen spécial, à part, autonome, mais fasse partie purement et simplement du cinquième de doctorat.

La Commission devait hésiter un peu devant le détail technique de la question étudiée sous cet angle professoral ; elle s'en est tenue à ce vote général : elle demande que la vénéréologie soit une étude médicale, *imposée* en raison des nécessités sociales, aux jeunes médecins (20e séance).

Tel est l'ensemble des réformes médico-hygiéniques votées par la Commission extraparlementaire.

Au système unilatéral, arbitraire, coercitif de la Police des mœurs, pourchassant, effarant les femmes, au système suranné de l'Assistance publique avilissant les malades et les détournant, elle substitue une organisation de droit commun, une organisation générale, s'étendant à tout le système de l'assistance publique des grandes, moyennes et petites villes, ne connaissant plus de parias ici, de catégories là, ouvrant avec la plus large libéralité toutes les portes aux malades des deux sexes dans un état dangereux pour eux-mêmes, dangereux pour autrui, et fondant enfin, en un même statut, la pratique de l'humanité et de la liberté.

Mais après avoir fait cette réforme capitale dans nos institutions publiques de secours, la Commission la complète par la création d'une loi nouvelle de caractère mi e, *le délit pénal de contamination intersexuelle*, loi de réforme mi-partie juridique, mi-partie hygiénique, dont le lecteur saisit l'importance pratique dans un système de liberté individuelle.

La Commission crée en un mot pour tout le monde, sans distinction de catégories de personnes, la liberté du traitement, mais en même temps, du même coup, elle crie le devoir moral, bien mieux le *devoir légal* pour ceux qui n'entendraient pas l'autre, d'éteindre en soi tout foyer de contagion intersexuelle.

(1) *Prophylaxie de la syphilis* (Réglementation de la prostitution à Paris). *Rapport et procès-verbaux* publiés par M. le Dr L. Le Pileur, médecin de Saint-Lazare, in-8e de 84 p. J.-B. Baillière. Paris, 1885, V. p. 32, 37, 47.

(2) Nous nous réservons de revenir, dans le *Progrès médical*, sur cette question de l'organisation intérieure des services généraux ouverts aux vénériens, ou des services speciaux restaurés dans les hôpitaux généraux, quand la question de la suppression des hôpitaux spéciaux sera définitivement posée devant les Pouvoirs publics.

Rappelons seulement aujourd'hui que cette question d'organisation a été traitée très complètement à la *Société française de prophylaxie sanitaire et morale* par MM. Brocq, Alexandre Renault, Balzer, médecins des hôpitaux, etc. (*Bulletin de la Société de prophylaxie*, 10 mai 1904.) (Edit. J. Rueff et Ch. Delagrave. Paris.)

Concours des médecins de l'Assistance à domicile. — Le Concours a eu lieu le 5 décembre. 62 candidats étaient inscrits, 43 ont remis une copie. Les questions posées ont été : 1o *Procidence du cordon et son traitement ; 2o Diagnostic différentiel des angines.* Sont restées dans l'urne les questions : Indications et contre-indications du forceps. Conduite à tenir dans la présentation mode des fesses engagée dans l'excavation. Valeur séméiologique de l'œdème des membres inférieurs. Gastro-entérite des nouveau-nés, manière de la combattre.

Les copies seront lues à l'Amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, les lundi, mercredi, vendredi à 5 heures du soir.

Le jury est composé de : MM. Billon, président ; Biard, Fichon, Mme Pelletier et M. Y on.

Concours d'internes en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine. — (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche). — Le lundi 7 janvier 1907, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, no 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2 rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés de 10 h. midi et de 2 à 5 h. Le registre d'inscription sera ouvert lundi 10 au samedi 22 décembre 1906 inclusivement.

BIBLIOGRAPHIE

Médication phospho créosotée de la tuberculose : Par le Dr S. Bernheim.

La tuberculose est guérissable par une cure hygiénique, une cure diététique aidée par une thérapeutique adjuvante à base d'éléments phosphatés.

Le terrain morbide, tuberculisable, doit être reminéralisé, recalcifié, enrichi en phosphore. Il faut, d'une part, relever l'acidité humorale chez le tuberculeux par l'acide phosphorique. Il faut, d'autre part lutter contre le bacille par la créosote, il faut en un mot instituer la médication phospho-créosotée. Ce sont le phosphate et le phosphite de créosote qui réalisent le mieux cette thérapeutique pathogénique. Le phosphate de créosote a été pendant quelque temps en honneur, jusqu'à ce qu'on s'est aperçu de ses inconvénients.

En effet, dès les premiers temps de son emploi, M. Bernheim a noté des accidents dus à l'accumulation de ce sel dans l'organisme. L'auteur, Lorot et Tison ont décrit les polynévrites toxiques provoquées par le phosphore. Roblot a signalé plusieurs cas de polynévrites chez les malades du Dispensaire antituberculeux du IIIe arrondissement.

Il a observé que les manifestations initiales de l'intolérance étaient des fourmillements au niveau de la plante des pieds, l'apparition de zones analgésiques au poignet, autour des chevilles, en brides au-dessus du cou-de-pied.

Très vite, apparaissent les douleurs et les troubles moteurs. Le malade souffre en marchant. Il craint de marcher, parce que la pression du pied sur le sol lui est douloureuse : ou quand il ne souffre pas, il craint de marcher parce qu'il titube, parce qu'il ne peut se diriger, bref, parce qu'il a la conscience d'être un incoordonné.

Les nerfs sensitifs se trouvent touchés les premiers ; les troubles des nerfs sensitifs périphériques expliqueraient cette fois les sensations douloureuses, les fourmillements ou l'anesthésie en plaques qu'il a eu l'occasion d'observer ; ils suffisent ainsi à rendre compte, ainsi que dans le tabes, des troubles de la direction motrice et de l'incoordination.

Mais en outre (ce qu'il n'y a pas dans le tabes), il paraît y avoir diminution de la force musculaire.

M. Berheim s'est adressé, pour parer à ces inconvénients, au *phosphite de créosote*, éther de l'acide *phosphoreux*, qui lui a donné une action thérapeutique égale, avec une tolérance supérieure.

Le phosphotal, phosphite neutre de créosote, a été préparé pour la première fois par Ballard, de Montpellier, en 1894.

C'est un liquide jaune rougeâtre, visqueux, à odeur faible de créosote, à saveur chaude, sans être caustique, très supportable au goût. Il contient 9,5 de phosphore (acide phosphoreux) combiné à 90 % de créosote.

Antiseptique par la créosote et par l'acide phosphoreux, il est supporté par le chien à la dose journalière de 4 à 6 gr. sans inconvénients.

Sa toxicité est presque nulle. Il passe presque inaltéré par l'estomac dont il améliore la fonction digestive, pour être dédoublé dans l'intestin en créosote et en phosphites alcalins. En majeure partie il est éliminé par les reins plus lentement que le phosphate de créosote sans accidents et sans accumulation.

Les effets physiologiques du phosphotal sont à peu près identiques à ceux de la créosote. Mais au point de vue de l'influence sur la nutrition et du système nerveux, il n'en est plus de même, et cette différence est imputable à la présence du phosphore dans le phosphotal.

Tandis que, à dose thérapeutique, la créosote n'agit que faiblement sur le système nerveux, le phosphotal, au contraire exerce une action tonique, sédative remarquable.

L'action tonique et sédative de l'acide phosphoreux et de la créosote tient en puissance les modifications corrélatives si remarquables des échanges, car, c'est en modérant le système nerveux que l'on enraye la consomption. Or le phosphotal ralentit les échanges gazeux et la déminéralisation, met obstacle à la végétation des micro organismes, modère la fièvre, modifie les sécrétions bronchiques, et, en conséquence de tout cela, favorise et active les fonctions assimilatrices, le rétablissement des forces et facilite enfin le dépôt des réserves nutritives dont le rôle est si considérable dans la lutte contre la tuberculose.

En résumé, le phosphotal est caractérisé par sa faible toxicité, sa facile saponification dans l'intestin, son élimination régulière et sans accumulation. Le Dr Laumonier a soumis une vingtaine de malades au traitement régulier du phosphotal en émulsion préparée par Clin, dosée à 0,50 de phosphotal par cuillerée à soupe pris dans 125 gr. de lait tiède par voie rectale et a obtenu de prompts et durables succès. Il a constaté que l'action du médicament sur la tuberculose est surtout une influence modificatrice du terrain tuberculeux. M. Berheim a, de son côté, traité un certain nombre de tuberculeux avec le même médicament, soit en capsules de 0,20 ctgr. glutinisées *per os* soit en émulsion de Clin *per rectum* à raison de 1 gr. de phosphotal par jour, c'est-à-dire 5 capsules ou 1 cuillerée à soupe en lavement. Les conclusions sur la valeur thérapeutique sont les suivantes :

Dans la thérapeutique antituberculeuse actuelle, il ne faut pas se tenir uniquement au régime hygiéno diététique. Il existe certaines adjuvances médicamenteuses qui ne sont pas à dédaigner et qu'il ne faut pas délaisser systématiquement. La médication phospho créosotée entre dans cette catégorie d'agents.

Pour éviter les polynévrites provoquées par le phosphate de créosote, on emploiera le phosphite de créosote qui a une efficacité au moins égale et qui, étant mieux absorbé, mieux réparti et plus régulièrement éliminé, ne provoque jamais ni accumulation ni intolérance, ni névrites. Son emploi est des plus aisés.

On peut l'administrer sous forme de capsules glutineuses, par la bouche ; d'émulsion en lavements ; de solution huileuse par voie hypodermique. La dose optima paraît être de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour en injections sous-cutanées et de 1 gr. à 2 grammes *per os* ou *per rectum*. On peut la maintenir longtemps sans inconvénients ni danger.

En général, on fera le traitement continu de trois semaines par mois, avec repos la quatrième semaine.

Les résultats thérapeutiques obtenus par de nombreux cliniciens ont été excellents chez la plupart des malades soumis à la médication phospho-créosotée, qui est fort bien tolérée et qui agit chez un grand nombre souvent même dans les formes les plus avancées de la tuberculose. Inoffensif, le phosphite de créosote exerce une influence et sur l'état général et sur l'état local du malade.

La technique histo-bactériologique moderne ; par le Dr E. Lefas, préparateur à la Faculté de Médecine de Paris. — (1 vol. in-8 de 96 pages, 1 fr. 50 ; chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.)

Dans ce nouveau volume de la collection des « Actualités médicales », le Dr Lefas passe en revue, de façon concise et précise les méthodes rapides et les procédés nouveaux de la technique histo-bactériologique moderne.

Des méthodes récentes, l'auteur se borne à celles qui semblent avoir une valeur durable. Quant aux procédés plus anciens, nombre d'entre eux se trouvent épars en divers gros traités : le présent manuel nous les rappelle et nous évite ainsi la perte de temps qu'eût exigée leur recherche. Rappelées également à notre mémoire les formules des innombrables fixateurs ou liquides conservateurs dont chacun connaît le nom et dont beaucoup oublient la formule exacte. Une technique bien réglée des procédés d'inclusion nous est offerte. Les procédés de congélation remis en honneur depuis quelque temps s'y trouvent développés.

Il n'est pas de petits détails en ce qui concerne certaines colorations, par exemple celle du sang ou de certains parasites, récemment découverts, tels que les spirochètes de la syphilis, dont on trouvera les divers procédés exposés ici. Enfin l'auteur a cru bon d'y joindre certaines recherches, par exemple celle du bacille de Koch, si mal pratiquée d'habitude malgré son ancienneté, faute d'une technique rigoureuse. Bref, malgré la modestie de son format, ce livre

pourra, dans la plupart des cas, remplacer les gros traités sur la table de laboratoire. Benjamin Bord.

PHARMACOLOGIE

Le Leucoplaste

Emplâtre caoutchouté adhésif blanc

de Unna (Hamburg).

L'usage du leucoplaste dont je me servais déjà pour tous les petits pansements depuis plusieurs années, peut être considérablement étendu non seulement en dermatologie mais dans toute la chirurgie générale.

Cet excellent emplâtre adhésif est dérivé de l'emplâtre à l'oxyde de zinc employé déjà depuis longtemps en dermatologie, mais dont on n'avait pas fait un usage étendu dans la chirurgie générale. Il n'irrite pas la peau, possède une grande puissance adhésive qui peut fixer quelque pansement que ce soit sur quelque région du corps que ce soit ; il remplace le collodion pour fixer les pansements, les onguents, les pommades, les poudres médicamenteuses. Au lieu d'entourer tout un membre ou une région de bandes de gaze, de ouate, etc., il est plus simple, plus économique et plus commode de découper un morceau de leucoplaste juste de la grandeur de la région que l'on veut recouvrir. Toutes les petites opérations sur la face, le cou, le nez, la bouche, les yeux, sont simplement pansées avec un morceau de gaze recouverte de leucoplaste. Pour les yeux, par exemple, une bandelette qui passera du front sur la joue peut maintenir en place quelque pansement que ce soit.

La grande chirurgie put aussi se servir de leucoplaste pour tout ce qui intéresse la peau. La plaie aseptique d'une laparotomie, ou d'une cure radicale de hernie, appendicite, etc., sera recouverte d'un simple morceau de leucoplaste sans avoir recours à des bandages de corps compliqués, lourds, volumineux, chauds et chers. C'est un moyen de pansement protecteur idéal, prophylactique et extenseur au besoin. S'il faut associer la compression à la fixation, la force adhésive du leucoplaste est toujours suffisante, on peut même coapter les lèvres d'une plaie nette sur le leucoplaste en se passant des agrafes et des points de suture pour une petite plaie. On peut encore, pour de plus grandes plaies compléter ce pansement en le recouvrant d'une couche de gélatine à l'oxyde de zinc.

Une autre indication dans l'emploi du leucoplaste peut provenir de son imperméabilité.

Il renforce et maintient ainsi les substances médicamenteuses les plus actives au contact de la peau pendant un temps assez long.

Une application nouvelle de cette imperméabilité du leucoplaste est le perfectionnement du traitement nocturne par les gants.

Il est en effet impossible de fabriquer des gants *partiellement* imperméables pour la dermatologie. Pour obvier à cet inconvénient, on prend de simples gants en fil de coton et on les recouvre extérieurement d'emplâtres aux points correspondant d'autre part aux parties malades traitées par les onguents usuels.

Pour obtenir un pansement au leucoplaste avec le maximum d'adhérence et le minimum de tension de la peau, il faut laver la peau à l'eau chaude et au savon, la raser et la frotter d'un peu d'alcool.

Pour enlever l'emplâtre adhésif sans douleur, il faut glisser le doigt entre l'emplâtre et la peau en la dégageant et la laver ensuite avec un tampon imbibé d'éther.

Tous les pansements à extension peuvent être faits avec le leucoplaste qui peut parfaitement bien supporter un poids. Auparavant on les faisait au diachylon qui avait besoin d'être chauffé et souvent adhérait mal. Il faut commencer le pansement extensif au-dessus du point de fracture, pour opérer une traction, non seulement sur le fragment inférieur de la fracture, mais aussi sur les muscles au-dessus du point de fracture.

Par dessus la bande de leucoplaste on passe une bande ordinaire pour fortifier son adhérence à la peau. On peut arriver à suspendre ainsi un poids de 20 kilos.

Comme dans tous les cas de fracture la contre-extension la meilleure est toujours celle obtenue par le poids du corps; on ne peut bien faire cette dernière que par l'application de pansement adhésif au leucoplaste. Un autre genre de traction nécessiterait une strangulation du membre, c'est l'emplâtre adhésif seul qui empêche le glissement. Pour exercer une traction sur un membre, il vaut mieux se servir d'une traction élastique au moyen d'un anneau en caoutchouc, sur une planchette, que du poids brutal d'une masse qu'on laisse pendre.

De plus, pour le membre supérieur, l'appareil à extension élastique a l'avantage d'être portatif. Il n'y a qu'à ajouter une petite rallonge à l'atelle de bois.

Dr Jaudin.

VARIA

Asile d'aliénés de la Seine : service de la Pharmacie.

Le service des aliénés de la Seine par son importance mérite d'attirer l'attention de tous les journaux de médecine. Dès que nous aurons reçu le Mémoire de M. de Selves, nous en résumerons les données principales. Aujourd'hui nous voulons seulement faire quelques remarques au sujet de la *pharmacie*.

Autrefois, les pharmaciens étaient choisis et nommés directement par le Préfet. Le Conseil général sur notre proposition institua le concours pour les pharmaciens en chef et les internes. Cette réforme venant s'ajouter au recrutement par le concours des médecins ou des internes en médecine, pourvoyait les asiles de la Seine d'une organisation scientifique complète, faisant honneur au département et au Conseil général qui, d'un commun accord, voulaient faire de nos asiles des asiles modèles dans la mesure du possible. La commission de surveillance, toujours consultée, s'était associée à toutes les réformes.

Dès leur création, les asiles Clinique (Sainte-Anne), de Vaucluse, de Ville-Evrard, de Villejuif, ont été dotés d'un service complet de pharmacie avec laboratoire, tisanerie, magasin, etc., sous la direction d'un pharmacien, aidé d'internes. Il en a été de même du cinquième asile, dit de la Maison-Blanche, construit sur le domaine voisin de Ville-Evrard. Tout cela a fonctionné régulièrement depuis l'ouverture de la première moitié de l'asile (5 à 600 malades) (1).

Chaque année, Administration, Commission de surveillance et Conseil général ont voté le budget de la Pharmacie, le traitement du pharmacien. Or, si l'on en croit certains bruits probablement erronés, on supprimerait l'an prochain le pharmacien et la pharmacie de l'asile de Maison-Blanche et le service serait confié au pharmacien de Ville-Evrard, tous les médicaments devraient être préparés à la pharmacie de Ville-Evrard, car il encourrait une lourde responsabilité s'il laissait faire les internes en pharmacie de Maison-Blanche (2).

Le souci que l'on prend de plus en plus de l'hygiène alimentaire ; la nécessité de faire fréquemment l'analyse du lait et des substances alimentaires ; les analyses de plus en plus souvent réclamés par les médecins des liquides pathologiques, s'ajoutant aux préparations des médicaments fournissent une somme de travail qui justifie la présence d'un pharmacien en chef et d'internes, à l'asile de Maison-Blanche.

Un autre argument est tiré de ce fait que la seconde moitié de l'asile est en construction, qu'elle sera achevée d'ici *un an* et que, à ce moment la population règlementaire sera de *douze cents* malades et en *réalité* probablement de 13 à 1400, à cause de l'encombrement des asiles. D'où il suit que, dans

(1) En 1905, le nombre des malades traités a été de 1.060. La population moyenne a été de 681 malades.

(2) Cette mesure entrainerait l'agrandissement de la Pharmacie de Ville-Evrard, d'où des dépenses, car le pharmacien de Ville-Evrard ne pourrait surveiller deux pharmacies assez éloignées l'une de l'autre.

un an ou 18 mois, il faudrait rétablir le pharmacien en chef, celui de Ville-Evrard ne pouvant pas suffire à la besogne (1).

Autre argument. Les dangers d'accidents seront assurément plus à craindre avec un pharmacien unique, quelle que soit sa surveillance, et l'administration serait exposée à des ennuis plus considérables, à des indemnités plus fortes.

Nous espérons que ces remarques que nous faisons dans l'intérêt des malades et de l'administration seront prises en considération par nos amis de la 3e Commission, dont quelques-uns sont nos collègues à la Commission de surveillance, et par le Conseil général. En tout cas, conformément au règlement de 1857, l'Administration *devra* soumettre la question à la Commission de surveillance.

BOURNEVILLE.

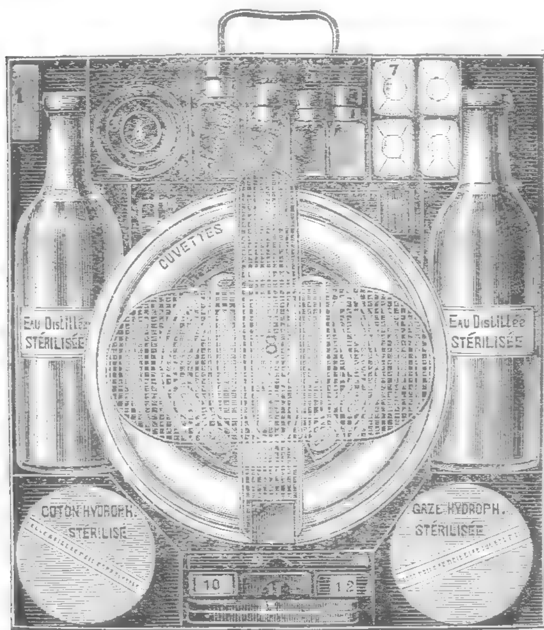
La Boîte de Secours immédiat

Du Dr QUIDET,

Ex-moniteur des travaux pratiques de pharmacologie à la Faculté.

La composition de la plupart des boîtes de secours actuelles est loin de répondre aux nécessités des cas urgents les plus fréquents — on y trouve encore le perchlorure de fer, l'arnica, l'amadou, — et l'approvisionnement est dans un état de conservation parfois défectueux : cette question des premiers soins d'urgence est cependant d'un intérêt général assez évident pour mériter quelque attention.

L'évolution et le pronostic de la plupart des traumatismes dépendent beaucoup du premier pansement : il importe donc de n'employer que des matériaux absolument irréprochables.



Une boîte de secours étant forcément destinée à servir toujours à l'improviste, il faut que ses éléments soient conditionnés de telle sorte que leur état de conservation parfait et pour ainsi dire indéfini, soit réellement assuré.

La Boîte de Secours Immédiat que M. le professeur Pouchet a décemment présentée à l'Académie de Médecine, au nom d'un de ses élèves, le Dr Quidet, réunit, sous un poids et un volume restreints et avec des garanties de sécurité et de conservation indiscutables, tout ce qui est nécessaire en cas d'accident ou de malaise subit : objets de pansement, médicaments, instruments, attelles, cuvettes, etc.

La disposition des compartiments montre, d'un coup d'œil, l'ensemble des ressources dont on dispose ; un tableau inventaire collé à l'intérieur du couvercle reproduit la composition de la B. S. I., et contient quelques indications claires et concises sur les soins d'urgence en attendant le médecin.

(1) Pour être logique avec eux-mêmes, les auteurs de cette proposition devraient réclamer la suppression de directeur, de l'économe et confier l'asile de Maison Blanche au directeur et à l'économe de Ville-Evrard.

Les objets de pansement sont stérilisés dans des récipients, pourvus de garanties de fermeture assurant l'inviolabilité matérielle. Les flacons sont munis de bouchage métallique Phénix, hermétique et inviolable ; il est impossible de reboucher un flacon avec sa capsule de garantie ; d'où nécessité de renouveler l'approvisionnement et certitude absolue de n'être pas exposé à avoir des produits éventés, défraîchis, ayant perdu leurs qualités.

Il n'existe aucune solution préparée d'avance, susceptible de s'altérer; mais on en peut préparer de suite avec les 2 litres d'eau distillée, stérilisée, et les comprimés dosés (oxycyanure de Hg, acide picrique, antipyrine, perborate de soude), dont chaque tube porte une étiquette — de couleur différente — indiquant d'une façon précise les circonstances et le mode d'emploi du produit.

Les médicaments d'urgence existent en ampoules stérilisées, dosées pour injections hypodermiques, immédiatement prêtes à l'emploi ; sur la boîte figure en caractères gras la mention : « ne doivent être utilisées que par le médecin.

Les instruments de chirurgie sont contenus dans une boite-trousse auto-stérilisable (invention brevetée du Dr Quidet) (1), permettant de les faire bouillir en quelques instants sans avoir besoin de lampe ni de réchaud : ce stérilisateur portatif, simple et pratique, réalise un progrès fort appréciable ».

Le tout est contenu dans une boite en fer blanc solide, mesurant 45 cent. × 42 × 10, de forme très maniable ; le poids total ne dépasse pas 10 kilogr.

Le réapprovisionnement des produits est assuré par le dépositaire, suivant un tarif indiqué pour chaque objet au tableau-inventaire. Cette disposition demeure la condition essentielle de la valeur utilisable constante de la B. S. I. : il est d'ailleurs facile d'avoir en réserve quelques-uns des matériaux les plus fréquemment utilisables puisqu'ils se conservent presque indéfiniment.

Ce nouveau type de boîte de secours répond aux exigences de la science moderne. Adopté par la Préfecture de la Seine, la Préfecture de Police, le régiment des Sapeurs-Pompiers de Paris, et plusieurs Sociétés sportives, admis au Musée de Prévention des Accidents du Travail et d'Hygiène Industrielle au Conservatoire des Arts-et Métiers, il est appelé à se répandre dans les postes de secours comme dans toute agglomération d'individus : sociétés sportives, théâtres, usines, ateliers, exploitations agricoles, gares, pensionnats, partout enfin où les moyens actuels de secours demeurent encore illusoires ou insuffisants.

L'effervescence au quartier latin. La réforme des Etudes et l'Association corporative des Etudiants en médecine.

Une effervescence plus superficielle que profonde s'est manifestée à l'Ecole de médecine ; la contagion parait s'être propagée de l'Ecole de droit où nos futurs juristes conspuent à tort et à raison un de leurs maitres. Le prétexte du tapage à l'Ecole de médecine a été le projet de création d'une chaire municipale d'oto-rhino-laryngologie et la désignation de son titulaire qui ne saurait être faite avant la fondation de la chaire. L'Association corporative des Etudiants en médecine, a tenu à dégager sa responsabilité et à protester contre le rôle qu'on a voulu lui faire jouer dans la genèse du tapage qui a amené la fermeture momentanée de la faculté. Son comité a publié l'ordre du jour suivant :

Le comité de l'Association des étudiants en médecine déclare être absolument étranger aux troubles suscités parmi les jeunes étudiants par certaines personnalités au sujet de la chaire d'oto-rhino-laryngologie.

L'A. corporative ne veut pas prendre parti dans une querelle de candidature où ne sont pas en jeu les intérêts des étudiants.

Cette agitation de surface et passagère, du reste, ne saurait distraire les étudiants de la lutte entreprise par leur association, d'accord avec tous les groupements médicaux et tous les praticiens, contre le « mandarinat », et pour l'institution d'un enseignement pratique, ce que les meilleurs cours ne donnent pas.

Le comité de l'A. C. des étudiants en médecine.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° du 2 décembre 1905.

D'autre part, nous apprenons que lundi 10 décembre, à 8 h. 1/2, aura lieu, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, une réunion conférence organisée par l'Association Corporative, sous la présidence de M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats Médicaux de France. Plusieurs personnalités du monde médical y prendront la parole pour exposer aux étudiants le but que poursuivent les groupements médicaux en demandant la réforme pratique des études médicales. J. N.

Le prix Carlier de l'Académie des sciences.

M. Paul Juillerat, chef du casier sanitaire de Paris, vient de se voir décerner le prix Carlier par l'Académie des sciences morales et politiques, pour son ouvrage aujourd'hui classique : « Une institution nécessaire ; le casier sanitaire des maisons ».

Nous ne pouvons que joindre nos félicitations à celles qu'à reçues déjà notre collaborateur. Toutes les personnes qui ont quelque souci de l'hygiène urbaine et surtout de celle de l'habitation savent la part prépondérante que tiennent dans les études de ce genre les travaux de M. Juillerat. Basés sur des faits, des observations, des statistiques soigneusement contrôlés, ces travaux font un contraste frappant avec les théories brillantes qui ont germé trop souvent *a priori* dans l'imagination de bien des hygiénistes distingués de notre époque. Ces théories ont donné parfois lieu à des applications qui, sans base scientifique suffisante, ont amené bien des désillusions.

Qu'il nous soit permis de rappeler que le ministre de l'intérieur, dans sa circulaire sur les bureaux d'hygiène, recommande de tels casiers à toutes nos municipalités, et que les congrès d'hygiène de Nancy, de Genève, de Marseille, pour ne parler que de ceux qui se sont tenus cette année, ont émis des vœux de même ordre. J. N.

La lutte contre le saturnisme.

Afin de combattre énergiquement les dangers d'intoxication auxquels sont exposés les ouvriers obligés de manipuler le plomb ou ses composés, l'Association internationale pour la protection légale des travailleurs avait organisé des concours dont les conditions, ainsi que la liste des prix à décerner, furent publiés le 10 janvier 1905. A la suite de cette publication, 63 ouvrages sont parvenus à l'Office international du travail à Bâle. Celui-ci, en s'inspirant du classement opéré par le jury, a le 13 octobre dressé la liste des prix à accorder aux meilleurs manuscrits. Les enveloppes contenant les noms des auteurs des ouvrages couronnés et de ceux proposés pour l'achat ou ayant obtenu une mention honorable ont, ensuite, été ouvertes par devant notaire.

Voici la liste des récompenses et le nom des lauréats :

I. Aucun prix n'a été décerné aux deux ouvrages sur le procédé à employer pour éviter les danger du plomb lors de l'extraction et du traitement des minerais du plomb ou de minerais contenant du plomb. L'achat de l'ouvrage du docteur Th. Sommerfeld, professeur à Berlin, est proposé.

II. Des douze ouvrages sur les moyens de supprimer les dangers du plomb dans les fonderies de plomb, deux ont été couronnés. Un prix de 12,500 francs a en effet été décerné et sera partagé entre les ouvrages de M. Richard Muller, ingénieur à Ems-sur-Lahn, et de M. Boulin, inspecteur divisionnaire du travail à Lille. L'office propose l'achat des ouvrages du docteur Th. Sommerfeld, professeur à Berlin, et du docteur Jos. Rambousek, membre du conseil d'hygiène de Trieste. Des données et des propositions intéressantes sont contenues dans l'ouvrage de MM. Richard Canaval, conseiller supérieur des mines à Klagenfurt, et le privat docent Ignaz Kaup, médecin de district à Vienne ; dans l'ouvrage du docteur Toth, médecin à Selmechanya, Hongrie ; dans celui de M. Georg. Pire, commissaire en chef au ministère du commerce à Vienne.

III. Aucun des douze ouvrages sur le moyen d'éviter le danger du saturnisme lors de l'emploi chimique du plomb, dans les fabriques de couleurs plombiques, céruseries, fabriques d'accumulateurs et industries similaires, n'a été couronné.

L'Office propose l'achat des ouvrages du docteur P. Etz, Cologne-Deutz et du docteur Casimiro Guidelli, Laveno, Lac-Majeur. Il reconnaît de l'intérêt aux ouvrages envoyés par MM. Siegrief Schenek, directeur de fabrique, Vienne ; Dr Th. Sommerfeld, professeur à Berlin ; Kenneth Weldon Goadly, Londres ; Dr Theodor Ogg, Fyvie, Ecosse ; Dr José Ubeda y Correal, Madrid.

IV. Des 10 ouvrages sur la manière d'éviter le danger de l'intoxication saturnine dans l'industrie des badigeonneurs, peintres vernisseurs, et industries similaires, deux seulement ont obtenu un troisième prix de 937 francs chacun. Ce sont les ouvrages du docteur Sommerfeld, professeur à Berlin, et de M. Karl Hauck, ingénieur, inspecteur du travail, Tetschen. On propose l'achat des ouvrages de M. Louis Edgar Andes, fabricant de vernis à Vienne, et de M. Richard Halfter, à Berlin.

Des données et des propositions intéressantes sont contenues dans les ouvrages de MM. Rudolf Otte, à Mulheim-sur-Rhin ; Willi Buch, à Altenheim (Sleswig-Holstein) ; Will. Gessler à Cabe ; Chas.-E. Koons, à Saint-Louis ; John Doig, peintre en bâtiment, à Stirtinshire (Ecosse) ; Charles H. Clarkee, à South-Norwalk.

V. Douze ouvrages ont été présentés pour résoudre la question relative à la suppression du danger du plomb dans les industries qui emploient de grandes quantités de plomb ou de composés plombiques, comme par exemple les « fonderies de caractères d'imprimerie et les imprimeries elles-mêmes ». Le second prix, d'une valeur de 1.250 francs, a été décerné à l'ouvrage de M. André Ducrot, ancien élève de l'Ecole polytechnique à Paris ; et deux troisièmes prix de 937 francs chacun aux ouvrages du docteur Th. Sommerfeld, professeur à Berlin, et de M. Schulz, eutrepreneur à Kiel.

L'Office propose l'achat des ouvrages envoyés par MM. Heinrich Ritzel, typographe, Wiesbaden ; William J. Manning, Washington ; Lebrasseur, ingénieur, ancien inspecteur du travail, et Paul Razous, Paris.

L'Office international du travail est chargé d'entamer des négociations avec les auteurs des ouvrages proposés pour l'achat ou ayant reçu une mention honorable. Il a l'intention de publier soit *in extenso*, soit en résumé, un certain nombre d'ouvrages intéressants. MM. les auteurs des ouvrages non mentionnés dans ce palmarès sont priés de faire connaître leur adresse à l'Office international jusqu'au 1er janvier 1907, qui leur retournera leurs manuscrits. Passé ce délai, ceux-ci seront envoyés aux adresses contenues dans les enveloppes.

Par le fait d'accorder un prix à un ouvrage, de proposer son achat ou de lui décerner une mention honorable, l'Association internationale et l'Office international du travail n'assument aucune responsabilité au point de vue des données fournies et des conclusions de l'auteur de cet ouvrage.

Mais afin de rendre plus efficace la lutte contre le saturnisme, l'A.I.P.L.T. croit utile de soumettre les conclusions de ces travaux à la discussion publique et de les communiquer aux membres de sa commission d'experts.

La déclaration obligatoire des intoxications professionnelles.

M. F. Dubief, dans le *Siècle* émet une proposition qui sera loin d'obtenir l'adhésion des médecins, c'est la déclaration obligatoire des intoxications professionnelles.

Le seul moyen de connaître l'importance du mal, écrit M. Dubief est bien d'imposer à tous les médecins l'obligation de déclarer tous les cas d'intoxications professionnelles dont ils ont connaissance.

Cette méthode a fait ses preuves. Elle est appliquée en Angleterre, en vertu de loi sur les fabriques et ateliers, qui dit : « Les médecins qui soignent ou qui sont appelés auprès d'un malade qu'ils présument atteints d'empoisonnement par le plomb, le phosphore, l'arsenic ou le mercure, ou, d'anthrax contractés dans une fabrique ou un atelier devront faire parvenir à l'inspecteur en chef des fabriques, au Home Office, à Londres, une déclaration contenant le nom et l'adresse postale complète du malade, ainsi que la maladie dont ce dernier est atteint, de l'avis du médecin ; ils auront droit pour chaque déclaration envoyée en vertu de la présente disposition à une rémunération qui sera payée, comme partie des

dépenses encourues par le secrétaire d'Etat, dans l'application de la présente loi. »

Suivent les sanctions auxquelles s'exposent les médecins qui négligeraient de satisfaire à la loi et les obligations des chefs d'industrie au cas où survient dans la fabrique ou dans l'atelier un empoisonnement par le plomb, le phosphore, l'arsenic ou le mercure, ou toute autre maladie prévue dans les ordonnances du secrétaire d'Etat.

C'est de ce principe de la déclaration obligatoire des intoxications industrielles, appliqué en Grande-Bretagne, que je me suis inspiré dans le projet de loi qu'en qualité de ministre du commerce de l'industrie, des postes et des télégraphes, j'ai déposé sur le bureau de la Chambre le 16 mai 1905. C'est à l'obligation que conclut l'association internationale pour la protection des travailleurs.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

21, rue Hautefeuille

L'Association Corporative organise, le 10 décembre 1906, à 8 h. 1/2 du soir, salle des Sociétés savantes, une *grande réunion conférence* sous la présidence du Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats Médicaux, avec le concours assuré de médecins des hôpitaux, de médecins praticiens des villes et des campagnes, et d'étudiants pour :

1° Protester contre le certificat d'études médicales supérieure ; 2° Demander la réforme de l'enseignement en un sens pratique, l'organisation de l'enseignement à l'hôpital, la nomination d'une commission composée de médecins praticiens et d'étudiants en aussi grand nombre que de professeurs de la faculté. Les médecins praticiens et les étudiants en médecine sont instamment priés d'assister à cette réunion.

FORMULES

XC. — Contre la coqueluche.

Benzoate de gaïacol	0 gr. 25
Sulfonal	0 gr. 20
Sirop de terpine	ãã 50 gr.
Sirop de tolu	
Sirop de capillaire	

par cuill. à café toutes les 2 heures. Kalle.

Muséum d'histoire naturelle.— *Cours de zoologie* (annélides, mollusques et zoophytes).— M. L. Joubin, professeur, commencera ce cours le samedi 8 décembre 1906, à dix heures et demie, dans la salle des cours des galeries de zoologie (deuxième étage), et le continuera à la même heure, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine. Le professeur traitera diverses questions relatives aux animaux invertébrés des côtes de la France. Des conférences pratiques sur des animaux vivants auront lieu au Laboratoire (rue de Buffon, n° 55.)

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 12 décembre.* — *M. Née* : L'état actuel de la question du favus humain (MM. Blanchard, Gaucher, Teissier, Claude). — *M. Roginsky* : Contribution à l'étude du trichocéphale, son rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, de l'appendicite et de l'anémie (MM. Blanchard, Gaucher, Teissier, Claude.

Jeudi 13 décembre. — *M. Flourens* : Contribution à l'étude des leucocytoses infectieuses (MM. Dieulafoy, Joffroy, Desgrez, Renon). — *M. Viel* : Contribution à l'étude de la nutrition dans les états mélancoliques. Elimination de l'urée et de l'acide phosphorique (MM. Joffroy, Dieulafoy, Desgrez, Renon). — *M. Blanche* : Contribution à l'étude des affections de l'estomac. Cytodiagnostic du cancer de l'estomac (MM. Chantemesse, Budin, Méry, Demelin). — *Mlle Genouy* : De la nécessité d'une direction dans l'allaitement au sein (MM. Budin, Chantemesse, Méry, Demelin.

Examens de doctorat. — *Lundi 10 décembre.* — 5e (Chirurgie, 2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Teissier, Claude. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Roger, Legry, Balthazard.

Mardi 11 décembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Charité) : MM. Le Dentu, Albarran, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Charité) : MM. Pozzi, Faure, Auvray. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Renon, Carnot.

Mercredi 12 décembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Reclus, Cunéo, Proust. — 2e (1re série Salle Béclard) : MM. Gautier, Gley, Branca. — 2e (2e série. Salle Richet) : MM. Richet (Ch.), Retterer Broca (André). — 3e (2e partie, Salle Broussais) : MM. Brissaud, Roger, Legry.

Jeudi, 13 décembre. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Gouget, Maillard. — 3e (2e partie. Oral, Salle Corvisart) : MM. Raymond, Hutinel, Jeanselme. — 4e (1re série, Salle Broussais) : MM. Pouchet, Dupré, Richaud — 4e (2e série) : MM. Gilbert, Thoinot, Langlois.

Vendredi 14 décembre. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5e (chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Samedi 15 décembre. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin. Brindeau.

Les services d'hygiène de Liège en 1905. — Le service d'hygiène a visité 1053 maisons en 1905, et prescrit 959 fois des travaux d'assainissement.

Une excellente pratique consiste à visiter chaque maison dans laquelle un cas de maladie contagieuse a été signalé et prescrire, s'il y a lieu, des travaux.

Notons que la population de la ville s'élève à 172.207 habitants.

Le service de la désinfection a procédé à 1392 opérations à domicile ; 1104 personnes se sont présentées au service de la vaccination.

La Société de médecine publique et de génie sanitaire a voté le 28 novembre 1906, une proposition de M. A. Rey, ainsi conçue : « Que, dans les habitations à plusieurs étages, un garde-manger soit rationnellement établi pour chaque ménage, raccordé à une gaine d'air frais, constamment renouvelé et filtré, afin d'être exempt de poussières et à l'abri de la lumière. »

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 18 novembre au samedi 24 novembre 1906, les naissances ont été au nombre de 901, se décomposant ainsi : légitimes 671, illégitimes 230.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 895, savoir : 468 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 9. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 0 — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 1. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 5. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 189. — Tuberculose des méninges : 15. — Autres tuberculoses : 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 70. — Maladies organiques du cœur : 62. — Bronchite aiguë : 12. — Bronchite chronique : 24. — Pneumonie : 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 72. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 12 ; autre alimentation : 25. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 19. — Néphrite et mal de Bright : 30. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : 16. — Débilité sénile : 38. — Morts violentes : 30. — Suicides : 15. — Autres maladies : 113. — Maladies inconnues ou mal définies : 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : légitimes 50, illégitimes 18

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — M. le Dr HOBBS, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux, ne fera pas son cours durant l'année 1906-1907.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — M. OLIVIER, pharmacien de 1re classe, est délégué dans les fonctions de chef de travaux d'histoire naturelle.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE SUPPLÉANT DES CHAIRES DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALES. — Un concours s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Nancy, le 29 avril 1907.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. LEBLANC, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. BOURGUIGNON, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales.

CONCOURS. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'*Ecole annexe de médecine navale de Toulon* sera ouvert dans ce port le 26 décembre 1906.

Des concours pour les emplois suivants s'ouvriront respectivement dans cette même ville, les 14, 15 et 16 janvier 1907 savoir : 1° Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'Ecole annexe ; 2° Pour l'emploi de professeur d'anatomie à la même Ecole ; 3° Pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et de séméiologie médicale à l'Ecole annexe de Brest.

Chronique des hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — M. PICHEVIN commencera le mardi 11 décembre à 5 heures, une série de conférences gynécologiques gratuites avec présentation et examen des malades, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure à l'amphithéâtre Claquet, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL BEAUJON. — M. STÉPHANE LEDUC, professeur de l'Ecole de Médecine de Nantes, fera jeudi matin dans le service de M. Tuffier une démonstration expérimentale sur l'inionisation et le sommeil électrique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAYGRIER professeur agrégé commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité le jeudi 13 décembre 1906 à 10 heures précises du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr* BANZET, *ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardi et vendredi soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue Lille.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

35e ANNEE. 3e SERIE. T. XXII. N° 50 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 15 DÉCEMBRE 1906

Le Progrès Médical

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE

De l'appendicocèle d'après les Morgagniens-Listérisés.

Par le Prof. L. **LONGUET** (de Rouen).

Parallèlement aux travaux de l'Ecole morgagnienne sur la hernie vermiale, déjà exposés en une première étude, il convient de présenter maintenant ceux issus de l'Ecole Morgagnienne Listérisée concernant le même sujet. Ainsi par comparaison ressortira le grand progrès accompli, au point de vue thérapeutique surtout, à la lumière de la « doctrine des germes » avec sa conséquence, la « lutte antigermicide ». Mais pourquoi pareille distinction, puisque les Listériens purs n'existent pas ? Les meilleurs d'entre eux ne sont-ils pas, en effet, demeurés les partisans fidèles des manipulations cadavériques ou des contacts septiques, se conformant en cela au dogme morgagnien par eux agréé comme une tradition sacrée ? D'autant qu'à l'objection de contamination possible après souillure volontaire, ils répondent par la purification extemporanée antiseptique, manœuvre d'absolution conférant — pensent-ils — une parfaite innocuité. Pour être précis, il faudrait créer des sections nouvelles : d'un côté prendraient place les Morgagniens listérisés, plus fréquents parmi les chirurgiens de race latine ; de l'autre les Listériens Morgagnisés, plus répandus dans les pays de langue anglaise, et germanique. Mais laissons-là ces nuances subtiles ; groupons les opérateurs en une seule phalange; accueillons en un bloc unique tous les cas porteurs du signe distinctif : traitement scientifiquement, voire même empiriquement conduit avec le souci de germicidation. Or, un tel recensement démontre de suite avec évidence combien fut féconde l'école à tendance schismatique, puisqu'en l'espace d'un demi-siècle, les documents publiés par elle sont de valeur quantitative deux fois plus grande que ceux laissés par les Morgagniens « pur-sang » durant près de trois siècles.

L'Italien Javancelli — un listérien d'avant-garde — donna en 1836 la première relation d'un appendicocèle *inguinal* opéré puis guéri sans suppuration par la « réduction sanglante ». Au même moment, l'Allemand Puchets — prélistérien lui aussi — publia la première observation d'un appendicocèle *crural* rentré par lui « à ciel ouvert » dans la cavité abdominale. Beaucoup plus tard, en 1881, l'Anglais Trèves obtint un résultat non moins satisfaisant en refoulant dans le cœlome, après ouverture du sac, l'appendice escorté du cæcum, herniés l'un et l'autre au travers de l'anneau ombilical. Ce sont là les trois premiers exemples d'appendicocèle guéri par la cure sanglante. D'ailleurs la thérapeutique Morgagnienne Listérisée prit ici dès le début une tournure fort nette dont voici la formule générale : avant tout accident, l'affection ressortit purement et simplement au traitement par le bandage. Quand elle devient irréductible, il convient d'inciser le sac, de *réintégrer* l'organe avec ou mieux sans libération, enfin de terminer par une cure radicale herniaire ; véritable conduite « idéale ». Enfin si l'appendicocèle est enflammé, étranglé ou sphacélé, ce n'est plus la réduction, c'est l'*excision* du vermium qui s'offre alors, au titre « de nécessité ». Mais la conservation de l'organe s'impose chaque fois qu'il parait sain ou susceptible de conservation. Et il advint par suite de retard trop souvent apporté dans la décision opératoire, que la méthode d'excision dite « de nécessité » gagna peu à peu du terrain sur la conservatrice, sa rivale. Le premier travail d'ensemble fondé sur des documents exclusivement Morgagno-Listériens, est celui de A. Brieger paru en Allemagne en 1893. Ce mémoire fait époque ; ses visées, ses grandes lignes, furent acceptées, reproduites partout. On y trouve 22 observations d'appendicocèle pur, avec en plus, deux observations personnelles provenant de la clinique de Breslau. Si nous ajoutons aujourd'hui des observations récentes, (1) nous dépassons un total de 200 cas, dont 125 relatifs à des hernies appendiculaires pures, relevé qui, malgré son chiffre imposant, laisse debout les conclusions maitresses exprimées il y a 16 ans par Brieger.

***

L'appendicocèle en général.

La *fréquence* de l'affection serait bien difficile à établir si l'on consultait seulement les pratiques individuelles des chirurgiens. Ainsi Lucas-Championnière déclarait en 1892 n'avoir jamais trouvé l'appen-

(1) *Nota.* Le résumé de ces observations est tout au long dans la thèse de mon élève JOUEN. Grâce à sa collaboration, j'ai pu recueillir un certain nombre de cas qui me manquaient lors de mes premières recherches. Voir JOUEN : De l'appendicocèle d'après les Morgagniens-Listérisés. *Thèse de Paris*, 1906.

dice au cours de ses longues séries de cures radicales herniaires ; alors que d'autres de ses collègues, de la même école pourtant, en comptent 4, 6, et jusqu'à 20 observations personnelles, recueillies en quelques années. A en juger par notre relevé, la notion d'exceptionnelle rareté, jusqu'ici admise et partout reproduite, doit céder le pas à celle plus exacte d'une maladie peu commune mais pas exceptionnelle.

Elle comporte trois *variétés* bien tranchées, basées sur l'orifice de sortie. L'appendicocèle *inguinal* vient en première ligne, puis le *crural* en seconde ligne, enfin l'*ombilical* en troisième ligne. Tandis que cette dernière variété restait, dans les travaux Morgagniens, à l'état d'unité au même rang que l'ischiatique et la diaphragmatique ; la voici maintenant nettement en troisième place. A remarquer cependant qu'elle n'y est encore que sous la forme complexe, cœco-appendiculaire ; et que les listériens n'ont apporté aucune observation nouvelle d'appendicocèle ischiatique ou diaphragmatique.

Le *côté droit* est plus prédisposé que le gauche. Laissons de côté les hernies ombilicales naturellement médianes, nous voyons que sur un total de 145 cas précisés à ce point de vue, le côté droit était atteint, sauf dans 14 cas (1) seulement, où l'appendicocèle siégeait à gauche, soit une proportion de 10 p. 100 d'exception à la règle

Le *sexe masculin* l'emporte sur le féminin d'une fréquence deux fois plus grande.

Enfin l'*âge* oscille autour de deux pôles de prédilection ; d'une part la grande jeunesse, c'est-à-dire les dix premières années, d'autre part la décade de 50 à 60 ans (2). Mais les chiffres relatifs à cette dernière catégorie ne sauraient, à notre avis, recevoir une signification absolue, vu que le nombre de ces hernieux crépusculaires portaient en réalité leur hernie dès longtemps, depuis la jeunesse très souvent. A ce titre, ils seraient plus logiquement classés dans la première catégorie. Il apparaît donc que l'appendicocèle est une maladie de la jeunesse, du moins dans la grande majorité des cas.

La *pathogénie* s'est affermie sur trois données d'origine Morgagnienne. Voyons d'abord la première, la *congénitalité*. Pour Honsell l'appendicocèle est d'origine congénitale, en règle générale. Si nous rangeons sous cette rubrique, tous les cas observés chez les sujets de 0 à 20 ans, puis ceux porteurs d'une ectopie testiculaire concomitante, nous arrivons à une cinquantaine de faits où la congénitalité apparaît comme nettement en cause. Il ne faudrait pas cependant rayer l'appendicocèle acquise. Elle est donnée comme telle dans l'observation n° 80. Et ceux des crépusculaires qui virent leur hernie apparaître sur le tard, rentrent probablement dans la catégorie des hernieux dits de faiblesse.

La deuxième notion, celle du « *testicule remorqueur* » a joui d'une haute considération auprès des Morgagno-Listériens. Et cependant je suis surpris de ne relever qu'un seul cas nouveau en accord avec cette théorie. Quand la glande génitale, ectopiée ou non, prenait part à la constitution de la difformité, elle n'adhérait jamais à l'appendice de façon patente. N'y aurait-il donc pas là une légende ?

La *longueur exagérée* du vermium est non moins en crédit. Onze fois en effet sur plus de 200 cas, je relève mentionnée cette particularité. Mais à y regarder de près, en acceptant comme moyenne 6 centimètres chez l'enfant, et 10 centimètres chez l'adulte, le « megavermix » ne paraît réel que dans deux cas, dont l'un se chiffre par 16 centimètres, l'autre par 20 centimètres. A propos de cette estimation, j'ai signalé une cause d'erreur possible, l'étirement secondaire et l'allongement artificiel de l'appendice mou, friable, dépouillé de sa séreuse par les tractions exercées sur lui à l'aide pinces à forcimorsure. Aussi la longueur excessive du vernium ne me semble-t-elle pas avoir autant d'importance qu'on ne le dit, elle manque certainement dans plus des quatre cinquièmes des cas.

Voici maintenant deux données nouvelles, celles ci d'origine Morgagno-Listérienne pure. On insiste tout d'abord beaucoup sur la *situation congénitalement trop basse du cæcum* dans la fosse iliaque droite. Il est clair que si l'accolement progressivement descendant du côlon et du cœcum dans la fosse iliaque se poursuit plus bas que de coutume, l'appendice, de ce fait, se trouve très rapproché des anneaux inguinal ou crural. Mais est-ce bien d'une descente congénitale, et non d'un glissement secondaire du cæcum qu'il s'agit ? Et puis s'il y coalescence ultra basse par continuation d'un travail embryologique, l'appendice ne peut que bénéficier de cette anomalie renforçant ses moyens de fixité. Enfin dans un cas où l'on fut entraîné à pratiquer une hernio laparotomie, l'examen biopsique démontra que, malgré la chute de l'appendice, seul au travers de l'anneau crural, le cæcum était resté haut placé dans la fosse iliaque droite.

Enfin pour expliquer les appendicocèles gauches, on a invoqué un *arrêt de migration du cæcum*. On sait en effet qu'à l'origine, le cæcum apparaît sous forme d'un renflement situé sur le segment montant de l'anse dite ombilicale. De là, il se porte vers la fosse iliaque gauche puis obliquement vers la région sous-hépatique droite, enfin vers la fosse iliaque droite, terme ultime de sa course. Supposons un arrêt de cette migration au stade iliaque gauche, et voici l'appendice retenu à proximité des anneaux gauches. Je dois dire que cette disposition incriminée, reste jusqu'ici théorique ; jamais elle n'a été vérifiée, en cas d'appendicocèle gauche et, par contre dans l'un des cas d'appendicocèle gauche ; il est précisément stipulé que le gros intestin ne présentait aucune transposition Au total, les explications pathogéniques acceptées par les Morgagno-Listériens, ou celles émises par eux, demeurent sans doute valables pour un très petit nombre de faits, mais elles ne sauraient être généralisées.

* * *

L'étude des *lésions* a été l'objet de travaux spéciaux d'un haut intérêt. Commençons par la question du *sac*. Chose curieuse, après avoir démontré le constant enveloppement séreux du cæcum, à tort considéré jadis comme extraséreux, notion nouvelle entraînant comme conséquence celle de hernie cæcale avec sac complet, les Morgagno-Listériens n'ont guère étendu le bénéfice de cette importante découverte à l'appendicocèle, leur attention restant presque exclusivement fixée sur le cæcum lui-même. Bien plus, d'excellents mémoires récents se sont succédé coup sur coup au sujet de l'appendicocèle *extrasaculaire*. Or cette disposition existe certainement ; j'en relève des exemples indiscutables

(1) Cas d'appendicocèle siégeant à gauche, n°s 11, 33, 36, 40, 42, 49, 67, 78, 103, 104, 117, 121, 139, 192.

(2) Relevé des âges par catégories décroissantes de fréquence. 1° de 0 à 10 ans compris 40 cas ; 2° de 50 à 60 ans, 26 cas ; 3° de 40 à 50 ans, 24 cas ; 4° de 60 à 70 ans, 21 cas ; 5° de 20 à 30 ans, 11 cas ; 6° de 60 à 70 ans, 6 cas ; 7° de 10 à 20 ans, 5 cas.

dont voici les modalités : appendicocèle sans aucun sac, appendicocèle en dehors d'un sac, appendicocèle complètement ou partiellement inclus dans l'épaisseur d'un sac, (en général dans sa paroi postérieure), enfin appendicocèle faisant saillie sous forme de crête sur la paroi postérieure d'un sac, avec déplissement, étalement des deux feuillets du méso, devenu lui-même partie constituante du sac. Comment expliquer ces modalités ; l'anatomie serait-elle en défaut, maintenant que l'appendice passe pour complètement engainé de séreuse comme le cœcum ? Non, répondent les Morgagno-Listériens. D'ailleurs M. Tuffier (1) a repris ses recherches nécropsiques à cet égard ; et il a constaté, comme je l'ai vu du reste moi-même sur le vivant, la possibilité d'une exclusion sous séreuse du vermium. Rien d'étonnant dès lors si l'organe glisse sans ou sous un sac dans une hernie. Au surplus, le mécanisme de ce glissement a pu être bien suivi. Tantôt l'appendice glisse le premier dans, puis sous les anneaux, sans aucune participation du péritoine, ou au contraire avec une attraction secondaire de ce dernier en diverticule. Tantôt c'est le cæcum extraséreux qui s'engage tout d'abord, suivi de l'appendice, qui l'un et l'autre se dégainent, se décortiquent de leur séreuse réfractaire à la descente. Tantôt enfin c'est le côlon ascendant qui, dépourvu de péritoine sur sa face postérieure, donne le signal de la fuite, entraînant après lui le cœcum dont le fond bascule en haut, et l'appendice, qui tous deux se décoiffent progressivement de leur tunique séreuse, en la conservant en partie sous forme d'un diverticule sacculaire. Mais déjà nous voici dans les appendicocèles complexes, où la hernie du vermium n'est qu'un élément contingent. Ces notions sont parfaitement établies, je ne les conteste pas, seulement, je les considère non comme la règle, mais comme l'exception en ce qui concerne du moins l'appendicocèle au début. Ainsi, dans mon relevé, la disposition extra-sacculaire est mentionnée seulement 10 fois. Si même j'y ajoute quelques cas où le sac a disparu par un mécanisme que je crois différent de celui énoncé plus haut, je veux dire par symphyse inflammatoire, ou destruction post-appendicitique, la modalité extra-sacculaire partielle ou totale, dans l'appendicocèle, atteint à peine la proportion d'un quart des cas. Je ne saurais donc l'accepter comme étant la règle, malgré l'intérêt qui s'y attache et sa parfaite exactitude assez souvent. Concluons que l'appendice hernié siège généralement dans un sac. Ce sac est sec lorsqu'on intervient précocement. Il est rempli d'un exsudat séreux, clair, puis trouble, puis hémorragique, enfin purulent, sphacélique, fécaloïde quand se déclare l'appendicite en milieu herniaire. Bien plus, ce sac peut être double ou biloculaire, avec une loge spéciale pour le vermium et une autre en avant de celle-ci, constamment ou momentanément habitée par l'épiploon, où le grêle, par exemple, ou une anse de la fin de l'iléon.

Quant à l'appendice hernié, il est altéré. Voilà certes une donnée bien nouvelle, celle de l'*appendicite herniaire*, dont l'honneur de la découverte revient intégralement aux Morgagno-Listériens. Parcourons les observations, et nous arrivons à reconstituer toutes les étapes de l'infection vermiculaire : C'est d'abord une congestion inflammatoire. Le vermium est turgide, gros, comparé à un pénis en érection, de couleur rouge sombre ou violacée, ou lie de vin, ou noirâtre, ou ecchymotique, parsemée de stries vasculaires, ou panachée de marbrures, avec ou sans fausses membranes glutineuses, molles récentes ; avec ou sans gangue inflammatoire et épiploïque, sorte d'enveloppe protectrice ; avec ou sans adénite, précæcale. La musculeuse épaissie, infiltrée, friable, se déchire à la moindre pression des pinces à forcimorsure, s'étire, s'effile, puis se rompt sous les tractions. En dedans d'elle, la muqueuse gonflée, boursoufflée, s'exfolie ou même s'ulcère par endroits. Enfin la lumière, parfois interrompue par une oblitération complète, mais généralement perméable au stylet, transformée ou non en cavité close, s'encombre de mucus, de sang, de pus, de débris sphacéliques, le tout mêlé à des matières fécales liquides, à du méconium dans un cas, ou à des boulettes fécales. Exceptionnellement on est surpris d'y trouver un corps étranger exogène, épingle, arête de poisson, dent de lapin, fragment de bois, dont on peut suivre l'exode, comme celle d'ailleurs des concrétions stercorales, depuis la cavité appendiculaire jusqu'à la séreuse, puis les tissus herniaires préalablement organisés en cavité suppurante pour les recevoir. Quand on intervient tardivement, le vermium est sphacélé, sur une zone plus ou moins étendue de son trajet, sans relation avec le collet du sac : et plus tard encore la plaque sphacélique est perforée, plus ou moins largement avec issue de ses détritus dans toute la région contaminée. Mais l'appendicite, en milieu herniaire tout comme en milieu iliaque, comporte une gamme entière de modalités, depuis les plus bruyantes jusqu'aux simples inflammations sourdes et chroniques à répétition : c'est la pachyappendicite chronique plastique, avec adhérences solides, fibreuses autour de l'organe, ou au contraire l'appendicite chronique cantonnée à la seule muqueuse avec folliculites aiguës ou chroniques, ces dernières plus nettement appréciables par l'examen histologique.

De tels désordres s'accompagnent généralement d'une augmentation de volume de l'organe. Quand il est régulièrement tuméfié, la forme dans son ensemble demeure *cylindroïdale*. Mais souvent le renflement prédomine sur le corps seulement, affectant une disposition *ampullaire* limitée par deux sillons rétrécis ; ce qui a fait croire aux opérateurs qu'ils se trouvaient en présence d'une anse grêle étranglée. Ou enfin l'ectasie se limite à la pointe, donnant lieu à l'apparence d'une massue ou d'un « battant de cloche ». Ces modifications morphologiques sont parfois en relation avec la direction de l'organe. Si l'appendice prolabe en général en droite ligne, et *rectiligne*, il peut par contre rebrousser chemin, par *récurrence*, lorsqu'il est précédé du cæcum dans sa descente. Ou bien encore il se coude se tord sur place en s'enroulant de 1, 2, 3 tours selon son grand axe, disposition fâcheuse qui précipite le sphacèle par stricture du méso avec ses éléments vasculaires nourriciers. Enfin Maydl a insisté sur un mode d'engagement très particulier par le flanc, disposition *en anse*, en vertu de laquelle le corps seul de l'organe descend et s'infléchit, laissant ses deux extrémités dans la cavité abdominale.

Au point de vue du contenu herniaire, l'appendicocèle apparaît tout d'abord, pointe seule première ; puis plus tard pointe et corps ; puis pointe, corps et pied ; enfin appendice et fond du cæcum, cependant que le méso suit le mouvement pour faire partie du sac, se constituant en adhérence charnue naturelle, cause d'irréductibilité. Si les dimensions de la hernie le permettent, l'épiploon, chez l'adulte, vient combler les espaces vides. A côté de cette forme simple, nous devons main-

(1) TUFFIER. — *Revue de Gynécologie de chirurgie abdominale*, 1898-99.

tenant rappeler la forme complexe, dans laquelle c'est le cœcum qui prolabe le premier, escorté secondairement de l'appendice souvent récurrent — ou encore le colon ascendant donne le signal, glisse suivi du cœcum, de la portion terminale de l'iléon avec l'appendice très effacé au sein de tout ce complexus. En résumé, les Morgagno-Listériens ont ici fait œuvre nouvelle, en décrivant parfaitement l'appendicite herniaire. Si bien qu'actuellement la formule courante est : appendicocèle égale appendicite herniaire, suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique, formule à laquelle j'ai dû opposer cette autre : appendicocèle au début égale appendice sain. La divergence est absolue, mais s'explique très bien si l'on tient compte de la date d'intervention : les Morgagniens Listérisés opèrent à l'heure des accidents, et trouvent toujours des lésions d'appendicite en milieu herniaire. Nous intervenons, nous, avant toute complication, c'est-à-dire préventivement ; et nous trouvons des appendices sains. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Vers la découverte de la génération spontanée.

Les expériences de Stéphane Leduc.

Elle est de nouveau à l'ordre du jour cette passionnante question de la génération spontanée, qui mit jadis aux prises Pasteur, Pouchet et Joly et fut cause de la création d'une nouvelle science, la bactériologie, dont les grands progrès transformèrent la médecine et la chirurgie. Jusqu'à ces temps derniers, la génération spontanée était restée une hypothèse qu'il répugnait au biologiste d'abandonner et que le savant ne pouvait admettre sans observations nouvelles. Les recherches récentes de Herrera, de Mexico, de R. Dubois, de Lyon, sur les éobes, surtout celles de Burke, de Cambridge, sur les radiobes, laissaient pressentir que la conclusion négative de Pasteur n'était pas le dernier mot de la science et qu'elle ne devait s'appliquer qu'aux phénomènes que Pouchet et Joly soumirent à son rigoureux contrôle.

Un modeste et grand savant, professeur d'une école de médecine de province, M. le Dr Stéphane Leduc, de Nantes, vient de soumettre à l'Académie des sciences le résultat d'expériences qui éclairent les origines de la vie d'un jour tremblant.

M. Leduc a exposé ses découvertes dans une conférence sur les *bases physiques de la vie et la biogénèse*. Tout est simple dans ces expériences et pour fabriquer de la vie, le savant nantais n'a pas besoin du laboratoire de Faust, où Wagner, au milieu de cornues fantastiques et de grimoires confus, donne la vie à l'Homunculus devant Méphistophélès ébahi.

M. Leduc se borne à faire avec un peu d'eau, deux parties de saccharose et une de sulfate de cuivre, des granules, nous allions dire des graines, qu'il sème dans un milieu où elles pourront germer. Ce milieu est de l'eau où sont dissous 2 à 4 % de ferrocyanure de potassium, 1 à 10 % de sel marin et 1 à 4 % de gélatine.

La graine n'attend que quelques minutes pour germer, elle gonfle, s'étire, s'allonge. Une membrane de ferrocyanure de cuivre l'enveloppe, la saccharose qu'elle recouvre attire l'eau par osmose et la plante artificielle croît. Elle croît comme les algues marines formant de longues tiges simples ou ramifiées, pourvues de bourgeons qui se segmentent et forment de nouvelles cellules. Cette plante est sensible à la lumière, à la chaleur, à l'électricité, à certains poisons. Chez elle, un seul des phénomènes constitutifs de la vie n'a point été observé, c'est la reproduction, et qui oserait cependant affirmer qu'elle n'existe pas.

M. S. Leduc, qui est un homme prudent et qui livre ses expériences telles quelles sans en tirer de conclusions philosophiques, ne désespère pas cependant de découvrir encore d'autres facultés à sa nouvelle création. C'est que la fabrication de ces plantes extraordinaires n'est pas sa seule découverte.

Il a déjà fabriqué au moyen de solutions salines concentrées des cellules artificielles qui se segmentent et reproduisent exactement les transformations de l'ovule fécondé, il a vu certaines de ces pseudo-cellules se munir de prolongements ciliaires analogues à ceux des épithéliums vibratiles.

L'œuvre de M. Leduc ne se borne pas à ces trouvailles de haute biologie. Dans l'ordre pratique, on lui doit des expériences curieuses sur l'anesthésie et le sommeil électrique et sur l'ionisation, qui permettrait la pénétration sans les ions, des tissus, par les substances médicamenteuses. Ces expériences, qu'il a exposées dernièrement à Beaujon, dans le service de M. Tuffier, et à Broca, chez le Pr Pozzi, rentreront un jour dans la pratique et, à elles seules, suffiraient à la gloire de plus d'un maître.

Si l'Allemagne possédait un savant de premier ordre comme Stéphane Leduc, ses universités se disputeraient la gloire de l'attacher à leur corps professoral. Chaque foyer scientifique voudrait se parer de ce pur joyau. En France, M. Leduc restera dans sa ville de province, les Facultés lui seront fermées, car s'il a le mérite de la science, il ne possède pas le prestige de l'agrégation. A moins qu'un comité de savants étrangers ne le sacre grand homme et lui attribue un prix Nobel ! Alors, comme pour Curie, nous verrons l'enthousiasme, le délire, naître tout à coup ; il faudra toute la modestie du savant, ignoré la veille, pour mettre un peu de mesure au concert des flatteries de la presse naguère dédaigneuse et pour rappeler aux gouvernants que la science n'a rien de commun avec les hochets administratifs et les titres universitaires.

J. Noir.

La réforme des études médicales et les étudiants en médecine de Paris

Lundi 10 décembre, à 8 1/2 du soir, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés Savantes une réunion-conférence, organisée par l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris sous la présidence de M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Cette réunion-conférence (on avait voulu éviter le mot de meeting d'apparence tapageuse et subversive) devait être une imposante manifestation des étudiants guidés par leurs aînés, les médecins praticiens, contre le Certificat d'études médicales supérieures et pour la réforme de l'enseignement médical dans un sens pratique et utilement professionnel. Hâtons-nous de dire que cette manifestation a obtenu un grand succès. Plus de mille étudiants remplissaient la salle et c'est au milieu d'un silence religieux entrecoupé d'applaudissements enthousiastes, survenant à propos et sans tapage, à la fin des phrases les plus éloquentes, ponctuant les périodes les plus appréciées, que de nombreux discours ont été prononcés.

Que la Faculté se rassure, on n'a conspué personne ! Et cependant le procès de l'état actuel de l'enseignement médical a été sévèrement instruit. Quelques orateurs ont mis dans leurs discours une verve si mordante et une ironie si spirituelle qu'on aurait pu excuser chez les étudiants l'explosion de quelques lazzis. Cela n'eût pas manqué à notre époque, mais nos jeunes camarades d'aujourd'hui sont devenus sérieux et sages. Ils ont fait preuve d'un état d'esprit qui donne à réfléchir sur ce que pourra cette jeunesse instruite quand demain elle apportera son appoint à l'évolution de la société moderne. Cependant les journaux du jour relataient encore les tumultes de l'Ecole de médecine, les actes de vandalisme qu'on y avait commis et qui avaient nécessité la fermeture de l'Ecole pratique. Aussi, nous demandons-nous si ce sont bien les étudiants en médecine qui se sont livrés aux tapages de ces derniers jours et si tout ce bruit n'était pas adroitement et mystérieusement provoqué.

De nombreuses personnalités médicales étaient venues à la conférence. M. le Dr Gairal, au fauteuil de la présidence, était assisté de M. le Dr Reymond, sénateur ; de MM. les Drs Dubuisson et Meslier, députés ; de MM. Rotillon, président du Syndicat des médecins de la Seine, et Hirtz, médecin des hôpitaux. Derrière eux, sur l'estrade, étaient MM. Rénon, Lepage, Carnot, agrégés à la Faculté, Béclère, Mosny, Rist, médecins des hôpitaux ; MM. Jeanne, Diverneresse, du Concours médical, Granjux, de Grissac, Noir, de l'Union des Syndicats médicaux de France, Vimont, Leredde, Vallat, Foveau de Courmelles, du Syndicat des médecins de la Seine, etc.

Après une courte allocution, où M. Gairal a remercié les étudiants qui ont bien voulu lui faire l'honneur de présider cette réunion comme représentant autorisé de la plus importante association de défense médicale, il a été donné lecture des lettres d'excuses de MM. les sénateurs Pozzi et Pédebidou, ce dernier retenu dans le Midi par une maladie que nous espérons peu grave ; de M. Marcel Durand, le dévoué et éloquent défenseur du Corps médical au Conseil général de la Seine; de M. Lereboullet, secrétaire général de l'Association des médecins de France, qui regrette de n'avoir pu se rendre à la réunion; de MM. Huchard et Variot, qui avaient promis les premiers leur concours et avaient dû au dernier moment se rendre, affirment-ils, à des exigences d'ordre professionnel. Il est vrai que M. Huchard avait remplacé son discours par un morceau d'éloquence épistolaire, d'un feu tout juvénile, qui a fortement fait regretter son absence.

M. Tilloy, de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, a exposé à ses camarades le but de la réunion, leur a indiqué toute son importance, a montré le lien de plus en plus solide qui unit les étudiants et les praticiens. L'Association corporative, où les étudiants sérieux et conscients se groupent dans un but d'utilité professionnelle, est en quelque sorte, le vestibule des Syndicats médicaux. Il lit ensuite la longue énumération des groupements d'étudiants des diverses Écoles et Facultés de médecine de France qui assurent leurs camarades de leur solidarité et de leur concours contre le Certificat d'Etudes médicales supérieures et pour la réorganisation de l'enseignement.

Avec M. le Dr Coppens, de Lille, commence la critique sévère du système actuel et surtout l'exposé des conséquences déplorables qu'aurait le Certificat d'études médicales s'il était appliqué.

M. Rist, médecin des hôpitaux de Paris, qui lui succède, obtient un grand et légitime succès. C'est avec un talent consommé que M. Rist sait manier l'ironie, cette arme si dangereuse et toute française qui donne un réel attrait aux tournois de la parole et de la plume. Il provoque d'unanimes applaudissements quand il s'attache à démontrer toute sa filiale affection pour cette antique Faculté de Paris, l'*Alma Mater*. Cette vieille grande dame possède, affirme-t-il, pour éclairer ses étudiants de massives et précieuses lampes.

Ah ! ces lampes ! elles ont des clartés bien différentes, mais on peut les améliorer sans les détruire, et c'est ce qui est rassurant. Quelques-unes, déjà munies de bougies électriques, jettent un éclat des plus vifs, un grand nombre brûle encore le pétrole qu'employaient nos mères, quelques-unes ont conservé le système à l'huile, chère à nos aïeules et restent de fumeux quinquets. Conservons précieusement, dit M. Rist, ces belles et vieilles lampes à l'aspect si noblement décoratif, mais transformons-en l'éclairage, mettons-y l'électricité.

Et l'orateur termine en montrant qu'on aurait tort, dans une réorganisation, de repousser les travaux de laboratoire, car bien enseignés, ils enrichissent les méthodes cliniques.

M. Hirtz prend alors la parole. Il traite de la liberté du stage pour les étudiants ; il montre tout l'avantage qu'il y aurait à laisser chacun choisir son maître.

Il ne faut pas que quelques chefs de service bien vus à la Faculté accaparent l'enseignement clinique qui, en pratique, devient à peu près nul à cause du trop grand nombre d'élèves qui se pressent autour des malades. M. Hirtz remercie notre confrère Marcel Durand, qui a fait émettre par le conseil général le vœu que les stagiaires soient répartis par groupes de dix dans chaque service hospitalier.

Au cours de sa conférence, M. Hirtz a fait l'intéressant historique du projet de création de Faculté de médecine municipale qui fut sur le point de se réaliser.

La Faculté actuelle, alors très émue, fit intervenir le Pr Potain auprès de tous ceux qui auraient pu donner un concours brillant à cette fondation nouvelle appelée à l'éclipser ; M. Potain était aimé, vénéré, il fit appel aux sentiments confraternels, et le projet échoua.

M. Mosny, médecin des hôpitaux, a insisté à son tour sur la nécessité du petit nombre des stagiaires attachés à un service , il n'y a pour lui qu'un enseignement efficace en médecine, comme dans tous les arts, c'est l'enseignement individuel. M. Leredde, le secrétaire général du Comité d'organisation du prochain Congrès des praticiens, lit à la suite un projet de réformes pratiques de l'enseignement, et M. Rénon, agrégé à la Faculté et membre du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, trace les lignes générales d'un

plan de réorganisation des études où tout doit tendre à apprendre au futur médecin à soigner, à soulager à réconforter les malades. Il a insisté sur le rôle social de plus en plus important que doit remplir le médecin et qu'on doit lui apprendre à l'Ecole.

L'apparition du Dr Doyen à la tribune provoque une véritable sensation. M. Doyen expose un projet clair et précis qui recueille l'approbation générale. Pour lui, le P. C. N. est nécessaire, mais il doit être rendu plus utile. C'est en somme l'examen d'entrée à l'Ecole de médecine examen qui doit se substituer à l'ancien baccalauréat. Il suffirait, pour qu'il ait une réelle valeur, d'exiger pour ceux qui l'enseignent le grade de docteur en médecine et de leur demander dans l'enseignement des sciences accessoires de faire la part la plus grande aux applications médicales de ces sciences.

Une fois pourvu du P. C. N., l'étudiant doit dès le premier jour recevoir un double enseignement : l'enseignement clinique à l'hôpital, l'enseignement des sciences non cliniques à l'Ecole ou plutôt dans les laboratoires de l'école car il n'y a pas en dehors de l'observation et de l'expérience, d'enseignement vraiment scientifique. L'enseignement clinique doit se faire dans tous les services hospitaliers organisés, officiels ou non, pourvu que ceux qui dirigent ces services soient en mesure de le donner.

M. Doyen démontre la nécessité pour le praticien de campagne de connaître les spécialités au moins dans leurs éléments, et comme la technique de ces spécialités ne s'apprend que par la pratique, il juge nécessaire de placer des stagiaires dans les cliniques privées de la ville, les hôpitaux n'ayant pas de services suffisants pour assurer l'éducation technique de tous les élèves. Ces professeurs de cliniques diverses ne recevraient aucun traitement, la réputation qu'ils acquerraient du chef de leur enseignement suffirait à les dédommager de leurs peines et on trouverait le moyen de les récompenser d'une façon détournée qui sera exposée peu après au sujet des examens.

Les professeurs qui enseigneraient à l'école les sciences autres que la clinique seraient des professeurs de carrière qui n'auraient pas le droit d'exercer. Comme leur enseignement consisterait en travaux pratiques, ils cumuleraient les fonctions et les appointements de professeur et de chef des travaux, ce qui, sans grever le budget, leur donnerait des honoraires convenables. Ces honoraires seraient accrus par les cours payés que ces professeurs de carrière seraient autorisés à faire.

Les professeurs de clinique tiendraient une place prépondérante dans les jurys d'examen et, par un jeton de présence assez fort pour chaque examen, on pourrait aussi reconnaître pécuniairement les services qu'ils rendraient en instruisant leurs élèves.

Après M. Doyen, M. Berthod a remercié les étudiants de leur admirable tenue et les a engagés à continuer de mener sans faiblesse la lutte contre la routine et le mandarinat de l'enseignement officiel.

Enfin M. Lafontaine, au nom de l'Association corporative, a remercié dans une éloquente improvisation les orateurs et déposé l'ordre du jour suivant :

Les médecins praticiens et les étudiants en médecine, réunis au nombre de mille environ à l'hôtel des Sociétés savantes, le 10 décembre 1906, sous la présidence du docteur Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France, assisté des docteurs Reymond, sénateur ; Dubuisson et Meslier, députés ; se déclarent résolus à poursuivre énergiquement la campagne engagée pour obtenir :

1° La suppression pure et simple du décret du 25 juillet 1906 instituant le Certificat d'études médicales supérieures ;

2° La nomination d'une commission de réforme des études médicales composée par moitié de médecins praticiens et étudiants membres de groupements médicaux, et moitié de professeurs des facultés de médedine ; félicitent le docteur Marcel Durand de son heureuse initiative au Conseil général de la Seine et s'unissent à lui pour demander la liberté absolue du stagiaire de choisir son stage parmi tous les services des hôpitaux de Paris.

M. Gairal, président, a mis cet ordre du jour aux voix. Il a été adopté à l'unanimité.

Avant de lever la séance, le Président a tenu à féliciter les étudiants du calme et de la dignité dont ils ont fait preuve au cours de cette réunion, où cependant tant de questions passionnantes ont été agitées. Cette manifestation sérieuse, preuve d'une résolution froide et forte, fera impression en haut lieu ; elle est d'un bon augure pour le succès prochain des revendications médicales.

La sortie s'est effectuée dans l'ordre le plus absolu. Entre les portes nous avons entendu dans la bouche d'un vieux praticien, qu'émouvait encore le souvenir du désordre qui, trop souvent, règne aux assemblées générales de nos groupements professionnels, la réflexion suivante : « C'est désormais chez les jeunes gens et à l'Association Corporative des Etudiants, que nous irons prendre des leçons de tenue, de calme, de courtoisie et de dignité. ».

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1906.

Recherches expérimentales sur les troubles thermiques dans les cas de privation absolue de sommeil.

M. N. Vaschide a étudié, comme suite à ses recherches sur le sommeil, les troubles thermiques provoqués par la privation absolue de sommeil.

Chez 16 infirmières divisées en quatre groupes de quatre, la température axillaire prise après les nuits d'insomnie fut plus basse en moyenne dans chaque groupe de 0°4, 0°5, 0°3, 0°9 que la température prise à la même heure après les nuits de sommeil.

Chez trois autres sujets et chez lui-même, la température rectale, buccale, axillaire, prise après une nuit d'insomnie, a donné un abaissement variable, mais ne dépassant guère pour une première nuit 0°9.

L'abaissement est plus considérable pour la température périphérique que pour la température rectale. Enfin la privation prolongée de sommeil détermine de la fièvre.

Chez les malades, on n'observe l'abaissement thermique que lorsque l'insomnie est complète, mais nullement après un sommeil même léger et entrecoupé de périodes de veille. Le premier effet du sommeil est donc d'entretenir l'équilibre thermique de l'organisme.

Recherches expérimentales sur les lésions des centres nerveux consécutives à l'insolation.

M. Marinesco. — On sait que les expériences de MM. Laveran et Regnard ont confirmé le fait déjà établi par Cl. Bernard.

que la mort survient chez l'homme et les animaux supérieurs quand la température du milieu intérieur atteint 45 ou 46°. De son côté, dans le but d'élucider le mécanisme de la mort par insolation, l'auteur a, pendant l'été, exposé au soleil de jeunes animaux : chiens, chats, lapins, cobayes, qui ont succombé au bout d'une heure en moyenne, avec une température rectale atteignant 47°

Les centres nerveux étaient congestionnés, et, en outre, l'examen microscopique y montra constamment des altérations profondes de leurs éléments ; dissolution des éléments chromatophiles, désintégration granuleuse des neuro-fibrilles, cytolyse, etc. C'est l'arrêt de la vie élémentaire des cellules et notamment des cellules nerveuses de l'animal qui paraît entraîner la mort. C'est l'hyperthermie qui parait jouer le rôle principal dans la production de ces altérations, car chez des animaux morts avec une température de 46° à 47°, après un séjour à l'étuve de trois quarts d'heure à une heure, l'auteur a constaté des lésions analogues à celles de l'insolation, un peu moins accusées cependant.

Séance du 3 décembre 1906

L'anthracose pulmonaire d'origine intestinale.

MM Calmette, Vansteenberghe et Grizez. — En présence des critiques que certains auteurs, notamment Remlinger, Basset, Küss et Lobstein ont formulées contre les conclusions des auteurs relativement à la pathogénie de l'anthracose pulmonaire, ceux-ci ont tenu à renouveler leurs expériences sur un lot de cobayes adultes maintenus depuis plusieurs semaines à l'abri des poussières charbonneuses. Un tiers de ces animaux furent sacrifiés ; leurs poumons ainsi que les ganglions mésentériques étaient indemnes.

Un deuxième tiers fut soumis à des séances d'inhalation de durée variable dans une chambre identique à celle qu'ont utilisée MM. Küss et Lobstein, et où la fumée était produite par une lampe à essence de térébenthine.

Enfin le dernier tiers reçut, soit à la sonde œsophagienne, soit par ingestion avec des éléments pâteux, soit encore directement, après laparotomie, dans le péritoine ou dans une anse intestinale, des quantités d'encre de Chine variant de 5 à 20 cc.

Les animaux du deuxième groupe sacrifiés par section du cou, immédiatement après une séance d'inhalation de trente minutes à une heure présentaient constamment des amas de noir dans le pharynx et dans la trachée, jusqu'aux ramifications des grosses bronches. Si la séance était prolongée plus longtemps, les particules de noir pénétraient dans les alvéoles pulmonaires, mais ne se montraient jamais à la face interne de la plèvre, ni dans le parenchyme.

Par contre, chez les animaux du troisième groupe, l'examen microscopique montrait que les grains colorés étaient inclus dans de grosses cellules localisées dans les cloisons interalvéolaires et sous la plèvre ; il n'en existait aucun dans les alvéoles ni dans les bronches. Les animaux les plus atteints étaient ceux qui avaient reçu l'encre de Chine dans le péritoine ou dans une anse intestinale.

Chez le lapin, bien que les ganglions mésentériques retiennent plus énergiquement les granulations, on réussit cependant souvent à provoquer l'anthracose par ingestion.

Enfin les animaux qui n'ont subi qu'une séance d'inhalation ou n'ont reçu qu'un repas à l'encre de Chine, éliminent en deux ou trois jours le noir accumulé dans leurs poumons.

Il ressort de ces expériences que, chez les cobayes adultes, on doit à côté de l'anthracose d'origine respiratoire et purement mécanique, admettre la réalité de l'anthracose physiologique d'origine intestinale. Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er décembre 1906.

Bacille de Ruediger.

M. Louis Martin rappelle les observations d'angine faites en 1903 par Ruediger, angines secondaires à la scarlatine, à la rougeole et aggravées par les injections de sérum antidiphtérique. Il isola un bacille qu'il appela pseudo-diphtérique et qui tuait les cobayes sans lésions des capsules surrénales et put préparer avec eux un sérum actif contre ces infections. Alice Hamilton reprit et compléta ces expériences, et ce sont les échantillons soumis par elle qu'a étudiés l'auteur : morphologiquement ils ont l'aspect du coli et ne prennent pas le Gram. Le bacille Ruediger-Hamilton n'est donc pas pseudo-diphtérique et ne saurait se confondre avec le bacille de la diphtérie et n'entame ni la bactériologie, ni la sérothérapie diphtérique.

Dépenses en albuminoïdes dans la grossesse.

M. Maurel qui a déjà étudié les dépenses en calories des cobayes pendant la grossesse présente deux notes sur les recherches en albuminoïdes. Il conclut que :

1° Les substances albuminoïdes, comme les aliments évalués en calories diminuent du commencement à la fin de la grossesse.

2° Au début la ration dépasse la ration d'entretien pour arriver à l'égaler à la fin.

3° Les albuminoïdes pris en excès au début sont mis en réserve, et probablement participent à la constitution du fœtus.

Saignée séreuse et pleurésie tuberculeuse.

M. F. Montier conclut que les variations des globules sanguins accompagnent la dilution ou la concentration de la masse sanguine. L'hyperglobulie n'est pas en rapport direct avec la quantité de liquide soustrait. La saignée séreuse ne modifie ni la quantité, ni la qualité des leucocytes ; les globules rouges augmentent plus ou moins vite après la saignée, mais souvent transitoirement, ils peuvent atteindre un chiffre élevé. La guérison s'accompagne d'hypoglobulie. Tant que le taux des globules rouges est élevé, le liquide est en voie d'accroissement ou stationnaire. Certaines hypoglobulies dépendent de la nature hémorrhagique du liquide.

Constituants colloïdes du sang.

M. Iscovesco a étudié le sang privé de sels et de globules, dans le champ électrique il y a trouvé un pigment électronégatif : l'hémoglobine est électro-positive ; le pigment de sérum, comme le pigment biliaire et urinaire est donc électro-négatif.

Pancréastectomie expérimentale.

MM. Lesné et Dreyfus ont enlevé le pancréas à 19 chiens dont 11 ont eu de la glycosurie jusqu'à la mort survenue par éventration ou consomption. Le diabète est constant si la pancréastectomie est totale.

Activité cytopoiétique du sang.

M. Paul Carnot a étudié des hémastopoiétiques qu'il considère comme une variété des cytopoiétines. Il les a retrouvées au cours de la génération du rein, des capsules surrénates, du foie, du pancréas.

Pathogénie de l'anthracose.

M. Basset après avoir conclu que l'anthracose pulmonaire n'est pas d'origine alimentaire chez le lapin en reste aussi assuré pour le cobaye. Avec l'encre de Chine, comme avec le carmin les cobayes et les lapins ont été réfractaires.

Mme Edwards-Pilliet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre.

Fractures bimalléolaires.

M. Kirmisson a observé 15 fractures de Dupuytren, vicieusement consolidées. Dans 12, le pied était déjeté en dehors ; chez deux, il y avait ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne ; le dernier, enfin, avait le pied rejeté en arrière. Ces cas prouvent que la fracture bimalléolaire constitue un accident plus sérieux qu'on ne l'admet généralement.

M. Felizet insiste aussi sur la gravité de ces fractures, et est d'avis que sa réduction doit toujours être faite sous chloroforme.

M. Demoulin attire l'attention sur l'importance de l'entorse des articulations calcanéo-astragalienne et médio-tarsienne

dans les fractures bimalléolaires. A cause de ces entorses, il arrive que, même après une consolidation idéale de la fracture, il y a gène des mouvements d'abduction et d'adduction du pied.

M. Sieur soutient que le grand facteur de gravité des fractures bimalléolaires réside dans les lésions de la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne : c'est à ces lésions que sont dûes les déviations en dehors du pied. Aussi recommande-t-il d'appliquer, par-dessus l'appareil plâtré, un appareil de Dupuytren qu'on devra laisser en place 24 heures.

Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre.

Résultats anatomiques de l'opération de Talma constatés par laparotomie faite en vue du drainage biliaire pour ictère polycholique.

M. Le Gendre présente un malade à qui l'on a fait il y a trois ans l'opération de Talma pour cirrhose et qu'on laparotomisa pour faire le drainage des voies biliaires, le traitement médical de l'ictère chronique par polycholie, cause d'un prurit intense et intolérable, ayant échoué. Le drainage biliaire ne put être fait et néanmoins l'ictère disparut. L'omentopexie avait produit un tel développement des veines de la paroi qu'on fût obligé de refermer la paroi. Après quelques jours de dépression profonde une amélioration se produisit et on assista à une véritable résurrection. Le prurit disparut et le malade va maintenant tout à fait bien. M. Le Gendre conclut des faits observés : 1° que l'omentopexie réalise parfaitement la circulation collatérale entre la veine porte et la veine cave, qu'on cherche à obtenir dans le cas de cirrhose ; 2° l'amélioration de l'ictère dans le cas présent n'est pas due à une influence psychique, ni à la décompression brusque d'un canal hépatique, mais on peut admettre que l'hémorrhagie séreuse joua le rôle d'une saignée, qui régularisa la circulation sanguine intrahépatique. L'avenir montrera, si cet effet heureux sera permanent. Le voisinage biliaire devra toujours être pratiqué dans des cas semblables et néanmoins le résultat par cette simple saignée involontaire mérite d'être retenu.

Syndrome de Brown-Séquard par lésion de la moelle cervicale.

M. Ferrand montre une malade qui présenta le syndrome de Brown-Séquard incomplet : hémiplégie motrice pas absolue avec hémianesthésie croisée complète, paralysie du muscle de Muller et de toute l'innervation sympathique de l'œil, troubles iriens. La lésion qui provoque ces phénomènes est par conséquent une hémisection incomplète de la moelle cervicale au niveau du centre ciliospinal.

Myxœdème et infantilisme réversif.

M. Gauvy présente deux hommes, 46 et 33 ans, atteints autrefois de myxœdème, offrant le caractère de l'infantilisme réversif, c'est-à-dire non un arrêt de développement mais un retour à l'état prépubère notamment en ce qui concerne les organes génitaux et des caractères sexuels secondaires sous l'influence myxœdémateuse. Ces cas sont rares.

M. Laignel-Lavastine et M. Lortat-Jacob ont rapporté un cas de syndrome radiculaire du membre supérieur d'origine pottique.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 décembre 1906. — Présidence de M. Desnos.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu, mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels. Bulletin de la Société académique de Brest, 1904-1905.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Bourneville, directeur du *Progrès médical*, annonçant qu'il accepte l'abonnement trimestriel à partir du 1er janvier 1907. 2 Lettre de candidature au titulariat du Dr René Tissier, 13, rue de Mézières. Parrains : MM. Ad. Tissier et Leudet.

M. Dubar donne des renseignements sur les démarches en cours auprès du Conseil d'Etat : tout fait espérer qu'une solution favorable relativement aux nouveaux statuts sera obtenue à bref délai.

La Société, en conséquence, décide d'ajourner le banquet annuel de janvier et d'attendre, pour lui donner plus d'éclat, la réunion officielle des trois Sociétés. Le secrétaire général est chargé d'aviser les deux Sociétés similaires.

M. le Secrétaire général donne lecture de la communication de M. Marie: **Eunuchisme et érotisme** (*sera publié*).

M. Christian s'étonne que ces eunuques, avant la puberté, puissent avoir des désirs vénériens. Il rappelle que certains eunuques turcs ont néanmoins des harems.

M. Desnos croit que les désirs existent en effet si la castration a été faite peu de temps avant la puberté. Le fait extraordinaire provient surtout de la castration aussi radicale qu'a subie le Soudanais présenté dans l'observation.

La castration n'est pas toujours aussi complète, surtout chez les Turcs, où elle ne porte que sur les testicules.

Quant au développement de la prostate et des vésicules, elle s'explique facilement avec la précocité du développement des organes génitaux chez certaines peuplades nègres.

M. Berne communique son travail : **De l'hyperostose de l'extrémité inférieure de l'humérus comme cause de certaines ankyloses du coude.** (*sera publié.*)

M. Coudray. — La communication de M. Berne appelle l'attention sur l'un des points les plus importants du traitement des fractures chez les enfants, car dans l'un de ses cas, il semble bien avoir eu affaire à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. La fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus est très fréquente chez les jeunes sujets, particulièrement vers l'âge de 5 à 6 ans. Ces fractures jouissent de la mauvaise réputation d'être difficiles à réduire et de laisser à leur suite des déformations et des raideurs graves ; les faits de M. Berne viennent à l'appui de cette manière de voir.

L'hyperostose dont nous parle M. Berne est sans doute la cause de ces raideurs allant presque jusqu'à l'ankylose. A quoi est-elle due ? En second lieu comment peut-on y remédier ? Cette hyperostose ou cal exubérant est facile à comprendre ; elle est même fatale dans les fractures en question quand elles ne sont pas réduites ou même quand elles sont insuffisamment réduites. Je fais passer sous vos yeux une radiographie d'une fracture de ce type, fracture observée par moi chez une fillette de cinq ans dont j'ai relaté l'histoire il y a quelques années (*Journal des rayons X*, 19 mars 1898). Sur cette épreuve on lit : 1° que le fragment supérieur fait une forte saillie en avant, du côté du pli du coude ; 2° que le trait de fracture est très oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; 3° que le fragment inférieur est porté en arrière, conservant ses rapports avec l'olécrâne.

Sur la même radiographie, il est facile de lire que, dans la flexion de l'avant-bras sur le bras, l'olécrâne viendra butter contre l'extrémité du fragment supérieur. Or, au bout de quelques jours, le cal périphérique dû au périoste très proliférant chez les jeunes sujets va ajouter son ossification nouvelle à la saillie du fragment supérieur, et contribuer encore à la limitation du mouvement.

Il faut donc à tout prix réduire ce fragment supérieur, le faire disparaître du pli du coude. Pour faciliter cette réduction et la rendre complète, je suis d'avis d'employer le chloroforme systématiquement. Quelques grammes suffisent pour amener une anesthésie de dix minutes chez de jeunes enfants ; on a ainsi le temps très suffisant pour faire les manœuvres de réduction sans avoir à lutter contre la douleur, la résistance inévitable du petit malade. L'enfant étant donc endor-

mi, on exerce une forte traction sur l'avant-bras pendant qu'un aide fait la contre-extension sur le bras. J'insiste à dessein sur l'expression de *forte traction*, car cela est nécessaire même chez un enfant de cinq ans pour amener la réduction. Cette traction ayant été faite dans l'extension du membre, on refoule avec le pouce le fragment supérieur pendant qu'on fléchit l'avant-bras. Si cette flexion ne s'opère pas franchement et d'une manière complète, il faut sans hésiter exercer de nouvelles tractions. On arrivera ainsi à réduire la fracture. Les deux signes de la réduction sont, d'une part, la possibilité de fléchir l'avant-bras au maximum sur le bras, et d'autre part la disparition de la saillie du fragment supérieur au niveau du pli du coude. Ce dernier signe a une telle importance qu'il ne faut pas hésiter, même plusieurs jours après l'accident ou après une première réduction, à faire de nouvelles manœuvres pour le faire disparaître du pli du coude, lorsque l'on constate encore la présence de la saillie osseuse au pli du coude. C'est ce que j'ai fait dans l'observation dont j'ai parlé plus haut, et le bon résultat obtenu a été la conséquence de cette manœuvre.

Ainsi, sans nier qu'une ossification exagérée, anormale, expliquée par l'activité du périoste chez les jeunes sujets, puisse dans quelques circonstances donner naissance aux hyperostoses qui ont nui si fort aux malades de Berne, malades qu'il a vus trop tardivement pour pouvoir leur donner un secours très efficace, je pense que la cause habituelle de ces hyperostoses est l'absence de réduction de ces fractures ou leur réduction très incomplète.

J'ai fait allusion plus haut à l'opinion des auteurs déjà anciens sur ce point particulier ; j'y reviens, car je ne voudrais pas paraître exagérer la difficulté de cette réduction, ni les détails que je crois devoir donner au sujet de cette réduction. Ainsi Coulon, qui fit, en 1861, une thèse restée classique sur les fractures des enfants, dit que dans l'un des deux cas qu'il cite, il n'y a pas eu de réduction du fragment inférieur, cependant, ajoute-t-il, l'enfant avait été soigné à l'hôpital par un chirurgien habile. Giraldès, dans ses cliniques de 1869, insiste sur les erreurs fréquentes de diagnostic causées par ces fractures ; il attribue aimablement à ses jeunes collègues un certain nombre de ces erreurs. « Ici même, écrit-il, dans dif- « férentes absences, j'ai été suppléé par des chirurgiens qui « ayant affaire à ces sortes de traumatismes crurent qu'il y « avait des luxations et firent des tentatives inutiles de réduc- « tion ».

En dehors des difficultés de réduction reconnues par tous, on a signalé des complications nerveuses et vasculaires à la suite de ces fractures. Ici même, il y a quelques années, j'ai présenté un cas dans lequel une de ces fractures, bien réduite dans le tiers antéro-postérieur, présentait une saillie pointue du bord interne du fragment supérieur en forme d'épieu menaçant la peau. Les mouvements articulaires étaient normaux. La résection de cette épine osseuse rendit le résultat final parfait.

Au résumé, la fracture sus-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les jeunes enfants mérite une attention spéciale ; il faut la réduire coûte que coûte, avec le chloroforme et recourir au bout de quelques jours à de nouvelles manœuvres si le palper et la radiographie permettent des doutes sur la réduction première.

M. Berne. — Les deux jeunes sujets ont été soignés en province et abandonnés à des masseurs ignorants, et le massage fait trop tôt a amené une excitation du périoste qui a conduit à l'exostose. Il faut alors intervenir par une résection du coude.

M. Le Fur présente à la Société un fascicule d'un traité de chirurgie en cours de publication, où il a été chargé de rédiger tout ce qui concerne les affections des voies urinaires.

Renouvellement du bureau.

Pour se conformer aux anciens statuts actuellement en vigueur, la Société procède à l'élection des membres de son Bureau pour 1907.

Résultats du scrutin.

1° M. Berne, vice-président sortant, est nommé président à l'unanimité (18 voix).

2° M. Coudray, membre du Comité de publication, est nommé vice-président par 18 voix contre 1 bulletin blanc.

3° M. Buret, secrétaire-général sortant, est nommé par 18 voix contre 1 donnée à M. Dubar.

4° MM. Mortier et Vian, secrétaires annuels sortants, sont nommés à l'unanimité (18 voix).

5° M. Mouzon, archiviste sortant, est nommé par 17 voix contre 2 bulletins blancs.

6° M. Desnos, président sortant, et M. Christian, ancien président, sont nommés Membres du Conseil d'Administration par 19 voix contre un bulletin blanc.

7° Pour le comité de publication, ont obtenu : MM. Millée, Dhomont et Albert-Weil, 17 voix; M. Le Fur, 16 voix, 1 bulletin blanc.

MM. Berne, Coudray et Buret adressent quelques mots de remerciement à leurs collègues.

Le Bureau pour l'année 1907, est ainsi constitué :

Président : M. Berne — *Vice-président* : M. Coudray. — *Secrétaire-général* : M. Buret. — *Secrétaires annuels* : MM. Mortier et Vian. — *Archiviste*: M. Mouzon. — *Trésorier* : M. Monel.

Conseil d'administration : MM. Desnos et Christian, assistant le bureau.

Comité de publication : MM. Millée, Dhomont, Albert-Weil et Le Fur, assistant le secrétaire-général.

La séance est levée à 6 heures 20.

Le secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire annuel,* Vian.

SOCIETE DE MEDECINE ET DE CLIMATOLOGIE DE NICE

L'Assemblée générale extraordinaire du 1er décembre 1906 a émis l'ordre du jour suivant :

La Société de Médecine et de Climatologie de Nice, considérant que les modifications apportées aux Statuts des Congrès de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine lors du Congrès tenu en 1906 à Arcachon enlèvent, par une centralisation extrême, toute initiative aux Sociétés médicales et aux médecins des régions où ont lieu les congrès, considérant que ces Sociétés et ces médecins paraissent mieux placés que tous autres pour déterminer les sujets des rapports et donner tout au moins des indications sur le choix des rapporteurs éventuels ; considérant que les sujets des rapports une fois fixés et les rapporteurs une fois désignés en dehors de toute participation des groupements et des médecins des régions intéressés, il ne leur incombe plus qu'un rôle dépourvu de tout intérêt scientifique ;

Pour ces motifs, La Société de Médecine et de Climatologie de Nice réunie en Assemblée générale extraordinaire, proteste à l'unanimité contre l'exclusion complète dont elle est l'objet dans l'organisation du IIIe Congrès de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine, et dit à l'unanimité qu'elle ne saurait, dans ces conditions, lui accorder son concours moral et financier.

Traitement par l'eau froide des hémorroïdes enflammées.

Contre les hémorroïdes enflammées, on peut avoir recours soit aux lavages très chauds, soit, au contraire, aux applications froides et même glacées. Les premiers n'exercent d'action décongestionnante qu'à condition d'être de courte durée les secondes ne sont efficaces que si elles sont prolongées, ce qui souvent est gênant pour le malade. Or M. Halbhuler (*Wiener med. presse*) recommande pour le traitement des hémorroïdes par l'eau froide un procédé relativement très facile à mettre à exécution sans entraver sérieusement les occupations habituelles du malade. Il consiste à faire arriver sur les tumeurs hémorroïdaires, pendant deux ou trois minutes de l'eau d'un robinet (directement si possible, ou en la dirigeant au moyen d'un tube en caoutchouc) et de répéter ces irrégations, plusieurs fois de suite, à des intervalles d'un quart

d'heure. Deux séances prolongées sont nécessaires, l'une au lever, l'autre au coucher. Après chaque lavage, ainsi qu'après chaque série d'irrigations, un tampon de coton gros comme une noix et imbibé d'eau froide est tenu appliqué sur la région anale ; on la renouvelle aussi souvent que faire se peut.

Enfin, il est indispensable de laver la région anale après chaque défécation; sous l'influence de ce traitement si simple la cessation des démangeaisons et la diminution des tumeurs hémorroïdaires ne se sont jamais fait attendre dans l'observation de l'auteur. En trois ou cinq jours l'amélioration est telle que les malades s'en déclaraient pleinement satisfaits. Ce résultat aurait même été obtenu dans des cas déjà destinés à la cure chirurgicale. (*Gaz. des hopitaux*, 12 juin.)

Nous employons un traitement analogue à Bicêtre, à la Fondation Vallée et à l'Institut médico-pédagogique pour les hémorroïdes, pour les chutes du rectum et même pour le gâtisme. Nous employons tantôt la douche ano-périnéale, tantôt la douche en jet, bien élargi en éventail. Le tronc du malade est incliné, les fesses écartées avec soin. Lorsque la douche est bien administrée, le malade est vite soulagé et la guérison ne se fait pas attendre longtemps. B.

REVUE CHIRURGICALE

Rédacteur spécial : M le Prof. L. LONGUET (de Rouen).

I. — **La méthode italienne appliquée aux restaurations de la face** ; par M. le Prof. BERGER. (Extrait du 18e Congrès, secrétariat de l'Association, 21, boulevard Haussmann, Paris, 1905.)

A) HISTORIQUE.— Imaginée, exécutée par Antoine Branca, les Bojani, Taliacot (de Bologne), dont la renommée en matière de rhinoplastie, répandue jusque dans le nord de l'Europe, fut égale à celle d'une magie, « la magia tropacensium », l'autoplastie par transplant de téguments empruntés à une région éloignée, avec conservation du pédicule nourricier pendant une quinzaine de jours, devint une véritable méthode chirurgicale grâce à l'Italien TAGLIACOZZI, dont l'ouvrage intitulé *De curtorum chirurgia per incitionem* ou chirurgie des raccourcis, vulgarisant les principes tirés de l'expérience de l'auteur et de celle de ses devanciers, mérite les honneurs exceptionnels que ses concitoyens décernèrent à cet opérateur, ainsi que le titre incontesté de père de la méthode qui porte encore aujourd'hui son nom. De 1816 à 1834, l'Allemand Ferdinand Carl GRAEFE modifia cette autoplastie et lui dut de nombreux succès dans des restaurations faciales. Elle tomba ensuite dans un injuste oubli, après les revers qu'elle donna à Dieffenbach. Enfin BERGER la réhabilita en France en 1879, à l'occasion d'un ectropion complexe avec transformation de toute la peau de la face et du front en tissu cicatriciel par un lupus.

Cette blépharoplastie fut réalisée par emprunt aux téguments du bras, d'un lambeau dont on ne trouvait pas matière à la face. Depuis lors, la technique, ses applications faciales ou aux membres, ont été notablement perfectionnées, précisées, expérimentées par le prof. Berger, dont le nom fait autorité en la matière.

B) INDICATIONS.—Elles résultent surtout de l'impossibilité de recourir à d'autres méthodes plus simples comme la française ou l'indienne. Donc la méthode italienne convient dans les cas graves, presque extrêmes, où la restauration et la conservation de *fonctions* importantes, a plus d'importance encore que celle de la forme. Ainsi pour protéger la vision, pour permettre la mastication, pour empêcher l'écoulement incessant de la salive, pour rendre à un membre sa motilité. Toutefois, dans la rhinoplastie, la *forme* est exclusivement le but recherché.

D'une manière générale, les indications se résument ainsi :

1° *Impossibilité* de trouver dans le voisinage de la difformité à corriger, la matière nécessaire à la réparation. Tagliacozzi, en appliquant sa méthode pour les parties autres que le nez, comme les lèvres, les joues, avait bien compris cette indication. C'est dire que cette greffe trouve indication dans les réparations des difformités faciales ou cervicales consécutives aux pertes de substance après vastes *brûlures* avec leurs conséquences fonctionnelles, ectropion, écoulement salivaire, etc ; après vastes *lupus* ; après *épithéliomas* largement excisés. Dans le lupus, il faut que les téguments réparateurs soient sains, ne puissent être menacés par la récidive du mal, ce qu'on ne peut toujours espérer des téguments pris au voisinage du lupus, alors même qu'ils paraissent absolument sains.

2° *Nécessité* de laisser intacts les téguments du voisinage respectés par la lésion. Les malades réclament, en effet, qu'on ne porte pas de nouvelles atteintes au reste de leur physionomie. Les femmes se refusent parfois à subir une restauration nasale, par crainte de la cicatrice, pourtant assez peu disgrâcieuse, et si facile à dissimuler que laisse la dissection du lambeau frontal à l'Italienne. En fait l'opération, échoue assez souvent ; alors la modification ou la rétraction des lambeaux ajoute de nouvelles difformités aux difformités existantes. L'emprunt à une région éloignée du matériel nécessaire à la réparation permet d'éviter ce grave reproche et au chirurgien cette crainte.

C) INCONVÉNIENTS.— Les infériorités de la méthode ne peuvent être complètement passées sous silence; ce sont : 1° les *difficultés de la technique* ; longue préparation, habitude nécessaire de la part du chirurgien, etc. Il faut, en effet, de la part de l'opérateur, une élaboration personnelle variable pour chaque cas particulier, mais cette habileté s'acquiert avec l'expérience. Dès 1889, Berger a précisé le choix du transplant, sa délimitation de siège, sa forme, ses dimensions, sa direction, l'attitude à donner au sujet, la manière d'installer l'appareil fixateur. Pour ce dernier, le meilleur consiste en une capeline et un gantelet reliables l'un à l'autre par des sangles. Il laisse aux parties une certaine mobilité sans écart dangereux. Il est souple, bien supporté, pas blessant. Il permet une surveillance constante, il s'enlève en un instant ; c'est d'ailleurs l'appareil de Tagliacozzi légèrement modifié. Comme difficulté, signalons la suture du lambeau à la surface avivée. Cette suture pratiquée dans l'étroit espace laissé par l'application du bras sur la face, réclame beaucoup d'attention et une réelle dextérité de la patience, de l'ingéniosité. Or, la technique est très facilitée, si l'on arrête d'avance le plan de l'opération, jusque dans ses moindres détails, étendue des avivements, des dimensions, siège précis du lambeau, vérifications par l'applications préalables, etc.

2° *Fatigue de l'immobilisation*. — Les enfants supportent bien l'attitude forcée pendant une quinzaine de jours ; mais les adultes en ressentent parfois de la douleur. L'âge de 35 ans paraît la limite maxima où l'on puisse imposer l'immobilisation nécessaire, quand il s'agit de réparations de la face. La raideur des articulations, le défaut de souplesse des parties molles, l'endurance et la résistance moindres sont des contre-indications chez les gens âgés.

3° *Gravité réelle*.—La gravité réelle résulte de l'étendue des décollements. Ainsi Berger signale un cas de mort par intoxication iodoformique, et un cas de mort par embolie. J'ajoute qu'il m'a été donné personnellement d'observer deux cas de mort par embolie, le 20e et le 25e jour, chez des malades porteurs de vastes ulcères variqueux traités par la méthode italienne. Mais pour la chirurgie faciale, Berger n'a eu aucun autre accident de ce genre malgré une pratique de plusieurs centaines d'opérations.

4° *Désunion partielle du lambeau*. — J'ai vu une fois la pointe du lambeau se mortifier, et les bords du transplant se désunir. Mais le résultat définitif ne resta pas moins satisfaisant.

5° *Difformité circonférencielle chéloïdienne*. — La transformation en chéloïde de lignes cicatricielles est chez les jeunes sujets, une des causes d'échec les plus à craindre, quelle que soit d'ailleurs la méthode d'autoplastie. Mais on peut souvent masquer l'encadrement sutural par un pli naturel.

6° *Différence de coloration* entre le transplant et les région

voisines. En général, le lambeau reste plus pâle, d'un blanc plus mat, et fait ainsi contraste avec les téguments bordants souvent plus colorés. On remédie à cet inconvénient par des cosmétiques, du blanc gras, un peu de rouge, des pommades colorées, des poudres.

7° *Mollesse et flaccidité du transplant.* — Le transplant n'a que bien rarement la consistance ferme, dure, quasi fibreuse, telle qu'on la peut obtenir avec certains lambeaux, par exemple avec le lambeau ostéo-frontal à l'indienne. C'est la cause capitale de l'échec de la méthode dans la rhinoplastie totale.

D) Applications aux paupières. — Le premier cas de blépharoplastie à l'italienne est dû à Berger 1879. C'est là la meilleure indication de la méthode. On se trouve par exemple en face d'ectropions totaux consécutifs à des brûlures de la conjonctive éversée, ou en face d'excisions larges pour épithélioma, ayant nécessité celles-ci, la suppression de la muqueuse. Dans le cas de muqueuse conservée, on circonscrit d'abord par une incision courbe le bord libre de cette muqueuse retournée ; puis on la dissèque en conservant avec grand soin tout ce qui reste de bord ciliaire, en relevant cette conjonctive avec tout ce qui reste de cartilage tarse, et tout ce qui persiste des faisceaux de l'orbiculaire, en rehaussant même la partie la plus inférieure, circulaire de ce muscle. Car c'est de la conservation de l'orbiculaire que dépendront les mouvements de la paupière. Puis on procède à l'occlusion palpébrale. Celle-ci doit être maintenue pendant un temps fort long, six mois environ. Sur la face cruentée, après reconstitution de la cavité conjonctivale, on applique le transplant. Dans la blépharoplastie double, le même lambeau peut recouvrir les deux paupières ; mais sa pointe doit être fendue longitudinalement sur une étendue de 1 centimètre au niveau de l'angle interne de la fente palpébrale, zone où l'on ne réunit pas les paupières, pour ne pas blesser les points et les canaux lacrymaux, et laisser libre passage à l'écoulement des larmes.

Le pédicule du lambeau correspond à la région temporale. Chez une femme ainsi opérée, les yeux étaient très menacés avant l'intervention. Or, cette malade a pu recouvrer la transparence complète de ses milieux oculaires, et la totalité de la vision. En général, le clignement a pu être obtenu en partie ; toutefois il persiste un certain degré de larmoiement. Si la conjonctive a été complètement supprimée, on peut employer la surface cicatricielle qui s'est substituée à elle, pour remplacer cette muqueuse.

E) Applications à la lèvre. — Tagliacozzi a exécuté lui-même la cheiloplastie par son procédé. La technique générale est la même que pour les paupières. Dissection et retournement de la muqueuse ectropionnée, emprunt d'un transplant au bras. A remarquer que le voisinage de la bouche, constamment souillée par les aliments, par la salive, est particulièrement défavorable. Toutefois le résultat fonctionnel et esthétique a été satisfaisant. Les mêmes considérations s'appliquent à la joue pour la *genoplastie*.

F) Applications au nez. — Malgré sa réhabilitation par Carl Ferdinand Graefe pour la réfection du nez, la méthode italienne ne donne ici que des résultats très incomplets, en cas de rhinoplastie *totale*. La constitution d'une charpente demeure la condition indispensable. Israel à cet effet a taillé un lambeau sur l'avant-bras, en y comprenant une lamelle de cubitus. Krausch et Wreden ont transplanté par étapes successives un orteil du pied à la main, et de la main au nez ; ou transplanté l'annulaire de la main gauche. Depage a emprunté un fragment au tibia ; ou à un métatarsien. Enfin, Kœnig, Rotter, von Hacker, Schimmelbusch ont eu recours d'abord à un lambeau frontal comprenant une lamelle superficielle taillée aux dépens de l'os frontal, véritable lambeau ostéo-cutané. Nélaton a eu l'idée d'utiliser une lamelle du cartillage de la 8e côte. Berger a fait de même et à l'avenir il se propose de greffer une lamelle résistante et longue d'un cartilage costal sous la peau du bras, puis de transplanter ultérieurement ce lambeau chondro-tégumentaire sur le nez qui sera muni d'une arête médiane. Pour ce qui concerne au contraire la rhinoplastie *partielle*, la réfection subtotale est non seulement possible mais généralement suivie des meilleurs résultats orthomorphiques.

II. — Chirurgie du Pancréas ; par le Dr F. Villar, avec 84 figures. (Édité par Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris, 1906.)

Il s'agit d'un important travail d'ensemble, sur la question avec documentation bibliographique consciencieuse et étendue. Rares sont les chirurgiens qui ont en l'espèce, une expérience étendue, sauf quelques étrangers, par exemple, Kœrte en Allemagne, Mayo Robson en Angleterre. Senn en Amérique. Au contraire, les faits isolés, les publications éparses, tendent à devenir nombreuses. L'heure est donc propice à une grande revue générale, rassemblant tous les travaux disséminées, œuvre pour la première fois tentée en France par Nimier 1887-1894. Le présent ouvrage expose clairement la chirurgie encore si neuve du pancréas. Il trouve sa place à côté de celui de Pantaloni sur la chirurgie du foie.

Au reste, les plus grandes analogies existent au point de vue clinique et opératoire entre ces deux glandes voisines, toutes deux annexes du tube digestif. Elles sont souvent intéressées l'une et l'autre par un même processus pathologique, par exemple une sclérose à la fois hépatique et pancréatique. Certaines interventions sur le foie risquent de demeurer insuffisantes, si elles négligent l'exploration simultanée du pancréas, malade pour son propre compte. Les procédés opératoires aujourd'hui en usage dans la chirurgie du foie trouvent aussi leurs applications dans la cure des maladies pancréatiques. A côté d'affections nécessitant une intervention directe sur le pancréas altéré, il en est d'autres qui réclament une opération palliative *à distance* sur la glande biliaire. Ainsi la cholécystostomie, la cholécystentérostomie, l'exclusion du duodénum, la gastro-entérostomie seront souvent d'utiles ressources pour la cure d'une pancréatite chronique, d'un cancer inextirpable de la tête du pancréas, etc.

Parmi les principaux chapitres du travail de Villar, signalons particulièrement ceux consacrés à la description *clinique* de la calculose, des kystes, des infections, des tumeurs, des traumatismes du pancréas — puis ceux de la *technique* opératoire applicable à ces différents cas — enfin ceux des *résultats* thérapeutiques jusqu'ici obtenus grâce à la chirurgie. Il reste beaucoup à faire ; mais nul doute que la chirurgie du pancréas ne puisse bientôt prendre une grande et brillante extension quand l'attention sera attirée sur la fréquence et la gravité d'un groupe d'affections auxquelles on ne pense que très rarement ; même au cours de laparotomies exploratrices demeurant infructueuses par le seul fait de cet oubli.

III. — De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne, dans les ankyloses vicieuses de la hanche ; par le Dr G. Houzel, de Boulogne-sur-Mer. (Imprimerie Havez, 112, rue de Louvain, Bruxelles, 1904.)

Dans ce petit opuscule, basé sur 17 observations, dont une personnelle, l'auteur établit la valeur comparative des différentes interventions sanglantes appliquées à la cure des ankyloses vicieuses de la hanche et conclut nettement en faveur de l'*ostéotomie sous-trochantérienne oblique*, selon la technique de Berger. Le bon résultat tient d'une part à l'ankylose rectiligne solide, et d'autre part à l'allongement du membre, obtenu grâce au glissement des fragments sectionnés.

Accessoirement, Houzel envisage le traitement des ankyloses vicieuses du genou, et montre par un cas de sa pratique, la valeur de la *résection cunéiforme* suivie de l'immobilisation en rectitude. Personnellement je ne puis que confirmer cette manière de voir, par trois cas de résection cunéiforme économique orthopédique, dont j'ai obtenu un résultat fonctionnel parfaitement satisfaisant, avec solidité et raccourcissement minime sur des sujets de 28 à 30 ans ; c'est donc bien ici la méthode de choix. Elle ne trouve cependant son application que lorsque les cartilages de conjugaison ont entièrement cessé leur rôle ostéogénique dans l'accroissement.

IV. — Hémato-colpométrie par imperforation de l'hymen. Opération en un seul temps, guérison ; par le Dr G. Houzel, de Boulogne-sur-Mer). Imprimerie Hayez, 112, rue de Louvaine, Bruxelles, 1906.)

A l'occasion de son fait personnel, observé chez une jeune fille de 15 ans, l'auteur émet quelques considérations intéressantes sur la rétention menstruelle due à l'imperforation de

l'hymen, malformation rare, plus rare que l'imperforation terminale du vagin, avec laquelle elle est généralement confondue, toutes deux se compliquant d'un hématocolpos. Dans le présent cas, la distension remontait dans l'utérus jusqu'au niveau de l'ombilic et emplissait les flancs. Elle ressemblait à un utérus gravide, avec contractions douloureuses, et bombement de la membrane hymen entre les grandes lèvres à la façon d'une poche des eaux prête à franchir la vulve. *L'excision* de cet hymen donna lieu à l'évacuation de 1200 gr. de sang noirâtre, suivie de la disparition de la tumeur abdominale. Lavages à l'eau oxygénée, placement d'une mèche dans l'utérus largement ouvert. Guérison rapide. Les connexions de cette membrane avec les petites lèvres et la peau du périnée font penser qu'ici l hymen n'était qu'une transformation du segment inférieur du sinus uro génital. La thérapeutique est aujourd'hui singulièrement satisfaisante si on la compare à ce qu'elle était au temps où les malades succombaient de septicémie à la suite d'un perfide coup de trocart avec ou sans opération. En 1879 Gosselin, eut une guérison par l'excision de l'hymen, sans évacuation immédiate de l'utérus qui élimina spontanément tout son contenu en 24 heures. A cela Verneuil, en 1878, ajoutait des injections réitérées, surtout antiseptiques, employées comme on le fait dans les rétentions, suites de fausses couches. En matière d'antiseptique, Houzel donne ici la préférence à l'*eau oxygénée*, et recommande en outre un *écouvillonnage* sans violence, avec des tampons de gaze montés sur de longues pinces, afin d'enlever les caillots qui auraient pu résister au lavage. Personnellement, nous n'attachons qu'une valeur bien médiocre à la désinfection par l'eau oxygénée. et l'emploi d'un écouvillonnage systématique peut avoir comme inconvénient d'excorier la muqueuse utérine, ce qui ouvre des voies, des portes d'entrée.

Les résultats que nous avons obtenus dans des circonstances similaires, après avortement ou accouchement non infectés, nous fait donner la préférence à l'abstention complète de toute espèce de manœuvre intra-utérine, et au renoncement à toute sorte d'injection *intra-utérine* surtout avec un antiseptique ; l'élimination spontanée survient spontanément en quelques jours. Que si l'infection se déclarait dans les jours consécutifs et se manifestait par quelque symptôme ou signe cliniquement appréciable, alors le lavage de la muqueuse utérine avec l'écouvillonnage seraient à discuter pour hâter la détersion naturelle insuffisante.

Ces considérations ne s'appliquent pas aux lavages vulvaires ni vaginaux dont l'emploi systématique semble logique et pratiquement exempt d'inconvénients, du moins si on s'abstient rigoureusement de tout antiseptique.

V. — Du traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente ; par le Dr Saquet. (Extrait de la *Revue de Cinésie*, février 1906.)

Il s'est fait grand bruit en ces temps derniers sur « la guérison des tumeurs blanches avec conservation de la mobilité des articulations ». A cela l'on a objecté que les arthrites qui guérissent ainsi ne sont pas en réalité tuberculeuses. Après avoir partagé les mêmes suspicions, j'ai dû réformer ma manière de voir à ce point de vue. Il m'a été donné de faire récemment une arthrotomie pour une tuberculose du genou à forme surtout « hydarthrosique » sans fongosités extra-synoviales cliniquement appréciables. De la cavité articulaire, j'évacuai une trentaine de grammes de liquide trouble, et beaucoup de grumeaux d'apparence myxomateuse, infiltrée, œdématiée, très différents du caseum habituel. Après détersion de ces détritus, suture sans drainage, immobilisation, six semaines, mobilisation par la marche en appareil amovo-inamovible pendant deux mois, compression. Résultat fonctionnel constaté 3 ans après : conservation de la mobilité du genou ; flexion libre, facile, entière ; extension légèrement incomplète. Or, l'examen histologique des magmas a démontré à l'évidence quelques cellules géantes au sein de larges nappes de tissus nécrosés. Voici donc une tuberculose articulaire, indiscutable dans sa nature, malgré sa forme hydarthrosique enkystée un peu spéciale, malgré l'état général florissant du jeune sujet âgé de 20 ans, au facies coloré, à la musculature puissante, tuberculose ayant guéri avec résultat fonctionnel d'une mobilité presque totale, guérison sinon causée intégralement, du moins notablement accélérée par l'évacuation sanglante. Je n'en conclus nullement qu'il en soit souvent ainsi, même dans les formes hydarthroriques. Retenons seulement que la terminaison avec conservation des mouvements sans raideurs sans ankylose, ni symphyse synoviale est possible, ayant été une fois vérifiée biopsiquement et histologiquement. On peut donc admettre que les observations présentées par M. Saquet étaient bien relatives à des tuberculoses. De ce que ses malades ont conservé le libre jeu de leur genou, l'on ne peut conclure qu'il n'a certes pas eu affaire à des tumeurs blanches.

Mais le point capital envisagé par l'auteur est d'un tout autre ordre. La guérison serait due au *massage*. C'est la manière de voir de L. Championnière qui s'est élevé contre la classique immobilisation, méthode essentiellement atrophiante et ankylosante. Il y a là un point nouveau, qui demande à être étudié de près. L'expérience me manque pour le résoudre catégoriquement. Que le massage convienne aux arthrites tuberculeuses déjà guéries avec ou sans ankylose, le fait ne paraît pas discutable. Il faut activer la nutrition, résoudre l'exsudat, les reliquats plastiques, lutter contre l'atrophie musculaire si préjudiciable. Rien ne vaut la mobilisation et le massage. Que, d'autre part, les tumeurs blanches encore en évolution soient trop souvent traitées par une immobilisation trop longtemps prolongée avec comme conséquence, un mauvais résultat fonctionnel du fait seul de cette thérapeutique atrophiante, la chose paraît également probable, sachons le reconnaître. En voulant faire bien, nous dépassons le but; l'effet utile se trouve ultérieurement annulé par la «cachexie locale » causée par l'immobilisation. Appliquons-nous désormais à éviter ces excès. Mais la question pendante est celle de la cinésie appliquée aux tumeurs blanches « florades » c'est-à-dire en pleine évolution. Ici commence le désaccord exprimé sous deux opinions bien tranchées. Les uns, dits classiques. veulent l'*immobilisation* la plus rigoureuse; ils trouvent dangereux d'agiter une tuberculose en voie de colonisation; ils craignent d'exagérer la lésion ; ils redoutent les diffusions emboliques à la suite de manipulations même superficielles. et rapportent, à l'appui de leur manière de voir des exemples d'aggravation et de généralisation. D'autres, moins nombreux préconisent la *cinésie* superficielle. Ils taxent de chimériques les considérations, les craintes exprimées par leurs adversaires. Peu importe l'explication ; sachons rester empiriques ; les résultats de la cinésie seraient, pratiquement, satisfaisants. Et le massage avec une légère immobilisation serait utile et curatif dans les cas spécifiés plus haut; il doit passer en première ligne bien avant les non moins classiques « pointes de feu ». Dans la discussion, un élément a sans doute été complètement négligé ; c'est la possibilité de guérison spontanée en quelques cas rares, sans doute, sans aucun massage et sans aucune pointe de feu. Pour ma part, je n'accorde aucune créance à la valeur curative des pointes de feu qui mises sur la peau. s'opposeraient par une action à distance quasi mystérieuse, qualifiée de révulsive, à l'évolution de colonies bacillaires siégeant profondément dans la synoviale, voire même au cœur des épiphyses osseuses. Peut être le massage sous la forme très superficielle, qu'il convient d'ailleurs d'innocenter de tout méfait, est-il d'une action non moins problématique sur les foyers florides. Quoiqu'il en soit, et sans se départir d'une certain septicisme, le débat doit être soumis à critique. La solution ne saurait consister en une affirmation pure et simple sans longue documentation personnelle : sans nombreuses observations, bien contrôlées, bien suivies. Ne cherchons donc pas à la trancher » extemporanément » ou systématiquement. Retenons seulement qu'aujourd'hui la méthode cinétique réclame le droit à l'existence en s'autorisant de parrains dont les noms font autorité. Sachons donc la considérer avec égard, l'expérience seule établira sa juste valeur, en même temps que les indications exactes.

VI. — L'ostéomyélite de la hanche et ses formes cliniques ; par le Dr H. Duclaux, Edité par Steinheil 2, rue Casimir-Delavigne. Paris, 1905.).

De l'étude générale des ostéomyélites, l'auteur s'est efforcé de distraire ce qui concerne l'ostéomyélite particulière de la

hanche, c'est-à-dire de l'os iliaque, ou plus souvent de l'extrémité supérieure du fémur, tête, col, grand ou petit trochanter :

A l'aide de quelques observations personnelles tirées du service de son maître, le professeur Kirmisson, et de plusieurs autres faits d'origine française ; cette tâche a été menée à bien et nous avons là une bonne revue générale de la question à laquelle il y a bien peu à ajouter. La valeur des renseignements fournis par la radiothérapie, par la bactériologie, par la ponction lombaire est bien mise en lumière. Au point de vue du *diagnostic* chez l'enfant, il eût peut-être été utile de parler de l'appendicite, car elle simule parfois l'ostéite de l'os iliaque et s'observe souvent dans le jeune âge. A propos du *traitement*, comme M. Duclaux nous nous prononçons en faveur de l'arthrotomie précoce, plutôt que pour la résection d'emblée ; celle-ci ne devant, pensons-nous, trouver ses applications que secondairement, quand la limitation s'est faite nettement entre les tissus sains et les tissus définitivement contaminés. En place du drainage par une mèche, je préfèrerais ici le drain caoutchouté ou métallique avec mèche dans son intérieur ; en place du lavage articulaire avec une solution antiseptique forte comme le chlorure de zinc; je préfèrerais l'emploi de l'eau stérile simple, ou peut être l'asséchage à sec sans aucun lavage, afin de respecter la vitalité des éléments ostéoblastiques de défense et d'éviter les intoxications globulaires locales ou générales. Mais ce sont là petites questions de détail, qui ne diminuent en rien la valeur de ce travail consciencieux.

VII. — Les fractures du poignet en sens inverse ou fractures par hyperflexion de l'extrémité inférieure du radius ; par le Dr Fr. Guermonprez, (édité par J. Rousset, 1, rue de Casimir Delavigne, 1, Paris 1906.)

A côté de la fracture classique et habituelle de l'extrémité inférieure du radius par hyperextension, il en est une autre, moins fréquente, de mécanisme absolument opposé à la précédente, parfois désignée sous le nom de : « fracture de Pott renversée ». Or cette espèce particulière mérite plus qu'une citation ; elle vaut d'être étudiée expérimentalement et cliniquement. C'est à l'occasion d'une observation personnelle que l'auteur a été conduit à entreprendre des recherches à ce sujet. La lecture de faits anciens démontre que la fracture par hyperflexion a été vue, signalée, remarquée par un certain nombre de chirurgiens comme Voillemier, Hennequin, etc., mais ils n'ont pas été suffisamment explicites. Or, on devra y songer quand, avec le commémoratif de chute sur le dos de la main, avec ou sans excoriation révélatrice sur cette région, on remarque 1° une déformation contraire au dos de fourchette; 2° un déplacement de la main antérieur à celui de l'avant-bras : 3° une déviation du membre supérieur en baïonnette. Comme complément, la radiographie prouvera la situation de l'épiphyse radiale inférieure en avant de l'axe diaphysaire. Le pronostic fonctionnel est plus grave que celui de la fracture classique; non pas qu'il y ait ankylose véritable, mais rigidité, avec très peu de flexion, presque pas de latéralité interne ou externe et une simple trace de supination, plus notable diminution de la flexion digito-palmaire pour le pouce, l'index, voire même le médius. Suit la description du meilleur mode de traitement pour remédier à ces conséquences fâcheuses.

FORMULES

XCI. — Contre les adénopathies chroniques.

Prendre dans une tasse de lait, matin et soir, une cuillerée à soupe de la solution.

Arséniate de soude.............	0 gr. 05
Glycéro-phosphate de soude......	5 gr.
Iodure de sodium................	10 gr.
Bromure de sodium...............	20 gr.
Chlorure de sodium..............	30 gr.
Eau distillée q. s. pour..........	300 c.c.

VARIA

La diminution de la capacité de travail d'un ouvrier atteint d'une infirmité permanente.

Me Louis Varinot, avocat à la cour de Paris, a pu, après un examen approfondi de la jurisprudence en la matière, dresser ce tableau des décisions judiciaires relatives au taux des indemnités à allouer aux ouvriers victimes d'accidents du travail :

Membres supérieurs. — Perte des deux membres supérieurs: considérée comme une incapacité absolue.

Membre supérieur droit. — Perte complète du bras : réduction de 80 % ; Perte partielle du bras droit (au-dessous du coude) : réduction de 70 % ; Ankylose partielle du bras droit, suivant le degré: réduction de 0 à 80 %; Ankylose complète de l'épaule : réduction de 50 à 60 % ; Perte complète de la main droite : réduction de 65 % ; Perte complète du pouce ; réduction de 25 % ; Perte complète de l'index : réduction de 15 % Perte complète du médius : réduction de 15 % ; Perte complète de l'annulaire : réduction de 10 % ; Perte complète de l'auriculaire ; réduction de 6 à 8 % ; Perte de la deuxième phalange du pouce : réduction de 15 à 20 % ; Perte d'une phalange (autres doigts, sauf l'auriculaire) : réduction de 4 à 6 %.

Membre supérieur gauche. — Perte complète du bras gauche : réduction de 65 % ; Perte partielle du bras gauche (au-dessous du coude) : réduction de 60 %; Ankylose partielle (suivant le degré) ; réduction de 0 à 60 % ; Ankylose complète de l'épaule : réduction de 40 à 50 % ; Perte complète de la main gauche : réduction de 55 % ; Perte complète du pouce: réduction de 20 % ; Perte complète de l'index : réduction de 12 % : Perte complète du médius : réduction de 10 % ; Perte complète de l'annulaire : réduction de 8 % ; Perte complète de l'auriculaire : réduction de 5 % ; Perte de la deuxième phalange du pouce : réduction de 12 % ; Perte d'une phalange (autres doigts, sauf l'auriculaire) : réduction de 4 à 5 %.

Membres inférieurs. — Perte des deux membres inférieurs: réduction de 90 % ; Perte de la jambe (au-dessus du genou) : réduction de 70 % ; Perte de la jambe (au-dessous du genou) : réduction de 60 % ; Raccourcissement de la jambe de plus de 5 centimètres ; réduction de 25 à 35 % ; Raccourcissement inférieur à 5 centimètres : réduction, suivant le degré, jusqu'à 25 % ; Perte complète du gros orteil : réduction de 12 à 15 % ; Perte de tous les orteils : reduction de 25 % ; Perte complète du pied ; réduction de 50 % ;

Divers. — La perte complète de la vue est assimilée à une incapacité absolue ; Perte de l'œil : réduction de 25 à 33 % ; Hernie de force : réduction de 10 % ; Hernie de faiblesse (chez un prédisposé) : pas d'indemnité. A mentionner, en terminant, que, au cas d'une incapacité absolue, la rente est égale aux deux tiers du salaire.

Comme nous l'avons indiqué, dans le cas d'incapacité partielle, le salaire est réduit d'après le chiffre mentionné au tableau ci-dessus et la rente est égale à la moitié de cette réduction.

Appendicite.

Conclusions auxquelles est arrivé le Dr Karrenstein, d'Altona ;

1° Il n'est pas prouvé péremptoirement que l'augmentation des cas d'appendicite n'est pas réelle. Presque tous les observateurs ont au contraire l'impression que l'augmentation est absolue.

2° La maladie est devenue plus fréquente, non seulement depuis 1890, depuis qu'on la connaît mieux, mais bien avant.

3° Elle est deux fois plus fréquente à Hambourg qu'à Berlin.

4° Dans l'armée, les cas sont surtout fréquents dans la garnison des grandes villes.

5° La malignité de la maladie n'a pas augmenté.

6° Dans l'armée, elle est peu fréquente en janvier et en juin-juillet.

7° La cause principale est la stagnation de la sécrétion par suite du rétrécissement de l'orifice d'abouchement dans le

cæcum. Elle prend naissance d'autant plus facilement que les agents infectieux sont plus virulents.

8° L'appendicite n'est pas une infection spécifique.

9° Le traumatisme joue rarement un rôle étiologique.

10° Les appendicites familiales s'expliquent suffisamment par les dispositions anatomiques héréditaires de l'appendice.

11° L'épidémie de grippe de 1890 est la cause de l'augmentation des cas d'appendicite qui eut lieu subitement à cette époque.

12° La grippe est un facteur étiologique, surtout en hiver ; en été, ce sont des affections du tube digestif.

13° L'angine peut influencer occasionnellement la fréquence de la maladie.

14° Hommes et femmes sont également frappés.

15° Il n'est pas certain que l'appendicite est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Elle est rare dans la première année de la vie.

16° Elle diminue à partir de la 30e année.

17° La fréquence est la plus forte entre 20 et 30 ans.

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Propos d'un remisier.

Le marché paraît plein. trop chargé. Certains mêmes prétendent qu'il est fatigué. Cependant les ventes sont bien absorbées et, en somme, on résiste et on reste ferme. et les conditions générales de la place semblent toujours favorables à une campagne d'affaires.

D'autre part. on ne doit pas oublier que l'on se trouve à proximité de l'échéance des coupons de janvier. qui va remettre dans la circulation d'importantes disponibilités. et provoquer de nouveaux achats de nature à maintenir les bonnes dispositions du marché.

Notre *rente* est assez favorablement influencée par la tournure prise par les affaires marocaines. J'estime que le coupon du 15 courant sera vite regagné et qu'on peut prendre position en conséquence.

L'*Extérieure* et les *Chemins Espagnols* sont plutôt irréguliers. Néanmoins, leur tendance est encore à la hausse

La plupart des *Fonds Russes* ont affermi leurs progrès. Ils sont d'ailleurs soutenus en vue d'un nouvel emprunt. Je me suis expliqué à ce sujet dans une précédente chronique, et mon opinion est toujours qu'il convient de s'abstenir.

Sur les marchés des métaux. l'orientation reste bien nettement à la fermeté, et les valeurs de *cuivre* restent les grandes favorites du marché. Je signale le *Rio* depuis le cours de 1500, le *Cape* depuis celui de 180. et *Tharsis* depuis 160. Je vois encore de plus hauts cours et j'engage toujours mes lecteurs à rester acheteurs.

Le groupe *industriel russe* est assez hésitant et lourd. Les rapports de *Huta-Bankowa*, de la *Dnieprovienne*, des *Machines Hartmann* et de *Toula* sont assez pessimistes et attribuent les difficultés sociales à la situation politique. Toutefois, sur *Hartmann*, *Toula*, *Maltzof* et même *Briansk*, c'est plutôt une reprise que j'envisage.

La *Huanchaca* et le *de Beers* me paraissent appelés à monter notablement d'ici peu et je les signale à cet effet.

En résumé, la vogue actuelle des valeurs industrielles s'explique surabondamment par la hausse de toutes les matières premières. Et il est parfaitement logique que les Sociétés gagnant davantage. le marché escompte des dividendes plus forts et partant des cours plus élevés.

Evidemment. celui qui accueillerait sans étude préalable, indistinctement, toutes les valeurs industrielles. se préparerait des déceptions. Un choix est à faire et je suis pour cela à la disposition de tous mes lecteurs.

T. Sève,
Remisier-Arbitragiste, 17, rue de Rome, Paris,
Téléphone, 113-10.

P. S. — Je tiens à la disposition de ceux de mes lecteurs qui voudront bien m'en faire la demande mon « *Traité pratique des opérations de Bourse* », lequel sera adressé à titre absolument gracieux.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Thèses de doctorat. — *Mercredi 19 décembre.* — *M. Lemaitre* : Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les interventions de courte durée, son administration à dose minima dans un espace clos et extensible (MM. Richet (Ch.), Pouchet, Landouzy, Labbé (Marcel). — *M. Brion* : La digalène (de Cloxtta) (MM. Pouchet, Richet (Ch.), Landouzy, Labbé (Marcel). — *M. Bertray* : Etude synthétique et clinique sur les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante (MM. Landouzy, Richet (Ch), Pouchet, Labbé (Marcel). — *M. Bazin* : Traitement de la syphilis du nouveau-né par injections intra-musculaires de préparations mercurielles, solubles et insolubles (MM. Pinard, Terrier, Wallich. Gosset). — *M. Dufour-Lamartinie* : Des injections intra utérines (Pratique de la clinique Baudelocque 1902-1906. Indications, nombre, résultats (MM. Pinard, Terrier, Wallich. Gosset) — *M. Mauroy* : Le service des prompts secours de la ville de Paris. Considérations sur son fonctionnement et modifications à y apporter (MM. Terrier, Pinard, Wallich, Gosset). — *M. Albes* : De l'illusion de fausse reconnaissance (Etude critique, clinique et médico légale) (MM. Joffroy, Blanchard, Gaucher, Balthazard). — *M. Réme* : Contribution à l'étude de la trichotillomanie (MM. Joffroy, Blanchard, Gaucher, Balthazar). *M Arquier* : Du casier médical (MM. Blanchard, Joffroy, Gaucher, Balthazard). — — *M. Picaud* : Contribution à l'étude du traitement du charbon par les méthodes nouvelles (MM. Gaucher, Joffroy, Blanchard, Balthazard).

Jeudi 20 décembre. — *M. Petit* : Contribution à l'étude de la méthode dite de Bond-Bobroff, dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie (MM. Berger. Pozzi, Poirier. Proust). — *M. Vitoux* : Contribution à l'étude des hématuries de la grossesse (MM. Pozzi, Berger. Poirier, Proust). — *M. Dezarnauld* : De l'extirpation des ganglions lombaires dans le cancer du testicule (MM. Poirier, Berger, Pozzi, Proust). — *M. Brelet* : La mort subite chez l'enfant (MM Hutinel, Gilbert, Albarran, Faure). — *M. Rousselot* : Contribution à l'étude des purgatifs azotés (MM Gilbert. Hutinel, Albarran, Faure). — *M. Landowski* : Contribution à l'étude de certains accidents causés par le mercure en thérapeutique (MM. Albarran. Hutinel, Gilbert. Faure).

Examens de doctorat. — *Lundi 17 décembre.* — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Gaucher, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Roger, Claude, Labbé (Marcel).

Mardi 18 décembre. — 5e (Chirurgie. 1re partie. Charité) : MM. Le Dentu, Albarran, Faure. — 5e (2e partie, Charité) : MM. Joffroy, Thoinot, Carnot.

Mercredi 19 décembre. — (Dissection, Ecole pratique) : MM. Segond, Sébileau, Gunéo. — (2e, Salle Béclard) : MM. Gariel, Gley, Branca. — 3e (Oral, 1re partie, Salle Broussais) : MM. Retterer, Legueu, Potocki. — 3e (Oral, 2e partie, Salle Corvisart) : MM. Déjerine, Teissier, Legry.

Jeudi 20 décembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Le Dentu, Thiéry, Auvray. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Raymond. Thiroloix, Maillard. — 2e (Salle Corvisart) : MM. Retterer, Langlois, Desgrez. — 3e (Oral, 1re partie. Salle Broussais) : MM. Budin, Launois, Morestin. — 4e (Salle Béclard) : MM. Chantemesse, Thoinot, Vaquez.

Vendredi 21 décembre. — 5e (1re partie. Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich, Potocki.

Samedi 22 décembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Berger. Poirier, Faure. — 2e (Salle Corvisart) : MM. Gley, Launois, Broca (André). — 3e (Oral, 2e partie, Salle Broussais) : MM. Raymond, Thiroloix, Carnot. — 4e (Salle Béclard) : MM. Robin, Gilbert-Ballet, Langlois.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Thoumas (de Paris) et Rey (d'Arles). — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Belot (de Sainte-Bazeille), Demirleaud (de Montmorency), Duray (de Marcq-en-Barœul), Folly (de Koléa), Frémond (de Villedieu), Gautier (de Brignolles), Hacot (d'Armentières), Lombard (de Saint-Marcellin), Lorion (de Clamart). — *La médaille des épidémies* est décernée à M. Chambras, étudiant en médecine à l'hôpital Boucicaut.

Concours pour la nomination a deux places de pharmacien des hopitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 21 janvier 1907, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47. — Les candidats devront se faire inscrire à l'administration (3, avenue Victoria), service du personnel, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 17 décembre 1906 jusqu'au samedi 5 janvier 1907 inclusivement.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 25 novembre au samedi 1er décembre 1906, les naissances ont été au nombre de 935, se décomposant ainsi : légitimes 706, illégitimes 229.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 909, savoir : 461 hommes et 448 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 3. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 194. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 66. — Méningite simple : 26. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 49. — Maladies organiques du cœur : 84. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 11. — Pneumonie : 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 91. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 24. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 29. — Débilité sénile : 26. — Morts violentes : 30. — Suicides : 13. — Autres maladies : 111. — Maladies inconnues ou mal définies : 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : légitimes 47, illégitimes 16.

UNIVERSITÉ DE LYON. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie.* — Un congé du 1er janvier au 31 décembre 1907 est accordé, sur sa demande à M. BARD, professeur de clinique médicale. M. COURMONT, agrégé, est nommé du 1er novembre 1906 au 31 octobre 1907, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée en remplacement de M. NICOLAS, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE ; *Faculté mixte de médecine et de pharmacie.* — Un congé de six mois à dater du 20 novembre 1906 est accordé, pour raison de santé, à M. LABÉDA, professeur de médecine opératoire, M. BAUBY, agrégé, est chargé du remplacement.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS — M. HAUTEFEUILLE, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans chef des travaux de physiologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS — M. DIVAI, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de 9 ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. CORVISY, licencié ès sciences, agrégé des sciences physiques, est institué pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. CAMO, licencié es-sciences, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. GRÉHANT, docteur ès sciences naturelles, est nommé stagiaire près le Muséum d'histoire naturelle pendant l'année 1906-1907.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES : M. GOUPIL, préparateur du laboratoire de médecine expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes est nommé sous-directeur dudit laboratoire, M. JARDRY, interne des hôpitaux est nommé chef des travaux dudit laboratoire de médecine expérimentale de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — En conformité du décret du 1er août 1906, un concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, s'ouvrira au ministère de l'intérieur, dans le courant du mois de mars 1907. — Un arrêté ministériel prochain en fixera la date exacte et déterminera le nombre des places mises à la disposition des candidats.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — La *Gazette Médicale de Paris*, le plus vieux journal de médecine de France, paraîtra désormais sous la direction de notre confrère le Dr LUCIEN-GRAUX, déjà rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. Nous ne doutons pas que M. Lucien Graux, notre collaborateur, ne donne à son journal, qui paraîtra deux fois par mois, un caractère original et un nouveau succès. Nos meilleurs souhaits à notre distingué confrère et ami. (N. D. L. R.)

LE SECRÉTARIAT DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — M. GARIEL, de l'Académie de médecine, secrétaire de l'A.F.A. S. vient de se retirer de cette dernière fonction qu'il a exercée durant plus de 30 ans, et dans sa retraite il est suivi par M. CARTAZ, secrétaire adjoint. L'élection de son successeur aura lieu le 8 décembre. Les premiers candidats à cette importante fonction aux appointements de 5000 francs sont MM. MARCEL BAUDOUIN ; CAPITAN, professeur à l'Ecole d'anthropologie, DESGREZ, agrégé à la Faculté de médecine, LADUREAU et VERNEAU.

UNIVERSITÉ DE VARSOVIE. — MM. TSCHERNJACHOWSKI et GENDRE ont été nommés respectivement professeurs de chirurgie et de physiologie à l'Université de Varsovie.

CONCOURS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie a adopté à sa dernière séance le programme d'un concours ainsi conçu : Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des conférences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie : Prix : 10000 francs. Clôture du concours : 15 octobre 1909. Des encouragements de 300 à 500 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient dignes de récompense.

Une somme de 5000 francs et une de 2500 pourront être données, en outre du prix de 10000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux.

HOMMAGE AU Dr HALLOPEAU. — Les amis, collègues et élèves de M. le Dr Hallopeau, désireux de lui offrir une médaille à l'occasion de sa nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur, de sa vingt-cinquième année de service à l'hôpital St-Louis et de ses nombreux travaux originaux, ont ouvert une souscription à laquelle ils seraient heureux de vous voir participer. M. Chaplain a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille avec figure allégorique au revers. Elle sera offerte à M. le Dr Hallopeau dans la salle des Conférences, à l'hôpital Saint-Louis. Le chiffre de la cotisation n'est pas limité ; un exemplaire de la médaille sera remis à tout souscripteur de la

somme de vingt-cinq francs. Prière d'envoyer les cotisations avec une carte de visite à M. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

ACADÉMIE DE NEW-YORK. — Le Dr Ulysse KAHN, de la Faculté de Paris, chirurgien adjoint à l'hôpital Français de New-York, vient d'être nommé membre de l'Académie de cette ville. Le Dr U. Kahn avait commandé le service chirurgical de la mission envoyée en Abyssinie au lendemain de la défaite des Italiens.

L'EMPLOI DES HOMMES TÉMOINS DANS LES LABORATOIRES DE FALSIFICATIONS. — Depuis 1903, le bureau de chimie des Etats-Unis a attaché à son service un corps de jeunes gens à qui l'on fit consommer des échantillons d'aliments livrés dans le commerce. Ces aliments étaient déclarés mauvais s'ils occasionnaient chez ces témoins des troubles organiques. Un curieux procès va prochainement s'engager à New-York à ce sujet : Il s'agit d'un homme qui, déclaré impropre à ce service au bout de 6 mois, vient de mourir. Sa mère prétend qu'il est mort victime des expériences que l'on a tentées sur lui, il aurait dépéri depuis son renvoi sans qu'aucun soin, même le régime spécial d'un établissement sanitaire, ait pu le sauver.

Chronique des hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — M. PICHEVIN a commencé, le mardi 11 décembre, à 5 heures, une série de conférences gynécologiques gratuites avec présentation et examen des malades, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure à l'amphithéâtre Claquet, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAYGRIER, professeur agrégé, a commencé ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité le jeudi 13 décembre 1906 à 10 heures précises du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr LEJARS, agrégé, chirurgien de l'hopital Saint-Antoine, a commencé et continuera tous les mercredis, à 10 heures 1/2, des leçons cliniques.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr* BANZET, *ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardis et vendredis soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous enseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL

2, rue Casimir-Delavigne

FOREL (A.) - La question sexuelle exposée aux adultes cultivés, 1 vol. in-4° XIX chapitres :

La reproduction des êtres vivants. Histoire du germe. — L'évolution ou descendance des êtres vivants. — Conditions naturelles et mécanisme de l'accouplement humain. Grossesse. Caractères sexuels corrélatifs. — L'appétit sexuel. — L'amour et les autres irradiations de l'appétit sexuel dans l'âme humaine. — Ethnologie et histoire de la vie sexuelle de l'homme et du mariage. L'évolution sexuelle. — Pathologie sexuelle. — Rôle de la suggestion dans la vie sexuelle. L'ivresse amoureuse. — La question sexuelle dans ses rapports avec l'argent et la propriété. Prostitution, proxénétisme et concubinage vénal. — Influence du milieu sur la vie sexuelle. — Religion et vie sexuelle. — Le droit dans la vie sexuelle. — La médecine de la vie sexuelle. — Morale sexuelle. — La question sexuelle dans la politique et dans l'économie politique. — La question sexuelle dans la pédagogie. — La vie sexuelle dans l'art. — Coup d'œil rétrospectif et perspectives d'avenir. — 610 p. Prix .... 10 fr.

Le Rédacteur-Gerant : BOURNEVILLE

IMPRIMERIE DAIX FRERES et THIRON, CLERMONT (OISE)
Maison speciale pour publications periodiques médicales

35e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 51 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 22 DÉCEMBRE 1906

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Sérumthérapie et Minéralogie cellulaire (1) ;

Par **M. LEMATTE**.

Devant les échecs de la Sérumthérapie organique, il est peut-être utile d'abandonner les procédés actuels de vaccination et d'immunisation et de chercher dans l'emploi rationnel des métaux et des métalloïdes des méthodes curatives nouvelles.

Nous partageons ce travail en 4 parties : 1° Théories actuelles de l'immunisation et de la contagion (insuccès de vaccinations organiques dans la tuberculose et le cancer) ; 2° Le rôle du minéral dans les réactions cellulaires ; 3° L'ionisation minérale, appliquée à la thérapeutique ; 4° Conclusions.

1° L'IMMUNISATION

Les travaux remarquables qui ont mis en valeur l'importance du Minéral en biologie nous donnent le droit de fonder sur ces découvertes des espoirs nouveaux.

Ordonner le grand air et la suralimentation à un tuberculeux est bien. Mais cette prescription paraît quelque peu ironique, lorsque le malade habite un sixième et gagne 4 francs par jour.

Pour le cancéreux un diagnostic tardif est un arrêt de mort. La sérumthérapie se résume pour lui en injections de morphine qui abrègent ses souffrances et ses jours. Et le médecin assiste à son agonie en s'avouant impuissant. Il y aurait peut-être mieux à faire.

La lecture des auteurs anciens nous fait sourire. Avons-nous le droit d'être orgueilleux ? Aussi longtemps que des fléaux comme le cancer et la tuberculose nous trouveront désarmés, nous devrons avouer la faillite de notre art. En thérapeutique nous sommes encore aux balbutiements d'une science dont nous ne connaissons pas les principes élémentaires.

Le *primo non nocere* reste la méthode de choix de beaucoup de praticiens.

Lorsque les méthodes pasteuriennes furent connues, on a pu croire un moment que les doctrines de l'illustre savant allaient permettre de nous libérer d'un seul coup de tous nos maux.

Lorsque le dernier bacille aura vécu, la pathologie sera morte. L'homme débarrassé de ses souffrances aura enfin trouvé l'éternel bonheur. Les plaies morales, filles de nos déchéances physiques seront inconnues et le ciel deviendra inutile.

Si le microbe est souvent l'agent de transmission, le terrain joue le plus grand rôle dans la contagion. L'analyse du sol humain bien comprise pourrait peut-être nous livrer le secret de la contagion et de l'immunité. La pathologie ferait alors perdre à l'agent microbien l'importance qu'elle accorderait à la minéralisation organique.

Celle-ci est-elle défectueuse ? La maladie apparaît. Est-elle défavorable à la culture du germe morbide ? L'infection est évitée et la santé persiste.

C'est alors que la thérapeutique doit demander aux métaux et aux métalloïdes des actions modificatrices puissantes.

Les découvertes nouvelles sur les oxydases, les réductases, les anticorps nous ont montré que le travail formidable d'analyse et de synthèse d'oxydations et de réductions était régi par les lois de mécanique physique qui sont à l'étude.

(1) Communication à la *Société de médecine de Paris.*

L'école française tient une bonne place dans ce superbe mouvement scientifique.

Les belles découvertes de Ringer, de Sabattani, d'Albert Robin, de Locke, de Fleig et de Hédon, de Leduc, de Gaube, nous ont appris que pour agir il faut présenter le métal à l'organisme sous un certain état, variable avec le but poursuivi. Ces auteurs ont mis en vedette d'une façon éclatante le rôle prépondérant du minéral sans lequel la vie n'est pas possible.

Le carbone et l'azote n'agissent dans nos cellules que comme des supports dont le rôle est effacé. Au minéral revient l'honneur de présider aux dédoublements, aux oxydations, aux changements d'états des albuminoïdes et des hydrocarbones, qui font de ces corps des combustibles propres à entretenir notre machine et à réparer l'usure des organes. En dernière analyse on s'aperçoit que les *ferments non figurés* sont *aussi nombreux* que nos organes et que tout ferment contient une *dominante minérale* qui lui imprime sa spécificité.

Lorsque la *première monère* prit naissance sur notre globe refroidi elle eut comme *unique nourriture* des minéraux. Analysons une cellule vivante empruntée soit à l'homme, soit à un être infiniment petit, nous trouvons partout le métal ou métalloïde à côté du carbone et de l'azote. Baudran fit l'analyse des bacilles de la tuberculose. Il trouva les mêmes éléments fondamentaux qu'on rencontre dans les organites des mammifères. Aux substances organiques sont toujours associés le K, le Na, le P et le S ; autrement dit, nulle part nous ne pouvons rencontrer une cellule sans *minéral*. Si par des artifices de laboratoire on prive l'animal de nourriture minéralisée, on obtient des monstres voués à une existence précaire et à une mort prochaine.

Si certains métaux et métalloïdes sont indispensables à la vie, sont réellement *bio-chimique*, d'autres arrêtent l'évolution normale des cellules. Une 3e catégorie peut être regardée comme possédant une action sur la cellule morbide en respectant la cellule saine.

Les exemples abondent en physiologie sur le rôle important des minéraux. Les expériences peuvent être faites avec des cellules végétales ou animales ; les résultats sont les mêmes. Les échecs de tous les bactériologistes qui ont cherché à cultiver le bacille lactique dans un bouillon où il puisse longtemps garder sa vitalité, vient de ce qu'il faut, pour le nourrir, lui donner une minéralisation identique à celle du lait.

Rappelons-nous les expériences de Raulin où des traces impondérables de sel d'argent arrêtent les cultures de l'Aspergillus niger. Le blé ne germe pas si on l'imprègne d'eau qui a été distillée dans un alambic en cuivre. L'embryon se développe si l'eau est distillée dans un ballon de verre. Nous verrons plus loin les remarquables expériences de Baudran où l'auteur étudie l'action des minéraux sur la toxicité du Bacille de Koch.

2° Rôle physiologique du minéral

Gaube dit : « Toute cellule privée de sa matière minérale est frappée d'incapacité physiologique, soit « envisagée dans sa structure propre, soit regardée « comme organe sécréteur ». Les ferments non figurés sont des sels dans lesquels l'albumine joue le rôle d'acide ; si nous prenons, par exemple, un ferment coagulant, comme une présure, et que nous précipitions la chaux du liquide en expérience par un oxalate, la coagulation par la présure n'a plus lieu.

Les ferments, dissociant les albuminoïdes, n'agissent qu'en présence d'un acide. Saturons cet acide, la solubilisation des albuminoïdes ne se fait pas. Remettons un acide dans le liquide, nous avons de nouveau une action dissociante.

Sabattani nous a montré que l'addition de citrate de soude à la lymphe, au sang et au lait, ne donne pas un précipité de chaux, mais immobilise l'*ion calcique* et empêche la dissociation nécessaire à la fonction coagulante du calcium.

Un excès de calcium en injections sous-cutanées peut provoquer la paralysie générale. Au contraire, un excès de citrate de soude excite les centres nerveux et provoque des accès tétaniques. Une injection de sulfate de magnésie intra-rachidienne donne les mêmes effets que la cocaïne et la stovaïne.

3° L'ionisation en thérapeutique

Si le métal a une action si remarquable, il faut le présenter sous une forme telle que ses ions puissent facilement être libérés.

L'ionisation minérale a été étudiée par notre collègue Frenkel.

Je propose la définition suivante de l'ion: *l'ion constitue l'atome, le groupe d'atomes ou la fraction d'atome que les forces physiques ou biologiques libèrent de leurs combinaisons.* Ces groupements moléculaires libérés ont des affinités exaltées que les anciens avaient entrevues lorsqu'ils parlaient des *corps à l'état naissant.* Décomposons un sel par un courant électrique : à l'anode se dégage le radical acide ou *anion*, et à la cathode le métal ou *cation*.

Une solution de chlorure de sodium décomposée donnera du sodium au pôle (—) et du Cl au pôle (+).

En physiologie, nous pouvons observer une décomposition semblable, lorsque sous l'influence de la pression sanguine, de l'afflux nerveux et de l'osmose à travers le parenchyme stomacal, nous voyons les chlorures métalliques neutres du plasma libérer leurs *ions*, et donner de l'acide chlorhydrique et des chlorures d'albuminoïdes.

Les actions chimiques, toxiques, antiseptiques et médicamenteuses des substances chimiques sont des *actions ioniques*(1).

Pour agir, la substance devra être dissoute. Le choix du solvant est capital puisque la solution des métaux et de leurs sels est un phénomène chimique qui libère déjà une partie des *ions*.

Le liquide ne devra pas être un solvant non conducteur de l'électricité comme l'alcool, le chloroforme, la vaseline et la glycérine qui ne dissocient pas les ions. Le solvant peut modifier complètement les propriétés thérapeutiques du médicament; le phénol en solution dans la glycérine n'est ni toxique, ni caustique. Au contraire sa solution aqueuse est très dangereuse. *Le titre* de la solution est important puisque la pression osmotique est proportionnelle à la *concentration moléculaire*, et que le liquide *libère certains ions* en écartant les molécules.

Depuis plusieurs années on emploie en médecine des solutions à molécules complexes, comme les cacodylates, les arsinates, les composés mercuriels et phosphorés organiques.

S. Leduc condamne l'emploi de ces composés comme n'étant pas facilement décomposables, ni par les forces naturelles, ni par les forces physiques. Le courant électrique ne libère pas les ions actifs de ces composés. Par

(1) Stéphane Leduc. — *Presse médicale* (Septembre 1906).

analogie, les *actions cellulaires ne doivent pas facilement décomposer ces substances pour s'assimiler leurs radicaux utiles*. Ils sont peu toxiques parce qu'ils retiennent plus longtemps et mieux le métal ou le métalloïde que les composés minéraux : leur effet curatif est plus faible ou plus incertain.

L'action bactéricide des composés mercuriels est variable avec le groupement atomique. Si on étudie l'action du Bichlorure, du Bibromure et du Bicyanure de mercure sur le *Bacillus Anthracis*, on trouve que si une molécule de $HgCy^2$, dissoute dans 16 litres d'eau, n'a aucune action antiseptique au bout de 86 minutes de contact, une molécule de $HgCl^2$ *dans 64 litres d'eau donne une solution* qui après 85 minutes, tue toutes les bactéries présentes. On aurait pu croire que le HgCy2 avait une action antiseptique plus considérable que HgCl.

Le $HgBr^2$ a la même action bactéricide que le $HgCl^2$.

Une conclusion importante s'impose.

Dans la thérapeutique antisyphilitique, on ne devrait pas employer des composés qui, dans l'organisme ne sont pas dissociés. Leduc indique le sublimé comme le meilleur médicament. Mais pour que l'action de la solution sur la myosine du muscle ne soit pas douloureuse, il faut injecter des solutions très étendues à 1/500 ou 1/1000, additionnées de NaCl. La meilleure formule serait :

Sublimé....................	0,10
Na Cl......................	1 —
H^2O......................	100 cc.

Injecter 10 cc. ou 20 cc., 3 fois par semaine.

Dans la médication tonique, voulons-nous libérer le fer d'une combinaison ? Empruntons-le à un sel simple : chlorure, bromure, iodure de fer. Ces sels s'ionisent facilement.

Au contraire, les ferrocyanures, les ferricyanures, qui, sous l'action du courant ne libèrent pas Fe, ne le libéreront pas plus dans l'organisme.

On voit quels problèmes de thérapeutique générale soulèvent ces quelques exemples.

Action des métaux libres.

Les beaux travaux de Bredig, de V. Henry, d'Albert Robin, sur les ferments métalliques, l'action bactéricide de certains métaux à l'état colloïdal, les effets modificateurs des émanations du radium, nous permettent de dire que le *métal libre* peut, présenté à l'organisme sous une certaine forme, avoir *des actions biologiques remarquables, nullement en rapport avec les masses agissantes*.

Rappelons, à ce propos, les expériences de John Butler Burke, de Cambridge, qui place une parcelle de radium dans une solution de gélatine soigneusement stérilisée. Après quelques jours, l'examen microscopique révéla l'existence de cultures formées de points noirs, qui augmentent lentement de volume et se subdivisent en plusieurs éléments nouveaux : les *radiobes*.

Yves Delage a fécondé, à Roscoff, des œufs d'astéries à l'aide de l'acide carbonique. Il serait donc possible, avec les seules forces physiques, de créer la vie ?

Le magnésium a une action remarquable sur le Bacille d'Eberth et le B. Coli. *La simple présence du magnésium* dans l'eau contaminée amène la mort de ces bacilles en 2 ou 3 jours. Le radium émet des effluves dont les effets curatifs et physiologiques sont employés pour guérir les lésions cutanées. On peut l'introduire dans les cavités naturelles et avoir une modification de la nutrition cellulaire.

Serumthérapie minérale.

Le mercure est le seul métal ayant une spécificité très nette dans une infection microbienne redoutable. Si on ne traitait pas les avariés par ce métal, on pourrait constater des lésions et des désordres aussi graves que chez les cancéreux.

Pourquoi l'idée n'est-elle pas encore venue de chercher un métal spécifique du cancer ou de la tuberculose, comme le Hg l'est de la syphilis ?

Il y a quelques années, j'ai fait à Lariboisière, en collaboration avec le Dr Brésard, des expériences sur le traitement du cancer par les sels d'or.

Avec des injections interstitielles de chlorure d'or au 1/50 et au 1/100, dans le cancer utérin inopérable, nous avons eu la cessation des hémorragies et de l'écoulement fétide, le relèvement des forces, la disparition des douleurs chez des malades à qui on prescrivait des irrigations à l'eau oxygénée et des injections de morphine. Chez une malade que nous avons pu suivre pendant longtemps, nous avons eu une survie de 18 mois.

Est-ce à dire que l'or est au cancer ce que le Hg est à la syphilis ? Je n'en sais rien : il faudrait des milliers d'expériences pour conclure. Ces études devraient être reprises. Après les échecs de Koch et de Behring, il convient de mentionner les travaux de Baudran sur la tuberculose bovine. Ses premières expériences ont montré que les dilutions de métalloïdes à doses homéopathiques annihilent la toxicité des *alcaloïdes* et des *végétaux toxines animales*.

1 gr. de chlore dans 100.000 parties d'eau.

1 gr. de Br. dans 500.000 parties, sont capables de convertir ces poisons en substances inoffensives.

Après ces expériences préliminaires, Baudran s'occupa de la toxine tuberculeuse.

Dans une communication à l'Académie des Sciences il a montré que le bacille tuberculeux renfermait un corps toxique de nature alcaloïdique. Il a pu isoler cet alcaloïde à l'état cristallin et en faire dériver un produit possédant des propriétés curatives. Il l'a nommé « tuberculine ». Injecté à des cobayes sains de poids moyen à la dose de 0 gr. 0008, elle les fait mourir dans un temps variant de 8 à 15 jours. Injectée à des animaux tuberculeux, ceux-ci meurent en 12 ou 18 heures.

Si on traite cette tuberculinine dans de certaines conditions par le *Permanganate de calcium*, on obtient un produit antitoxique. Injectée préventivement à des cobayes sains, ceux-ci peuvent recevoir le lendemain la dose mortelle de tuberculinine sans mourir. *Cette solution est donc curative.*

Avec M. Andrieu, vétérinaire, ils ont soigné vingt vaches tuberculeuses. L'aspect extérieur de santé est excellent. Sur lui-même, Baudran s'assura que les injections sous-cutanées étaient indolores, facilement résorbables, ne donnant jamais de fièvre. L'ingestion pendant plusieurs semaines ne lui a jamais occasionné aucun trouble. Au Congrès de l'alimentation, Baudran et Andrieu ont fait une nouvelle communication sur leurs résultats cliniques. Tous les animaux traités ont largement bénéficié du traitement.

CONCLUSIONS

Après la condamnation des sérums organiques faite ici par Ed. Vidal dans un remarquable rapport (le sérum de Roux excepté), après les échecs de Koch et de

Behring dans la vaccination anti-tuberculeuse, après les résultats discutables et discutés de la vaccination anti-cancéreuse d'après les procédés de Bra, de Wlaëff, de Beard et de tant d'autres, on pourrait orienter les recherches nettement du côté de la sérumthérapie minérale. Le nombre de métaux et de métalloïdes employés en médecine est infiniment petit comparé aux corps connus. En s'appuyant sur des recherches chimiques, bactériologiques et physiologiques, il serait possible de faire avancer les questions de *contagion, d'immunisation* et de *terrain pathologique*. La thérapeutique générale pourrait, malgré des échecs relatifs, bénéficier largement de ces travaux. Pourquoi ne pas espérer que de ce long labeur sortirait peut-être la guérison du cancer et de la tuberculose, qui continuent à tuer plus d'individus que la plus meurtrière des guerres. Espérons qu'il est réservé à un savant français la gloire d'annoncer la plus noble conquête du génie humain. (Communication faite à la Société de Médecine le 10 nov. 1906.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un complément nécessaire du traitement à domicile : le dispensaire-infirmerie.

Dans une des dernières séances de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, notre ami le Dr Malbec a fait une très intéressante communication intitulée : *Du désencombrement des hôpitaux par la création d'infirmeries de quartier* (1). Le Dr Malbec y propose « la création d'infirmeries de quartier pour-« vues de quelques lits (dix à vingt) et où les malades « ne pouvant être soignés chez eux seraient reçus pour « des affections légères. Les malades admis ne seraient « pas nourris par l'infirmerie, qui ne fournirait que le « lait et les médicaments ». Dans l'esprit du promoteur de cette idée, on appliquerait aux quartiers de la ville une organisation analogue à celle qui existe dans les casernes où on admet et on soigne à l'infirmerie régimentaire les malades atteints d'affections bénignes qui ne nécessitent pas l'hospitalisation et ne peuvent cependant rester dans la chambrée. Pour bien démontrer l'utilité de son projet, M. Malbec cite des catégories de malades qui tireraient les plus grands bénéfices de cette innovation ; aucun médecin ayant l'expérience de l'assistance médicale à domicile à Paris ne viendra le contredire.

Il signale par exemple le cas d'un ouvrier blessé logeant dans une chambre d'hôtel et atteint de lymphangite, celui d'une bonne d'enfants atteinte d'angine pultacée que ses patrons, petits bourgeois médiocrement logés, ne peuvent garder et soigner chez eux, le cas très fréquent d'un enfant en bas âge, placé, par des parents qui travaillent, à la crèche, et qui, atteint de diarrhée ou d'une affection bénigne, ne peut y être conservé, et les très nombreux cas de petite chirurgie que nous ne pouvons énumérer dans cet article, car on pourrait en multiplier les exemples à plaisir.

Sans faire de trop grand frais, il serait facile d'installer dans quelque dispensaire nouveau deux ou trois salles de cinq à dix lits chacune, permettant l'expérimentation du système. Le personnel du dispensaire n'aurait pas besoin d'être beaucoup accru, une infirmière supplémentaire suffirait à la besogne. Le médecin du dispensaire donnerait ses soins aux malades que ses collègues du traitement à domicile choisiraient, en se basant sur leurs conditions d'existence et sur une nomenclature dressée d'avance des affections qui relèveraient au besoin de l'infirmerie. Si le succès couronnait l'expérience (et nous n'en doutons pas si elle était sérieusement conduite), des dispensaires-infirmeries pourraient être construits dans chaque quartier, pourvus de services de médecine et de chirurgie, quelques-uns même de services de spécialités.

Très économiquement on y soignerait nombre de malades qui, à l'heure actuelle, encombrent les hôpitaux dont les salles seraient, avec plus de profit, réservées à des affections plus graves.

Deux médecins de l'Assistance : le Dr Jean Mallet, dans le XIIIe arrondissement, le Dr Golescéano, dans le XIXe, ont organisé depuis plusieurs années, l'un, un service de petite chirurgie, l'autre, un service d'ophtalmologie qui ont rendu à la population ouvrière les plus grands services et ont défié, au point de vue économique, toute concurrence.

Pourvus de quelques lits, pour permettre un jour ou deux de repos aux malades ayant subi une petite opération, ces services étendraient bien plus loin leur bienfaisante action. Comme conséquence, on ne verrait plus dans nos grands services hospitaliers des malades occuper pendant plusieurs semaines un lit, avant que le chirurgien ou l'interne surmenés aient trouvé le temps de gratter leur foyer de suppuration osseuse, d'opérer leur ongle incarné, ou de ponctionner leur hydrocèle.

Jusqu'ici, nous n'avons, avec le Dr Malbec, envisagé que Paris, mais la création de ces dispensaires-infirmeries aurait une utilité bien plus grande à la campagne. Dans des bourgs dépourvus d'hôpitaux, ces établissements, dirigés par une infirmière instruite, rendraient des services inappréciables. Ils auraient l'avantage incontestable de ne pas grever lourdement le budget des communes et de pouvoir, avec une installation sommaire et sans personnel dispendieux, parer aux accidents imprévus. Leur installation pourrait s'improviser dans une maison quelconque, il suffirait qu'on y pût disposer de pièces suffisamment vastes et aérées. Ce serait de véritables hôpitaux de fortune qui, tout en laissant en partie le malade à la charge de sa famille, l'enlèverait souvent à un milieu nocif où les règles de l'hygiène élémentaire sont parfois inapplicables et où il devient souvent un danger pour lui et pour ceux qui l'entourent. Sous la surveillance plus directe du médecin, secondé par l'infirmière de pro-

(1) *Bull. de la Soc. méd. des Bur. de Bienf. de Paris*, déc. 1906, p. 196.

fession, le malade guérirait plus vite et l'assistance publique s'en trouverait soulagée.

Ce complément nécessaire du traitement à domicile existe-t-il ? Peut-être, mais nous doutons qu'il soit compris avec l'économie et la simplicité que nous voudrions lui voir appliquer. Nous savons qu'on a inauguré il y a quelques années à Kremlin-Bicêtre un dispensaire-hôpital, qui seconde le traitement à domicile, sans cependant remplir exactement le rôle que le Dr Malbec désire voir donner aux infirmeries de quartier. Nous nous rappelons encore avoir lu une communication du Dr Rémy sur les *hôpitaux japonais*. Et, bien que nos souvenirs ne soient pas à cet égard très précis, nous croyons que, dans ces hôpitaux, totalement différents des nôtres, des chambres étaient mises à la disposition des familles qui venaient y soigner leurs malades, les gardant, les nourrissant et, dans la mesure fixée par le règlement de l'établissement, bénéficiant des soins médicaux, pharmaceutiques et de certains services généraux. Le dispensaire-infirmerie serait, croyons-nous, un nouvel organe d'assistance médicale qui répondrait à un besoin, comblerait une lacune qui existe à Paris entre le traitement à domicile et l'hôpital, faciliterait le fonctionnement normal du premier, diminuerait l'encombrement du second. Qu'on se borne à en installer un simplement avec le strict nécessaire, sans vouloir en faire un petit hôpital, qu'on limite au minimum dans son organisation le rôle de l'architecte et les frais seront insignifiants. Nous croyons l'expérience facile à faire et elle mérite d'être tentée. J. NOIR.

Une mission française d'études de la maladie du sommeil.

Sur l'initiative de la Société de géographie, une souscription de 200'000 frs. pour l'envoi au Congo d'une mission française pour l'étude de la maladie fut ouverte. Cette initiative fut accueillie avec enthousiasme et la somme demandée est à peu de chose près recueillie maintenant et la commission s'est embarquée recemment à Bordeaux, sur le paquebot l'*Europe*. Elle emporte des instructions techniques rédigées par une commission choisie parmi les membres de l'Association scientifique internationale d'agronomie coloniale et composée de MM. Laveran, Giard, Le Myre de Villiers, Bouvier, Kermorgan, De Lanessan, Mesnil, et Roux. Les instructions furent mises au point par MM. Bouvier, Giard et Laveran, de l'Institut.

M. Laveran a fait porter les instructions médicales sur un grand nombre de points dont nous ne citerons que quelques uns : Répartition de la trypanosomiase humaine et du Glossina au Congo Français. Importance du diagnostic précoce de la trypanosomiade. Etude des trypanosomiases aninimales. Rôle des infections bactériennes secondaires dans la pathogénie des accidents de la maladie du sommeil. Rôle des Glossina dans la propagation de la trypanosomiase humaine. Recherches concernant le traitement et la prophylaxie. Les instructions zoologiques ouvrent aux membres de la mission des champs d'études aussi vastes et aussi intéressants : Histoire de la Glossina palpalis. Les autres articulés, peut-être capables de propager le trypanosome. Les hôtes naturels du trypanosome. Modifications subies par le trypanosome chez l'insecte propagateur. La lutte contre les insectes propagateurs La mission est composée de MM. Martin, Lebœuf, Roubaud et Weiss. B. P.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 décembre 1906.

Sur la glycosurie sans hyperglycémie.

MM. R. LÉPINE et BOULUD rappellent que, outre la glycosurie phloridzique, on peut observer parfois une glycosurie dans différentes conditions chez des chiens intoxiqués, ou à la suite de la ligature temporaire d'un uretère, sans que le sang soit plus riche en sucre qu'à l'état normal.

Deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces glycosuries sans hyperglycémie ; on peut supposer qu'il s'agit d'une glycosurie de cause rénale, comme celle de la phloridzine ; on peut aussi penser que le sucre, formé brusquement sous l'influence du principe diabétogène introduit dans le sang, est insuffisamment fixé aux matières albuminoïdes de ce liquide.

Essai d'une technique rationnelle de la radiothérapie.

MM. J. BERGONIÉ et L. TRIBONDEAU. — On a constaté que les radiations pouvaient frapper de mort les cellules d'un néoplasme, en laissant intacts les tissus sains voisins ou incorporés à la tumeur.

Mais les expériences *in anima vili* ont montré que les rayons opèrent une sélection analogue entre deux tissus sains. C'est ainsi que dans les expériences sur le testicule du rat, les auteurs ont pu détruire les cellules de la lignée séminale alors que la glande interstitielle et le syncytium sertolien restaient indemnes. Grâce à ces recherches, il a été possible d'établir la loi suivante : les rayons X agissent avec d'autant plus d'intensité sur les cellules que l'activité reproductrice de ces cellules est plus grande, que leur devenir caryocinétique est plus long, que leur morphologie et leurs fonctions sont moins définitivement fixées. Dès lors il est facile de comprendre que la rontgénisation détruise les tumeurs sans détruire les tissus sains.

Mais, d'autre part, les rayons X ont provoqué chez les médecins électriciens des épithéliomas des mains à allure envahissante, compliqués même d'adénopathies néoplasiques. Comment interpréter ces résultats paradoxaux ? Or, on a montré récemment que les spermies du rat, présentent, après exposition aux rayons X, des formes monstrueuses qui sont dues à des caryocinèses atypiques des spermatocytes ; de leur côté les auteurs ont aussi observé des lésions testiculaires qui ne peuvent s'expliquer que par une action des rayons sur l'activité surproductrice des spermatogonies.

Il s'ensuit que la rœntgénisation, lorsqu'elle est insuffisamment intense pour tuer les cellules, peut du moins influencer leur évolution ultérieure. Or, l'atypie évolutive n'est-elle pas le caractère capital. des cellules épithéliomateuses et cancéreuses ? Il faut donc éviter de produire des caryocinèses atypiques dans les applications radiothérapiques. Or, il semble que la méthode des doses faibles et répétées soit la plus apte à produire les irritations non destructives qui provoquent probablement les transformations malignes. Il faut donc préférer la méthode des doses massives. La technique idéale serait, étant donné un tissu complexe formé de deux ou plusieurs éléments, dont un à détruire par la radiothérapie, de faire absorber à ce tissu complexe, et en une seule fois, la dose maxima de radiations compatible avec l'intégrité du ou des éléments à conserver.

La radiothérapie paraît contre-indiquée dans les cas d'éléments histologiques d'activité égale dont un serait à conserver. En effet, dans ce cas, il n'y aurait aucune sélection des rayons X et aucune dose ne conviendrait. Mme PHISALIX.

HONORAIRES ÉNORMES DEMANDÉS PAR UN DOCTEUR. — Le Dr Frank Billings, qui soigna Marshall Field, le milliardaire, dans sa dernière maladie, demande à la succession 25000 dollars (125000 fr.) pour ses services. Comme il ne soigna M. Field que sept jours, sans opération chirurgicale spéciale, c'est la note la plus élevée qu'on ait jamais vu présenter aux Etats-Unis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre 1906.

Coma diabétique. — Rôle de l'intoxication acide.

MM. Thiroloix et Rosenthal ont injecté le sérum et les urines d'un malade en état de coma diabétique. Le lapin est mort après injection intraveineuse de 4 cc. de sérum par kilog. Le même sérum alcalinisé était toléré à la dose de 11 cc. Le cobaye a supporté l'injection intrapéritonéale de 65 cc. par kg. d'urine du même malade.

Diagnostic hémolytique précoce de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse expose une méthode permettant parfois de faire le diagnostic avant l'agglutination.

Il prend aseptiquement 1 cc. de sang dans la veine ou sur la peau bien lavée, le reçoit dans une solution de citrate de soude qui empêche la coagulation. La culture est examinée par passage dans la lactose tournesolée lactosée, dans le bouillon additionné de sérum antityphique. Dans ce dernier milieu, la culture prend un aspect qui permet de faire le diagnostic à l'œil nu.

Flore intestinale des helminthes.

M. Weinberg et Mlle Ingo Soenes estiment que les helminthes introduisent des microbes dans les milieux qu'ils fréquentent, car la surface de leur corps est couverte d'une riche flore microbienne.

Quelques *nématodes* qui se nourrissent du sang de leur hôte restent fixés plusieurs heures sur la muqueuse intestinale ; ils peuvent ainsi faire passer de la cavité intestinale dans l'épaisseur des tissus les microbes qui y séjournent et amener ainsi une infection.

Le tube digestif des helminthes a-t-il une flore personnelle ? Les recherches des auteurs leur permettent d'affirmer que :

1° Le canal intestinal des helminthes emprunte des microbes à la flore intestinale de l'animal habité ; mais il y en a beaucoup moins qu'à la surface de l'animal.

2° Il y a moins de microbes dans l'intestin des helminthes qui pompent le sang que dans celui des helminthes qui vivent du liquide intestinal.

3° Les helminthes en se fixant ou en perforant la muqueuse intestinale introduisent surtout les microbes de leur surface ; mais les microbes de la cavité intestinale peuvent ainsi passer.

Constituants colloïdes du sang.

M. Iscovesco montre que le sérum sanguin, filtré et dyalisé contient deux sérums albumineux différents quant aux signes de leurs charges électriques.

Circulation veineuse intra hépatique.

MM. Brissaud et Bauer indiquent une technique facilitant par les masses gélatineuses colorantes, l'étude de la circulation veineuse intra hépatique. Il faut injecter chez l'animal vivant à sang incoagulable. Cette technique leur a permis de nier l'indépendance vasculaire des lobes hépatiques. La masse se localise plus particulièrement dans les voies sus-hépatiques.

Ce n'est là ni un phénomène organique, ni une réaction de défense, car, dans un foie isolé recueilli soigneusement, on détermine la même localisation.

Coagulation du sang dans les hémorrhagies.

M. Emile P. Weil a trouvé, dans dix états hémorrhagiques primitifs ou secondaires aigus ou chroniques, fébrile ou sans fièvre, un notable retard de la coagulation qui prend le mode plasmatique, après sédimentation du cœur. Le retard était moins marqué que dans l'hémophilie. Le caillot est parfois mou, peu ou pas rétractile. L'injection de sérum arrête souvent, et diminue toujours les hémorrhagies. Or, in vitro, l'addition du chlorure de calcium hâte la coagulation. Le sérum des purpuriques ne semble pas avoir de substances anticoagulantes. le retard de la coagulation se rattacherait à des lésions complexes des fibrinogènes, des ferments coagulants et des sels de chaux.

Etude du caillot.

MM. Le Sourd et Pagniez ont fabriqué un sérum antihématoblastique qui a une action sur le caillot.

Le sang de lapin, recueilli dans ce sérum, forme un caillot qui reste irrétractile et les phénomènes ainsi obtenus se rapprochent du caillot de certaines formes de purpura, dans la variole hémorrhagique, l'anémie pernicieuse, et montre l'analogie qu'il y a entre la rétractilité du caillot et les modifications qualitatives et quantitatives des hématoblastes.

Corps thyroïde et tempérament.

M. Léopold Levi et H. de Rotschild ont vu que, sous l'influence de 175 cachets de corps thyroïde, le tempérament d'une jeune fille de 17 ans s'est modifié ; elle s'est élancée, a fondu ; le visage s'est dégonflé, les yeux sont brillants et expressifs, et l'état cérébral s'est transformé. Elle était triste, fatiguée, somnolente, peu appliquée. Elle est gaie, causeuse, et peut s'appliquer au travail. Le pouls a oscillé de 90 à 110. Elle se rapprocherait de l'état pathologique nommé nervosisme qui serait souvent dû à une hyperthyroïdation légère, spontanée, continue avec paroxysme, et ces phénomènes seraient à rapprocher des changements de tempérament dus au corps thyroïde dans la grossesse, les menstrues, la ménopause, certaines affections et certains traitements.

Variétés cliniques du muguet.

MM. Rajat et Péju ont obtenu le muguet sur des levures multiples qu'ils rapportent à deux types cliniques : l'un à culture abondante, pulvérulente, à levures de grosseur normale ; l'autre à culture floconneuse avec grosses levures globuleuses. Cliniquement, il y a une forme bénigne guérissant par les alcalins ; l'autre rebelle ne cédant qu'aux antiseptiques.

Séance du 15 décembre 1906.

Septicémie anaérobie dans la gangrène sénile.

MM. Gilbert et Lippmann ont étudié, au cours d'une gangrène sénile, l'état bactériologique du sang pendant la vie et ont reconnu une septicémie strictement anaérobie.

Tandis que les cultures effectuées avec la sérosité de la plaie gangréneuse donnaient une infection aéro-anaérobie, les recherches bactériologiques du sang de la circulation générale donnaient nettement lieu à la prolifération des seules cultures anaérobies, les milieux ordinaires restant stériles. Ces cultures donnèrent en abondance, et très pures, des colonies du B. ramosus, microbe strictement anaérobie. Ces résultats montrent l'influence des anaérobies et, en particulier, du B. ramosus pour la création des gangrènes et démontrent sur le vif la réalisation de l'infection sanguine généralisée par les bacilles de l'anaérobiose. Cliniquement, ces faits semblaient probables, mais cette expérimentation ne permet plus d'en douter.

Anthracose pulmonaire d'origine intestinale.

MM. Calmette, Vansteenberghe et Grizez concluent que les poussières colorées sont introduites par voie digestive et peuvent être véhiculées par la lymphe à travers les ganglions mésentériques jusqu'aux poumons. L'anthracose pulmonaire d'origine intestinale est pour eux hors de contexte. Elle est macrospiquement et microscopiquement comparable à celle des fumeurs et des mineurs et ne peut être comparée à l'anthracose purement mécanique d'origine aérienne.

Eosinophilie sanguine.

M. J. Gaillard a trouvé, sur huit malades atteints de la maladie de Recklinghausen, une éosinophilie notable variant de 15 à 2,1 p. 100. Elle ne dépend ni de la pigmentation ni des fibromes multiples. On n'en trouve pas dans les nodules fibreux enlevés après autopsie. Elle semble parfois héréditaire.

Kyste hydatique du foie.

MM. Cerné et Devé ont observé de l'air empoisonné dans un kyste du foie fermé : il se rapproche de l'air du pneumothorax, moins d'oxygène, peu d'acide carbonique, azote varie peu et cet air se résorbe très lentement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 décembre.

Dans cette séance publique annuelle M. Motet a rappelé tout d'abord les principaux travaux de l'Académie en 1906 et les pertes trop nombreuses qu'elle a faites pendant cette année. Puis avec son éloquence ordinaire. M. Jaccoud, secrétaire perpétuel a prononcé l'éloge de Nocard si remarquable par son active carrière et par ses travaux scientifiques.

Voici la liste des prix :

Prix de l'année 1906

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr. (1)

Le prix n'est pas décerné.

PRIX AVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr.

A M. Gauchery, de Paris.

PRIX APOSTOLI. — 600 fr

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable à M. E. A. Weil, de Paris.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED

Un titre de 24.000 fr. de rente

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1500 fr. à MM. A. Calmette, directeur, et G. Guérin, chef de laboratoire de l'institut Pasteur de Lille.

1500 fr à M. H. Vallée, d'Alfort.

500 fr. à M. Halbron, de Paris.

Mentions très honorables à :

M. Spengler, de Davos (Suisse).

M. Chuquet, de Cannes.

M. J. Dupuis, de Saint-Nazaire.

M. Lesieur, de Lyon.

M. Radiguer, de Paris,

M. Tartarin, de Menton.

M. Ch. Vigné, du Havre.

PRIX BAILLARGER. — 2000 fr. (Biennal).

Le prix n'est pas décerné.

PRIX BARBIER. — 2000 fr.

MM. Bérard et Patel, de Lyon.

M. Bruno Galli-Valerio, de Lausanne,

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 fr. (Biennal).

A MM. Mignot, médecin de la Maison nationale de Charenton : E. Schrameck, chef de laboratoire d'ophtalmologie à la clinique des maladies mentales ; et Parrot, interne à la Maison nationale de Charenton.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 fr.

A Mlle A. Drzewina, de Paris.

PRIX HENRI LUIGNET. — 1500 fr.

A M. Nicloux, de Paris.

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS. — 2300 fr. (Biennal).

A MM. Castaigne et Rathery, de Paris.

PRIX CAPURON. — 1000 fr.

A M. Moureu, de Paris.

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 6000 fr. (Triennal).

A M. L. Rénon, de Paris.

Mentions très honorables à :

M. Nattan-Larrier, de Paris.

MM. Louis et Paul Murat, d'Antibes.

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr.

A M. Cavaillon, de Lyon.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr.

A MM. Dopter, major de 2e cl., agrégé au Val-de-Grâce, et Oberthur, de Paris.

PRIX CLARENS. — 400 fr.

A MM. P. Couteaud, médecin en chef de la marine, à Cherbourg ; et Girard, médecin principal de la marine, Bordeaux.

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont des prix annuels,

Mentions très honorables à :

M. Le Moal, major de 2e cl. des troupes coloniales.

M. Laurent, de Rouen.

PRIX DAUDET. — 1000 fr.

A MM. A. Béclère, J. Belot et G. Haret, de Paris.

PRIX DESPORTES. — 1300 fr.

L'Académie partage le prix entre :

M. Devé, de Rouen.

M. Ducroquet, de Paris.

M. Pressat, de Port-Saïd.

M. Zimmern, de Paris.

M. Lafay, de Paris.

M. Lehmann, de Paris.

M. Monteuuis, de Dunkerque.

M. Spire, major des troupes coloniales.

M. Vaudet, de Paris.

CONCOURS VULFRANC GERDY

L'Académie a versé, en 1906, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

Une récompense de 500 fr. à M. Chiray et une somme de 1500 fr.

Une récompense de 500 fr. à M. Ameuille et une somme de 1500 fr.

1500 à M. Lemaître.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr.

A MM. Castaigne et Rathery, de Paris.

PRIX PIERRE GUZMAN.

Un titre de rente de 1328 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr.

A. M. Maurice de Fleury, de Paris.

Mention très honorable à :

M. E. Rabaud, de Paris.

Mentions honorables à :

M. Gaussel, de Montpellier.

M. André Léri, de Paris.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 fr.

(Quadriennal).

Le prix n'est pas décerné.

PRIX HUGO. — 1000 fr. (Quinquennal).

A M. Brunet, médecin de 1re cl. à Brest.

Mentions honorables à :

M. Barbot, de Mende.

M. Cabanès, de Paris.

M. Delaunay, du Mans.

M. Gautier, de Genève.

M. Mac-Auliffe, de Paris.

M. J. Regnault, médecin de la marine.

PRIX ITARD. — 2400 fr. (Triennal).

A M. Vires, de Montpellier.

PRIX LABORIE. — 5000 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX DU BARON LARREY. — 200 fr.

L'Académie partage le prix entre :

M. E. Ausset, de Lille.

MM. Lemoine, méd. princ. de 2e cl., et Simonin, major de 1re cl., du Val-de-Grâce.

Mention à M. Regnier, major de 2e cl., des troupes coloniales.

PRIX LAVAL. — 1000 fr.

A Mlle Lingois, étudiante en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr.

A MM. Dromard et Levassort, de Paris.

Une 1re mention à M. Laurent, de Rouen.

Une 2e mention à M. Chavigny, major de 2. cl., répét. à l'Ecole de Lyon.

PRIX MEYNOT aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr.

A M. R. Leroux, de Paris.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr.

A M. E. Brumpt, de Paris.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr.

A. M. Hérissey, de Paris.

PRIX ORFILA. — 2000 fr. (Biennal).

Le prix n'est pas décerné.

PRIX OULMONT. — 1000 fr.

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

A M. Okinczyc, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX POURAT. — 700 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr.

Pas de mémoire présenté.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr. (Biennal).

A. M. A. Rémy, de Dijon.
Mentions très honorables à :
M. Castaigne, de Paris.
M. P. Dalché, de Paris.
MM. Deguy et Guillaumin, de Paris.
M. Perrier, de Nîmes.

PRIX STANSKI. — 1400 fr. (Biennal).

A MM. les majors de 2e cl. Roussel, du 14. chass. à cheval à Dôle, et Job, du 1er esc. des équip. à Lille.

PRIX TARNIER. — 3000 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

L'Académie décerne :
500 fr. à MM. Simon, major de 1re cl., à l'hosp. de Rouen, et Perrin(major de 2e cl. au 74e d'inf. à Rouen),
Mentions honorables à :
M. Billet, major de 1re cl. à l'hôp. mil. de Marseille.
M. Legrand, major au 3e dragons à Nantes.
M. Mantel, de Saint-Omer.
M. Pitance, de Saint-Moreil.
M. Toy. de Toulouse.

Service des épidémies.

Médaille d'or, à : M. Vergely, de Bordeaux.

Rappels de médailles d'or, à : M. Carlier, major de 1re cl. à Grenoble.

Médailles de vermeil, à : MM. Hoël, de Reims ; Lestoquoy, d'Arras ; Pitance, de Saint-Moreil.

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. André, de Toulouse ; Balestre, de Nice : Baudin, de Besançon ; Foucaut, de Fontainebleau.

Médailles d'argent, à : MM. Camescasse, de Saint-Arnould ; Devé, de Beauvais ; Félix, de Bruxelles ; Hassler, méd.-principal de 2e cl. à St-Etienne ; Petit, major de 1re classe à Montauban ; Rouffiandis, major de 2e cl. des troupes coloniales.

Rappels de médailles d'argent, à : MM. Colin, de Quimper ; Jaubert, major de 1re cl. à Tlemcen : Legros, de Rochefort-sur-Mer ; Leray, de Rennes ; Moreau, de Sens ; Sudour, méd.-principal de 2e cl. à Blida.

Médailles de bronze, à : MM. Bernard, de Corbelin ; Poppin, major des troupes coloniales, en mission en Perse ; Jacquey, de Faucogney ; Le Roy des Barres, d'Hanoï ; Malafosse, major de 2e cl. aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Mantel, aide major de 1re cl., troupes coloniales : Martin, major de 1re cl. : Pélissier, major de 2e cl. des troupes coloniales.

Rappels de médailles de bronze, à : MM. Brisson, de La Palisse ; Decouvelaëre, de Hazebrouck ; Deumier, major de 2e cl. au 18e bat. d'art, à pied, à Brest ; Bezautière, de La Machine ; Guérin, de Blois ; Moinet, major de 2e cl. attaché à la direction du serv. de santé du 9e corps d'armée à Tours ; Moulonguet, d'Amiens ; Ollivier, de Dinan ; Omont, de Pont-Audemer ; Pâris, de Maréville.

Service de l'hygiène de l'enfance.

Médailles de vermeil, à : M. A. Alexandre, Arques (Pas-de-Calais).

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. Bauzon, Chalon-sur-Saône) ; Orléans ; Courtade, Outarville ; Denizet, Château-Landon ; Lautré, Toulouse ; Metton-Lepouzé, Rouen.

Médailles d'argent, à : MM. Beluze, Paris ; Gagnière, Lyon-Monchat ; Ginestous, Bordeaux ; Heurteau, Fay-aux-Loges (Loiret) ; Houssay, Pontlevoy (Loir-et-Cher) ; Mantel, Saint-Omer ; Vivien, Vienne (Isère) ; Wehlin, Clamart.

Rappels de médailles d'argent : à MM. Frémicourt, Jaulgonne (Aisne) ; Mazoyer, Villefort (Lozère).

Médailles de bronze : à MM. Bourdet, Nogent-sur-Marne : Courgey, Ivry ; Flour, Bray-sur-Somme ; Maumené, Paris ; Merveilleux, méd. princ. de 2. cl. des troupes colon. ; Monory, Paris ; Truffet, Seyssel.

Séance du 18 décembre.

Anastomose saphénofémorale dans la cure des varices.

M. Pierre DELBET montre le rôle prépondérant de l'insuffisance des valvules de la saphène dans la production des varices. En anastomosant cette veine à valvules insuffisantes dans une veine à valvules efficaces comme la fémorale, le reflux sanguin disparaît. M. Delbet rapporte huit cas opérés avec le plus grand bénéfice au point de vue des œdèmes, des crampes, des douleurs, de la pigmentation cutanée et même, dans trois cas, des ulcères variqueux. Aucun des malades n'a eu le plus léger accident. « Pourtant on ne saurait, dit très sagement en terminant M. Delbet, conclure que l'opération sera toujours bénigne. Malheureusement elle présente toujours un danger : la phlébite avec ses embolies. »

Sur la fémorale seconde choisie pour l'anastomose les risques d'embolie, même en cas de thrombose, sont beaucoup moindres que sur la fémorale commune, de telle sorte que la thrombose, si par malheur elle venait à se produire, n'entraînerait pas sans doute de conséquences irréparables.

Quelles sont les indications de l'anastomose saphéno-fémorale ? Les conditions fondamentales, pour qu'elle puisse donner un résultat, sont au nombre de deux. Il faut que les varices portent sur le domaine de la saphène interne, ce qui est d'ailleurs la règle. Il faut, en outre, que les veines variqueuses soient perméables et non enflammées. Quand il existe des accidents de phlébite ou de thrombose, les grandes résections sont seules possibles. Dans toutes les autres conditions, l'anastomose saphéno-fémorale me paraît donner de meilleurs résultats que les ligatures et les résections.

Je m'attends à ce que cette opération rencontre des résistances. On considère les varices comme une affection assez insignifiante et l'on s'en désintéresse. Cependant, s'il est des varices bien supportées, il en est aussi, et beaucoup, qui constituent une grave infirmité. Par elles bien des malades deviennent impotents et complètement incapables de travailler. Parmi ceux que j'ai opérés, un marchand de quatre-saisons ne pouvait plus faire son métier, un palefrenier avait fait sept séjours à l'hôpital sans obtenir de soulagement, une laveuse avait des hémorragies incessantes et éprouvait, après quelques heures de station debout, un engourdissement si douloureux que ses jambes se dérobaient sous elle ; elle s'effondrait. Les varices constituent donc, dans bien des cas une infirmité pénible qui justifie une intervention sérieuse, pourvu qu'elle soit efficace.

Diagnostic précoce de la tuberculose.

Le Dr BAROT (d'Angers) montre d'après 250 observations la possibilité du diagnostic précoce à la période de germination ganglionnaire. La tuberculose à ce stade est très fréquente et très importante car elle est alors particulièrement usuelle.

Le diagnostic se base sur quatre signes principaux qui ti-

rent toute leur valeur de leur coexistence : l'amaigrissement, la lassitude matinale, la sensibilité douloureuse à la pression (vertébrale et sternale), la trachysigaphonie ou résonnance anormale et rude, de la voix basse aux points vertébraux ; et sur une série de signes auxiliaires qui viennent renforcer le diagnostic.

Traitement de la pneumonie (Suite).

M. Netter rappelle que le collargol a été employé dans la pneumonie dès 1889 et que lui-même a publié sur ce traitement spécial plusieurs travaux.

M. Robin répond que M. Netter employait le collargol à doses massives. Le point nouveau de sa méthode est l'usage des ferments métalliques à doses infinitésinales.

Elections.

Le Pr Gautier devient président de l'Académie pour 1907.

M. Bucquoy est nommé vice-président, M. Troisier secrétaire annuel, MM. Bouchardat et Robin, membres du Conseil.

La prochaine séance de l'Académie aura lieu mercredi 26 décembre au lieu de mardi 25 (Noël).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 décembre.

Phytinate de quinine.

M.S. Posternak décrit, comme suite à ses recherches sur le principe phospho-organique des graines végétales, un nouveau sel, le phytinate de quinine, ayant la composition chimique de l'anhydro-oxy-méthylène-diphosphate acide de quinine.

On le prépare par saturation de l'acide phytinique libre à l'aide de la quinine et dessiccation consécutive dans le vide. Poudre jaunâtre, d'aspect cristallin de saveur amère, très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, l'éther, le benzène et le chloroforme. Les solutions aqueuses sont fluorescentes.

Le phytinate de quinine contient 57 pour cent de quinine et 43 pour cent d'acide phytinique ce qui permet l'administration simultanée de doses suffisantes de deux principes actifs.

Les indications du phytinate de quinine sont celles des autres sels de quinine sur lesquels il présente cependant quelques avantages.

Les propriétés pharmacodynamiques de la phytine considérée à l'heure actuelle comme reconstituant général et modificateur de la nutrition des plus sûrs, sont de nature à soutenir l'organisme dans sa lutte contre les microbes et favoriser ainsi l'action spécifique de la quinine dans le *paludisme*, dans les *fièvre puerpérale et typhoïde.*

Le phytinate de quinine semble surtout indiqué dans la *cacachexie paludéenne.*

Dans les *névralgies* et le *vertige de Ménière* intervient l'effet fortifiant de l'acide phytinique, très riche en phosphore organique assimilable (22, 08 p. c.) sur le système nerveux dont la nutrition se trouve favorablement influencée.

L'action thérapeutique de la quinine dans certains cas de diabète signalée par Blumenthal, Lécorché, Semmola, etc., sera très probablement renforcée grâce à l'acide anhydro-oxyméthylène-diphosphorique dont les sels possèdent, d'après M. le prof. Gilbert, la propriété d'exciter les échanges nutritifs. Le fait de la disparition plus rapide du glycogène chez les animaux en inanition sous l'influence de la phytine que Giacosa vient de mettre en évidence corrobore l'hypothèse de la combustion plus prompte du sucre chez les diabétiques traités au phytinate de quinine.

En un mot, la quinine envisagée comme base végétale semble trouver dans le principe phosphoorganique des graines végétales un dissolvant acide *naturel* capable de compléter jusqu'à un certain point les effets thérapeutiques de l'alcaloïde.

Digitoxine soluble de Cloetta (Digalène).

M. Laumonnier a expérimenté le digalène dans un certain nombre de cardiopathies avec résultats favorables. La systole est renforcée, la pression artérielle monte, le pouls diminue de fréquence, une diurèse considérable s'installe et les œdèmes disparaissent. Le médicament s'éliminant rapidement au lieu de s'accumuler, les effets thérapeutiques ne durent pas, mais on peut reprendre l'administration du digalène autant de fois et aussi longtemps qu'on veut. Le médicament est utilisé en injections intramusculaires, qui sont presque indolores. On peut aussi le faire absorber par le tube digestif sans inconvénients.

Friedel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre.

Inoculation de chancre syphilitique.

M. Queyrat a réussi à inoculer chez un malade porteur d'un chancre spécifique typique avec pléiade ganglionnaire datant de quatre jours, le virus sur la région deltoïdienne. Douze jours après se développèrent des accidents primaires syphilitiques typiques. La réinoculation du chancre est donc possible dans les onze jours qui suivent son apparition à condition que le porteur n'ait pas suivi un traitement hydrargyrique. M. Queyrat a prouvé expérimentalement que ces lésions ne sont pas dues à une infection banale, mais que ce sont bien des réinoculations. Ce ne sont pas non plus des accidents secondaires déterminés par le traumatisme. L'autoinoculabilité du chancre est donc prouvée.

Opérations pour néoplasmes gastriques.

M. Lion a communiqué la statistique des cas opérés pour néoplasmes au nombre de 24 dont 21 tumeurs pyloriques. Dans tous ces cas il y avait stase le matin à jeun. Il a souvent constaté la contracture en masse de l'estomac et les ondes péristatiques. L'étude du chimisme n'a pas été de grande utilité pour poser les indications opératoires. C'est surtout la sténose pylorique, qui est le fait important pour l'intervention et c'est elle qu'il faut dépister de bonne heure. La gastrectomie est, dans ces cas diagnostiqués au début, l'opération de choix. Le plus souvent on a pratiqué la gastroentérostomie qui a été suivie d'une amélioration notable. La survie a varié de sept semaines à 3 ans. La gastrectomie est une opération grave et a entraîné trois décès opératoires sur six cas.

Destruction du pied de la circonvolution de Broca sans aphasie.

MM. P. Marie et F. Moutier ont fait l'autopsie d'un malade mort d'asystolie, et ont trouvé une lésion du centre de Broca. A aucun moment le malade n'avait présenté de troubles du langage.

Kyste hydatique du poumon gauche traité avec succès par les ponctions et des injections de sublimé.

M. Gaillard rapporte cette observation et présente la malade, qui avait souffert depuis trois ans de douleurs thoraciques consécutives à une hémoptysie.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

Séance de décembre 1906.

I. M. Lebrun envoie à la Société une étude médico-légale sur les homicides par blessures du cœur (présentée par M. Balthazard). L'auteur s'est servi de nombreux documents mis à sa disposition par M. Socquet, et il a pu établir que, sur 633 autopsies d'homicide volontaire, dans 80 cas, la mort a eu lieu par blessure du cœur. C'est là une proportion énorme si on compare ces chiffres à ceux qui sont fournis par les statistiques des médecins militaires : ainsi, par exemple, dans la guerre de Sécession, 0,7 % seulement des tués sur le champ de bataille, le furent par blessure du cœur. Cette disproportion s'explique d'ailleurs très bien, quand on songe que dans la pratique médico-légale il s'agit de victimes d'assassinats et que l'assassin choisit, pour frapper, l'endroit du corps qui lui paraît le plus vulnérable, tandis que, dans les guerres, les balles ne frappent pas beaucoup plus souvent le cœur que telle autre partie du corps. L'auteur étudie également l'anatomie pathologique de ces plaies, ainsi que le mécanisme de la mort que celles-ci amènent : il montre notamment le rôle

relativement peu considérable du sang épanché agissant par compression ; c'est l'anémie consécutive à l'hémorrhagie qui cause la mort.

II. M. JACOMY communique les conclusions de son rapport « sur la question relative à l'inscription des médicaments au Codex » (lues par M. Yvon). Il s'agissait de résoudre la question suivante : si une édition quelconque du codex ne mentionne pas tel médicament inscrit au contraire dans une édition précédente, le dit médicament devient-il par cela même un « remède secret » ? La commission nommée par la Société et dont M. Jacomy était le rapporteur, conclut à la négative. Elle considère que les éditions successives du Codex ne doivent pas comprendre tous les agents médicamenteux sans exception, et si un médicament a figuré dans une édition quelconque, cela suffit parfaitement pour qu'il ne soit plus considéré comme remède secret.

III. M. DABOUT a fait une étude comparée « des morgues de Paris et d'Angleterre ». Il en résulte que la ville de Paris aura encore beaucoup à faire avant de pouvoir soutenir la comparaison, sur ce point, avec Londres par exemple. L'auteur montre dans quelles conditions défectueuses se trouve installée la morgue de Paris et il rappelle, ainsi que d'autres membres de la Société, combien d'efforts ont déjà été tentés pour remédier à cette situation, mais sans résultat appréciable jusqu'à maintenant.

HALBERSTADT.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 11 *décembre* 1906.— Présidence de M. LANCEREAUX

Tuberculose et propreté.

M. le Dr LEVASSORT fait le procès des logements malpropres, obscurs et mal tenus. Il ne suffit pas de donner un logement sain à une famille riche ou pauvre ; il faut encore que cette famille ait la moindre notion de la propreté. Trop souvent, les citoyens français négligent et leur intérêt, et la propreté de leur corps. L'auteur insiste sur la mauvaise tenue des courettes de la plupart des maisons de nos grandes villes, que ces maisons soient de bonne tenue, ou riches, ou humbles et pauvres. Sur ces courettes s'ouvrent les fenêtres de la cuisine des water-closets et quelquefois des chambres d'amis. Bien entendu, toutes ces pièces sont absolument dépourvues de lumière et d'air. Dès le matin, les domestiques secouent les tapis et les ordures ménagères dans cette courette étroit et obscure. Comme la plupart des garde-manger sont suspendus à claire-voie, il existe là une bonne source de contagion par la voie alimentaire.

M. JUILLERAT déclare que toutes ces courettes devraient être définitivement supprimées de l'architecture moderne et disparaître.

M le Dr Georges PETIT a dû faire plusieurs reprises des enquêtes sur la malpropreté de ces courettes qui même dans les immeubles les plus riches sont une source de contagion continuelle pour les domestiques et pour les maîtres.

M. le Dr S BERNHEIM parle de la Ligue nationale contre les habitations insalubres comptant actuellement plus de 12.000 membres, ligue qui mène la campagne la plus active contre les taudis meurtriers, et qui justifie son existence par des actes et par de la propagande fort active. D'après l'auteur, des cours d'hygiène pratique devraient être faits dans les écoles et les lycées français afin d'habituer les enfants à la propreté dès leur jeune âge. Enfin une surveillance sévère analogue à celle qui fonctionne en Angleterre pourrait seule remédier à ce mal.

Emploi du sérum de Marmoreck.

M. le Dr A. ROBLOT a traité un grand nombre de tuberculeux par cette sérothérapie appliquée en lavements quotidiens à la dose de 5 cc. Il cite un certain nombre de cas très améliorés et même des malades chez lesquels la tuberculose a semblé être enrayée définitivement. L'auteur prétend que le sérum de Marmoreck possède une action spécifique mais qui ne se produit que dans les formes apyrétiques. Chez les malades fébriles cette méthode a échoué.

M. le Dr Georges PETIT ajoute qu'il a soigné à l'heure actuelle 82 malades par le sérum de Marmoreck et qu'il a obtenu des effets satisfaisants, non seulement chez les apyrétiques mais chez les malades fébriles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 6 décembre 1906

La dysenterie dans l'armée. Son étiologie. Sa prophylaxie.

M. BARTHÉLEMY relate une épidémie de dysenterie qu'il a observée dans deux bataillons du 104e d'infanterie au camp de Maisons-Laffitte en juillet et août 1906. 31 cas, 1 décès. Il incrimine comme causes étiologiques : 1° l'usage d'une eau polluée, ainsi que le démontrait l'analyse bactériologique faite 14 jours auparavant ; 2° la mauvaise installation des tinettes Goux, où la matière absorbante était représentée non par la terre meuble, mais par des torillons de paille, qui ne pouraient en aucune façon remplir le même but.

M. VINCENT n'admet pas la cause hydrique parce que les atteintes n'ont pas apparu brusquement et d'une façon massive. Elle peut être invoquée pour le premier cas, mais l extension épidémique est due, suivant lui, à la contamination pour les souillures apportées sur les chaussures des hommes circulant au voisinage des latrines, et peut-être par les mouches se déposant sur les aliments.

M. DOPTER conclut de ses recherches bactériologiques que le bacille de la dysenterie persiste pendant longtemps dans les selles de convalescents de dysenterie, et que la contagion peut provenir d'individus atteints de diarrhée légère qui ne sont que des dysenteries.

M. BORY montre que la dysenterie, autrefois endémique au camp de Châlons, a totalement disparu ces dernières années à la suite des mesures prophylactiques visant l'eau, le sol, les latrines. Les puits ont été désinfectés ; les terrains occupés par les troupes une année sont gazonnés pendant deux années consécutives ; les feuillées ont été remplacées par des tinettes Goux.

M. CAVALIER-BÉNÉZET, qui a vu le camp de Maisons-Laffitte 15 jours après le départ du régiment de M. Barthélemy, remarque que les locaux les plus mal tenus n'ont pas présenté de cas de dysenterie,

M. DEBRIE a observé une épidémie de dysenterie à la Fachette, près de Briançon, dans un cantonnement alpin ; les habitants qui vivaient dans les mêmes conditions hygiéniques n'ont présenté aucun cas de cette affection. L'état militaire ne créerait-il pas une réceptivité spéciale ?

M. LAFEUILLE montre que, pour certaines de ces épidémies, il faut incriminer l'eau consommée dans les bars, les cafés qui avoisinent les camps et dont la clientèle est à peu près exclusivement militaire.

Valeur des procédés actuels de prophylaxie contre la scarlatine.

M. LE GOÏC prend un malade atteint de scarlatine depuis le moment où il se présente à la visite ; il le suit à l'hôpital, en convalescence, à son retour au quartier en insistant sur certains points particuliers de prophylaxie dont l'expérience affirme de plus en plus tous les jours la valeur. Il entre dans des détails pratiques au sujet de la désinfection de la fourniture et de la literie. Il remarque que la désinfection d'une chambre contaminée par l'acide sulfureux est souvent illusoire, puisque la scarlatine se localise souvent avec ténacité dans certaines chambres. Peut-être le formol sera-t-il plus efficace.

M. ROUYER montre combien il est fréquent de voir la scarlatine apportée au corps par des permissionnaires. Les renseignements sur l'état sanitaire des localités éloignées manquent ou ne sont fournis que trop tardivement à l'autorité militaire ; d'après les termes de l'article 208 du décret du 20 mai, 1903, c'est la gendarmerie qui doit signaler les épidémies par la voie hiérarchique au général commandant le corps d'armée. Ne serait-il pas plus simple de suivre l'exemple de M. Rouyer, qui a demandé que les médecins civils avertissent le jour même l'autorité civile qui à son tour prévient immédiatement et directement l'autorité militaire intéressée, c'est-à-dire le médecin ?

Adénopathie suppurée du mésentère associée ou consécutive à la perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite.

M. Toussaint discute des observations personnelles où, à l'opération, il rencontra des ganglions suppurés du mésentère. Il montre qu'il ne faut pas abandonner à elle-même cette polyadénite. Dans un cas où la mort survint 18 jours après la suture d'une perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde, un ganglion suppuré du mésentère s'était rompu dans la cavité abdominale et avait donné une péritonite généralisée. Le chirurgien doit donc dans toute intervention analogue sur l'intestin explorer avec soin l'éventail mésentérique et pratiquer l'extirpation de toute masse ganglionnaire suppurée ou non.

La discussion de ces 3 questions est remise à la séance du 3 janvier 1907.

Présentation de malades.

Appendicite compliquée de phlébite du membre inférieur gauche. Embolie cardio-pulmonaire. Laparatomie. Guérison, par M. Toussaint.

Ordre du jour de la séance du 20 décembre (3 heures) (prophylaxie de la syphilis dans l'armée.)

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr RAMOND

I. — **Manuel d'histologie pathologique** ; par les professeurs Cornil et Ranvier, publié avec la collaboration des Drs Brault et Letulle, 3e édit. *Tome troisième.* 1 vol. in-8, 1170 pages et 388 gravures. (F. Alcan, éditeur. Paris 1906.)

Le système nerveux occupe la partie la plus importante du tome troisième. La partie *cerveau* a été rédigée par Gombault et Riche ; on y trouve décrites les lésions des méninges, la congestion sanguine ou œdémateuse, l'anémie du cerveau, les encéphalites banales ou spécifiques, les diverses lésions des artères cérébrales, etc.

La description des lésions des *centres nerveux inférieurs* est due à Nageotte et Riche. Les dégénérations de ces centres, les lésions des méninges, des ganglions rachidiens de la moelle, les myélopathies, les lésions de la moelle dans les intoxications, les myélites dégénératives progressives, les lésions primitives de l'appareil épendymaire et névroglique sont successivement passées en revue.

L'étude des névrites a été faite par Durante, qui débute par une vue d'ensemble sur la *cellule segmentaire* à l'état pathologique : la notion de la cellule segmentaire étant relativement récente, et la théorie du neurone ayant toujours de nombreux partisans, cette exposition critique, faite avec beaucoup de clarté, est un des chapitres les plus attachants de l'ouvrage.

Le Dr René Marie s'est chargé de la description des lésions du *système vasculaire* : péricarde, myocarde, endocarde, artères et veines sont examinées avec beaucoup de détail dans toutes leurs lésions.

Au Dr Besançon revenait tout naturellement le soin de relater nos connaissances sur les lésions du *système lymphatique* et *de la rate*. Les considérations exposées sont des plus intéressantes.

Le dernier chapitre, dû au Dr Legry, est consacré au *larynx* il nous fait bien préjuger de l'étude du système respiratoire qui sera étudié prochainement dans le tome IV.

II. — **Les insectes buveurs de sang et colporteurs de virus** ; par P. Mégnin. 1 vol. in-18 avec 53 fig. (de Rudeval, édit, Paris, 1906.)

Une véritable révolution semble s'opérer dans l'étiologie de beaucoup de maladies infectieuses ; si leur nature parasitaire était admise par tout le monde, leur mode de transmission était le plus souvent inconnu. On incriminait sans preuves bien certaines l'eau, l'air, les poussières, ce que l'on appelait dans l'ancienne médecine, les miasmes, lorsque P. Manson, un des premiers, démontra le rôle important du moustique, comme vecteur du parasite de la malaria. Depuis, nous avons appris que ces mêmes moustiques pouvaient encore transmettre à l'homme la filariose et la fièvre jaune ; que la puce peut lui apporter la peste, les mouches Tsé-Tsé la trypanosomiase ou maladie du sommeil, la tique, la fièvre récurrente, etc. Toutefois ces notions sont trop récentes pour exister dans la plupart des ouvrages classiques ; il était donc important d'établir une mise au point de la question. C'est c'est ce qu'a tenté avec beaucoup de succès le Dr Mégnin ; malheureusement il ne put assister au triomphe des idées pour lesquelles il combattait, il est mort au travail, au moment de corriger ses dernières épreuves ; et c'est avec un soin pieux que son éditeur a tenu à ce que son œuvre parût dans toute son intégralité.

III. — **La fièvre bilieuse hémoglobinurique dans le bassin du Congo** ; par le Dr M. Védy. (1 vol. in 8°. Maloine, édit., Paris, 1905.)

La fièvre bilieuse hémoglobinurique est une maladie essentielle, qu'il faut soigneusement différencier des hémoglobinuries secondaires à la malaria, aux intoxications médicamenteuses ou aux diathèses. Elle se caractérise par une période d'invasion, différente de celle de la malaria, suivie d'un syndrome ictéro-hémoglobinurique, qui se termine tantôt brusquement, tantôt par des alternatives de rémissions et d'aggravations. Plusieurs atteintes confèrent d'ordinaire une sorte d'immunité pouvant durer quelques années. Cette maladie résiste au traitement préventif de la malaria ; la plupart des médicaments semblent sans action contre elle.

IV. — **Le paludisme en Algérie**. Rapport au ministre des Colonies; par G. Sersiron. (1 vol. in-12. O. Douin édit. Paris. 1906.)

Au cours de sa mission, l'auteur a pu s'assurer que malgré tous les efforts de l'administration et des médecins algériens, le paludisme produit encore d'incontestables ravages. Aussi conseille-t-il en conclusion de son travail : 1° *pour les indigents* : le développement des mesures de protection, la création de sanatoriums locaux, établis loin des plaines marécageuses, dans les montagnes d'Algérie ; 2° *pour les fonctionnaires modestes* : de faciliter le retour en France ; d'y fonder des maisons de cures thermales analogues à celles que possède l'armée, et de mettre à leur disposition tous les médicaments utiles en pareille occurence.

V. — **Paludisme et Trypanosomiase** ; par A. Laveran, in *Nouveau Traité de médecine et de Thérapeutique* (Baillière, édit. Paris, 1905.)

Le cinquième fascicule de la deuxième édition du nouveau traité de médecine et de thérapeutique est dû à M. Laveran, qui le consacre à l'étude de deux maladies exotiques, le paludisme et la trypanosomiase ; or tout le monde connaît les travaux capitaux de Laveran sur le sujet. C'est dire tout l'intérêt que l'on prend à la lecture du fascicule. L'étiologie, les formes cliniques les complications, l'anatomie pathologique la pathogénie, le diagnostic de paludisme sont successivement étudiés en détail, avec figures à l'appui. Mais l'auteur consacre plus du tiers de l'ouvrage à l'étude du traitement et de la prophylaxie.

Pour ce qui est de la trypanosomiase ou maladie du sommeil, dont la pathogénie a été élucidée tout récemment, Laveran nous donne des renseignements détaillés. C'est il y a trois ans seulement que Castellani découvrit dans le liquide céphalo-rachidien des nègres atteints de la maladie du sommeil le *Trypanosoma gambiense*. On crut d'abord à une maladie n'affectant que la race nègre ; mais de nombreux exemples ont bientôt prouvé qu'il n'en était rien. De sorte que par ces temps de colonisation intensive, c'est une affection que nous ne devons plus ignorer, même dans nos climats tempérés où viennent souvent s'échouer les malheureux qui ont contracté la terrible maladie du sommeil de l'Afrique équatoriale.

VI. — **Les fièvres éruptives**, nouveau fascicule du même *Traité de médecine* dû à la collaboration de B. AUCHÉ, SURMONT, GALLIARD, WURTZ GRANCHER, NETTER et THOINOT, qui ont traité respectivement la variole, la vaccine, la varicelle, la scarlatine, la rougeole, la rubéole et la suette miliaire.

VII. — **Le sérum antituberculeux de Marmoreck**; par G. PETIT. Travail extrait de la *Revue internationale de la tuberculose*. Paris 1906.

Les conclusions du Dr G.Petit sont très favorables au sérum de Marmoreck. Ce sérum est spécifique et curatif de la tuberculose ; son emploi n'offre aucun danger ; c'est le type idéal de traitement pour les malades des dispensaires. L'inection se fait par la voie rectale, à la dose de 4 cc. tous les deux jours pendant 20 jours. Les malades traités sont au nombre de 28, dont 5 auraient été complètement guéris, et 12 considérablement améliorés.

VIII. — **Les globules et les cellules du sang humain examinés aux rayons ultra violets**; par E. GRAWITZ et GRUNEBERG. (G. Thierne, édit., Leipzig, 1906.)

L'étude que donnent les auteurs n'est que la préface de ravaux plus considérables qu'ils sont en train d'effectuer. Pour obtenir les rayons ultra-violets, ils se sont servis de la technique de Kohler (*Zeits.. f. Wissensch. Microskopie*, 1904.)

Les globules rouges ont le plus souvent l'apparence de petits disques ; quant à la forme en clochette, décrite par Weidenreich, elle est relativement rare. La structure du globe apparaît homogène ; et les auteurs n'ont jamais pu distinguer une trame protoplasmique enserrant l'hémoglobine. Les gros mononucléaires semblent dériver directement des petits lymphocytes ; cependant les noyaux de ceux-ci, plus compacts, sont moins perméables aux rayons ultra-violets que ceux des gros mononucléaires. Les noyaux des polynucléaires neutrophiles présentent des formes excessivement variables, qui ne sont pas le résultat du vieillissement de la cellule, mais bien la conséquence des mouvements amiboïdes. Quant aux granulations, elles ne présentent pas toutes la même transparence vis-à-vis des rayons ultra-violets.

IX. — **Bactériologie et anatomie pathologique de la peste**; par M. HERZOG. 1 in-8°. (Publications du laboratoire biologique de Manille).

X. — **Influence de la grossesse sur le poids du corps et du système nerveux central de la femelle du rat blanc**; par J. WATSON. (*The Jour. of compar. Neurology*, 1906.)

Ce travail, fait sous l'inspiration du professeur Donaldson, de Chicago, montre que le poids du corps de la femelle gravide augmente dans de très légères proportions ; la moelle épinière, par contre, pèse notablement plus qu'à l'état normal alors que le cerveau ne change pas de poids.

XI. — **Influence de l'âge et du poids du corps sur l'excrétion azotée du rat blanc**; par S. HATAI. (*The Am. Journ. of. Physiol.* 1905.)

XII. — **Sur la kératose blennorrhagique**; par A. CHAUFFARD et G. FROIN. (*Arch. méd. exp. et an. comp.* septembre 1906.)

Parmi les complications si multiples qui peuvent aggraver l'évolution de l'infection blennorrhagique, une des plus particulières, à coup sûr, consiste dans l'apparition sur les téguments, notamment au dos et à la plante du pied, de larges productions cornées. Le nombre des cas observés en est encore bien restreint, puisque depuis le travail initial de Vidal en 1893, huit faits ont été publiés en France (Janselme, Jacquet Chauffard, Chauffard et Froin, Launois, Robert) et trois seulement à l'étranger. Au point de vue histologique, la lésion est constituée par une dermo papillite hyperkératinisante, sans microbes dans son épaisseur (Chauffard, Baermann.) Au point de vue symptomatique, le processus survient dans les formes très graves de blennorragie, presque toujours compliquées d'arthropathies (Jacquet). La kératose a un siège tout à fait électif : semelle plantaire ; au dos du pied, tout autour de la matrice de l'ongle. Elle est le plus souvent symétrique, ce qui est un argument pour Jacquet en faveur de l'origine trophique et centrale de la complication. L'évolution est toujours lente, procédant par poussées successives, par germination de petits foyers locaux, tantôt proches les uns des autres, ce qui est la règle, tantôt en des régions plus ou moins distantes, sans que des variations parallèles s'observent nécessairement dans les allures de l'infection urétrale ou de ses complications articulaires. La durée peut être singulièrement longue, deux mois et demi dans un fait de Chauffard. Le traitement consiste à soigner la blennorragie, et à maintenir les téguments aussi propres et aseptiques que possible par des lotions faiblement antiseptiques ou d'eau oxygénée.

XIII. — **Le proteus acelhuatensis**; par S. E. AGUILAR. (Thèse de Doct. de la Faculté de San Salvadar, 1906.)

Ce travail a été fait sous l'inspiration du professeur G. Baron directeur du laboratoire bactériologique de la Faculté, et n'est que la suite des importants travaux que poursuit M. Baron sur les bactéries chromogènes, et dont il a déjà isolé plusieurs espèces (voir la thèse de Fortineau, Paris, 1904.) Le proteus acelhuatensis a été retiré des eaux de l'Acelhuate qui arrose San Salvador. Son aspect est variable, il se présente tantôt sous forme d'un bacille, à bouts arrondis, de 4 à 5 μ. de long tantôt sous forme de longs bacilles ou filaments qui tiennent presque tout le champ du microscope. Il se colore par la méthode de Gram et par celle de Van Ermenghen ; il offre à sa surface une grande quantité de cils parfois très longs. Il se cultive bien sur tous les milieux, liquéfie la gélatine, et donne à tous ces milieux une coloration rosée caractéristique. La matière colorante est insoluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc. et se décolore en présence des acides. Il n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire, même à très haute dose. On voit par cette rapide description qu'il s'agit d'un nouveau type, non encore décrit. Le professeur G. Baron poursuit ses recherches, et espère tirer un jour des conclusions pratiques de ses travaux sur les produits colorants bacillaires.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du Praticien. Clinique et thérapeutique spéciales, publié sous la direction du Dr WICART : **Ophtalmologie** par TERRIEN ; **Odontologie** par ROY ; **Oto-rhino-laryngologie**, par WICART (Henri Paulin, édit., 21, rue Hautefeuille Paris, 1906).

A propos du volume récemment paru du *Manuel du Praticien*, nous avons dit tout le bien que nous pensons de cette publication destinée à donner aux praticiens toutes les connaissances spéciales indispensables à savoir pour exercer utilement la médecine. Le volume de ce manuel récemment paru ne le cède en rien à l'autre, trois spécialistes de talent ont mis à la portée de tous l'ophtalmologie, l'odontologie et l'oto-rhino-laryngologie.

L'*ophtalmologie* est traitée par M. TERRIEN en 183 pages illustrées de 109 belles figures. Après un court exposé anatomique, l'auteur insiste sur l'examen méthodique de l'œil à la lumière diurne, à la chambre noire, à l'ophtalmoscope, il indique comment l'on détermine les vices de réfraction et comment on corrige ces vices, expose comment on doit pratiquer l'examen fonctionnel de l'œil, puis aborde l'étude clinique et pratique des affections des annexes de l'œil (affections de la conjonctive, de l'appareil lacrymal, des paupières, de l'orbite, de l'appareil moteur de l'œil.) Une deuxième partie est consacrée aux maladies du globe oculaire (affections de l'enveloppe externe de l'œil, cornée et sclérotique ; maladies du tractus uvéal et enfin affections de la rétine). A un court chapitre sur les affections du cristallin fait suite un très clair exposé de médecine opératoire du globe oculaire et pour terminer cet intéressant manuel du praticien pouvant devenir oculiste par nécessité M. Terrien a fait une intéressante étude de la simulation, des accidents du travail et de l'aptitude visuelle au service militaire. Ces dernières questions, toutes d'actualité, méritent d'attirer sérieusement l'attention de nos confrères qui, surtout à la campagne, où ils ne peuvent toujours avoir recours à la compétence d'un oculiste, sont parfois fort embarrassés pour donner un avis.

L'*odontologie* est l'œuvre du Dr Maurice Roy qui l'expose en moins de cent pages ornées 66 figures. L'absence absolue

de l'enseignement de l'odontologie est une des lacunes les plus regrettables de notre enseignement officiel ; qu'il le veuille ou non le médecin de campagne doit pratiquer l'art dentaire et s'il ne l'a pas appris il est un déplorable dentiste, ses clients et sa réputation en souffrent à la fois. M. Roy n'a pas eu la prétention d'écrire en quelques pages un traité complet des maladies des dents, il a voulu simplement donner au praticien des notions claires de pathologie dentaire, guider son intervention. Des chapitres de médecine opératoire dentaire ont trait à l'obturation et à l'extraction. L'exposé technique de l'examen clinique de la bouche et la séméiologie dentaire et buccale, trois pages d'hygiène de la bouche et enfin diverses formules de dentifrices terminent heureusement cette partie du Manuel du praticien qui, à notre avis, est une des plus importantes à connaître.

L'*oto-rhino-laryngologie* a été exposée avec plus d'ampleur par le Dr Wicart. Il est vrai que le sujet est plus vaste et que 286 belles figures sont intercalées dans les 400 pages de texte. Une première partie est consacrée à la technique de l'examen et de l'exploration des fosses nasales, des sinus de la face, de la bouche, du pharynx, du larynx de la trachée des bronches et des oreilles. Une deuxième partie traite de l'hygiène et des méthodes de traitement, puis tour à tour sont passées en revue les affections du nez, des sinus de la face du pharynx nasal, du pharynx buccal, du larynx, de l'oreille. Une dernière partie est intitulée *petite chirurgie* et expose avec précision le manuel opératoire de toutes les interventions depuis la résection du cornet inférieur et la discussion de l'amygdale jusqu'à la trachéotomie, le tubage et la paracentèse du tympan.

Répétons-le encore une fois. A notre époque où les médecins se plaignent unanimement du manque de sens pratique dans les études médicales, le Manuel du praticien vient combler une lacune de l'enseignement officiel ; il forme le programme complet de ce que le praticien doit savoir en dehors de la pathologie interne et de la pathologie externe, de la médecine et de la chirurgie courantes. La lecture des deux volumes de *cliniques et thérapeutique spéciales*, sans faire du praticien un spécialiste érudit en toutes choses, permettra qu'il ait des clartés de tout et augmentera considérablement sa valeur professionnelle. J. Noir.

VARIA

Les Spécialités pharmaceutiques.

Une délégation nommée par la majorité des propriétaires de spécialités pharmaceutiques et hygiéniques s'est rendue hier auprès du ministre des finances pour lui exposer la situation, si défavorable à de nombreux points de vue, que leur créerait l'impôt de 10 °/o sur ces spécialités, voté par la Chambre. Cet impôt rendrait l'exploitation de la plupart des spécialités impossible et se répercuterait sur les malades, principalement sur ceux des classes laborieuses, peu fortunées. Ce serait, en réalité, un véritable impôt de la souffrance. Le ministre, après avoir écouté l'exposé détaillé de la situation qui résulterait de ce vote bâclé hâtivement et sans examen approfondi par la Chambre, a prié la délégation de lui remettre un mémoire détaillé, afin d'étudier de près cette question si complexe dans sa portée.

La délégation s'est ensuite rendue auprès de plusieurs membres de la commission du budget, pour leur faire également l'exposé de la situation qui créerait l'application de l'impôt voté par la Chambre.

La délégation a proposé au ministre et aux membres de la commission du budget de réduire la taxe prévue au taux de 3 °/o. Cette réduction serait acceptée par les propriétaires de spécialités, qui en feraient le sacrifice.

L'assurance contre la maladie et les accidents en Suisse.

Le projet de loi fédérale instituant l'assurance contre la maladie et les accidents a été distribué lundi soir aux Chambres fédérales avec un message explicatif du conseil fédéral.

Pour l'assurance contre la maladie, la Confédération se borne à subventionner les caisses de secours mutuels moyennant certaines conditions.

L'assurance contre les accidents, par contre, a le caractère d'une institution fédérale dont le service est fait par un office fédéral qui assure contre les accidents entraînant la mort, une infirmité permanente (invalidité) ou une incapacité passagère de travail (maladie). L'assurance est obligatoire pour les employés ou ouvriers actuellement soumis au régime de la responsabilité patronale ; elle est facultative pour les autres. Le projet sera discuté prochainement par l'Assemblée fédérale ; son application entraînerait pour la Confédération une dépense annuelle évaluée à 6 millions 906.000 francs.

(*Le Temps.*)

LES CONGRÈS

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 5e Session. — La 5e session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le professeur Queirel, de Marseille, président général (section d'obstétrique), de M. le professeur Boursier, de Bordeaux (section de gynécologie) ; de M. le docteur Guinon, de Paris (section de Pédiatrie). Prix de la cotisation, membre titulaire : 20 francs ; membre associé : 10 francs. Envoyer les adhésions et communications à :

M. le professeur J. Rouvier, secrétaire général, 52, rue Daguerre, Alger.

Liste des rapports. — *Obstétrique.* Cancer et Grossesse. — Rapporteur: M. Oui, de Lille. — *Gynécologie.* Prolapsus génitaux. — Rapporteur : M. Delanglade, de Marseille. — *Pédiâtrie* (Médecine). Le Paludisme chez l'enfant. — Rapporteur M. Crespin, d'Alger. — Les splénomégalies chez l'enfant. — Rapporteur M. Rist, de Paris. — Les anémies infantiles. — Rapporteur M. L.-G. Simon, de Paris.

Chirurgie. — Les tumeurs du rein chez l'enfant. — Rapporteur M. Mouchet, de Paris. — Les Péritonites aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose). — Rapporteur M. Nové-Josserand, de Lyon.

Echos du 2e Congrès français de climatothérapie et hygiène urbaine, Arcachon-Pau 1905. — Le volume publiant les travaux du 2e Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine tenu à Arcachon-Pau en avril 1905, vient de paraître. Tous les confrères ayant adhéré à ce Congrès et qui ont versé la cotisation de 20 francs ont droit à ce volume qui leur a été adressé. Ceux qui ne l'auraient pas encore reçu, sont priés de le réclamer au Dr Festal, secrétaire général, villa David, à Arcachon (Gironde) avant le 31 janvier 1907. Passé ce délai, les réclamations ne seront plus accueillies, et il sera disposé des volumes restants.

FORMULES

XCI. — Contre le psoriasis et le lupus.

Le pyrogallol est surtout utile dans le traitement du psoriasis et du lupus ; son efficacité est réelle, mais il faut surveiller attentivement son emploi. On préfère généralement les topiques fixes aux pommades et on se sert soit d'une solution éthérée à 10 p. 100, soit d'une traumaticine, soit d'un collodion.

Pyrogallol	10	grammes.
Acide salicylique	2	»
Collodion élastique	90	»

On a préconisé son emploi pour la teinture des cheveux, il provoque assez souvent de l'eczématisation du cuir chevelu, D'une façon générale, il est toujours dangereux à manier, sauf, sur de petites surfaces.

(Pouchet : extr. du *Précis de Pharmacologie*) (1).

(1) Cet ouvrage paraîtra incessamment, chez Octave Doin, éditeur.

La fièvre aphteuse. — Le préfet des Vosges a pris un arrêté interdisant les foires, marchés de bestiaux et réunions d'animaux des espèces bovine, ovine, caprine, porcine sur le territoire de l'arrondissement de Remiremont, où sévit la fièvre aphteuse.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 26 décembre.* — *M. Vornière* : La course. Etude physiologique (MM. Richet (Ch.), Pouchet, Broca (André), Desgrez). — *M. Tchayan* : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des dérivés organiques de l'iode (MM. Pouchet, Richet (Ch.), Broca (André), Desgrez). — *M. Abal* : Contribution à l'étude physiologique du « Collinsonia Canadensis » (MM. Pouchet, Richet (Ch.), Broca (André), Desgrez). — *Mlle Almasoff* : Contribution à l'étude de la polymastie (MM. Pinard, Terrier, Segond, Lepage). — *M. Gernez* : Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique (MM. Terrier, Pinard, Segond, Lepage). — *M. Desmarquest* : La radiothérapie appliquée au traitement des sarcomes (MM. Terrier, Pinard, Second, Lepage). — *M. Ferrand* : Des épulis sarcomateuses à myéloplaxes (MM. Segond, Pinard, Terrier, Lepage). — *M. Noucher* : Contribution à l'étude de l'influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire (MM. Landouzy, Blanchard, Brissaud, Labbé (Marcel). — *M. Genévrier* : La vie et les œuvres de Nicolas Chambon de Montaux (1748-1807). Aperçu sur la vie et les idées médicales au temps de la Révolution (MM. Blanchard, Landouzy, Brissaud, Labbé (Marcel). — *M. Ort* : Le régime sec dans les gastro-entérites infantiles (MM. Brissaud, Landouzy, Blanchard, Labbé (Marcel).

Jeudi 27 décembre. — *M. Lemaire* : Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents sérotoxiques (MM. Debove, Raymond, Jeanselme, Carnot). — *M. Bourguignon* : Formes microbiennes du champignon du muguet (morphologie et pathologie expérimentale) (MM. Raymond, Debove, Jeanselme, Carnot. — *M. Boulakian* : Traitement des luxations récidivantes de l'épaule (MM. Le Dentu, Poirier, Faure, Morestin). — *M. Marsan* : Luxations pathologiques du coude (MM. Le Dentu, Poirier, Faure, Morestin). — *M. Iser* : Traitement de l'ectopie testiculaire. Rôle de la glande interstitielle (MM. Poirier, Le Dentu, Faure, Morestin). — *M. Vanel* : Accidents de la première dentition (MM. Hutinel, Chantemesse, Méry, Besançon). — *M. Delvallez* : Etude critique et expérimentale sur les divers procédés domestiques de stérilisation du lait par la chaleur (MM. Chantemesse, Hutinel, Méry, Besançon.

Examens de doctorat. — *Lundi 24 décembre.* — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Geutier, Legry, Balthazard. — — 2e : MM. Richet (Ch.), Broca (André), Branca. — 3e (1re partie, Oral) : MM. Segond, Potocki, Cunéo. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Dejerine, Teissier, Claude. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset. — 5e (1re partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Reclus, Mauclaire, Duval (Pierre).

Mercredi 26 décembre. — Médecine opératoire : (Ecole pratique) : MM. Reclus, Legueu, Cunéo. — 2e : MM. Gautier, Gley, Branca — 5e (Chirurgie, 1re partie, Laënnec) : MM. Kirmisson, Mauclaire, Duval (Pierre). — 5e (2e partie, 1re série, Laënnec) : MM. Dejerine, Teissier, Legry. — 5e (2e partie, 2e série, Laënnec) : MM. Gaucher, Claude, Balthazard.

Jeudi 27 décembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Pozzi, Thiéry, Auvray. — 2e : MM. Retterer, Launois, Maillard. — 3e (Oral, 1re partie) : MM. Berger, Launois, Brindeau. — 4e : MM. Ballet, Wurtz, Vaquez.

Vendredi 28 décembre. — Médecine opératoire (Ecole pratique) : MM. Kirmisson, Gosset, Cunéo. — 3e (2e partie, Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gautier, Blanchard, Balthazard. — 2e : MM Gariel, Richet (Ch.), Branca. — 3e (Oral, 2e partie) : MM. Roger, Claude, Labbé (Marcel). — — 4e : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série, Necker) : MM. Reclus, Legueu, Duval (Pierre). — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série, Necker) : MM. Segond, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 29 décembre. — 5e (2e partie, 1re série, Beaujon) : MM. Raymond, Troisier, Thiroloix. — 5e (2e partie, 2e série, Beaujon) MM. Chantemesse, Achard, Méry. — 4e (2e partie, 3e série, Beaujon) : MM. Robin, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie, Clinique Tarnier) : MM Maygrier, Demelin, Brindeau.

Concours de l'agrégation du Val-de-Grace. — *Section de chirurgie* (6 décembre 1906). — *Ecrit* : De l'ophtalmie sympathique consécutive aux traumatismes de l'œil. — *Leçon d'anatomie* : oreille moyenne et ses dépendances. Pharynx et œsophage cervical. Larynx et trachée. Fosses nasales et sinus. — *Leçon clinique* : Abcès froid de la fesse droite. Chorio-rétinite syphilitique.

Médecine opératoire : Néphrectomie. Désarticulation de la jambe. — *Histologie* : Coupes à colorier et à reconnaître. Tissu tuberculeux. Epithélioma de la peau. Sarcome mélanique. Epithélioma glandulaire. — *Bandages* : Bandage de Gerdy pour fracture de la clavicule. — *Administration* : Fonctionnement du service de santé de l'arrière en campagne.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 2 décembre au samedi 8 décembre 1906, les naissances ont été au nombre de 924, se décomposant ainsi : légitimes 695, illégitimes 229.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 860, savoir : 440 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 0. — Rougeole : 4. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 7. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 183. — Tuberculose des méninges : 27. — Autres tuberculoses : 19. — Cancer et autres tumeurs malignes : 67. — Méningite simple : 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 41. — Maladies organiques du cœur : 62. — Bronchite aiguë : 12. — Bronchite chronique : 13. — Pneumonie : 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 84. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 15 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale : 3. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 21. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 6. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 19 — Débilité sénile : 32. — Morts violentes : 30. — Suicides : 16. — Autres maladies : 118. — Maladies inconnues ou mal définies : 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 52, qui se décomposent ainsi : légitimes 33, illégitimes 19.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de la guerre a conféré aux médecins civils ci-après désignés des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement depuis une série d'années, aux militaires de la gendarmerie :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Aillaud (de Saint Tropez) ; Barrabé (de Domfront); Bieulac (de Villecomtal) ; Boisson (de Sceaux) ; Broquet (de Gonesse) ; Carcopino (de Verneuil) ; Chanel (de Tarare) ; Collignon (de Maubert-Fontaine) ; Couderc (de Genevières) ; Fombarlet (de La Voulte-sur-Rhône) ; Galangau (de Cerbère) ; Gaudrez (de Montreuil-Bellay) ; Guérin (de Flers) , Julliard (de Châtillon-de-Michaille) ; Lacroisade (d'Aigre) ; Lamache (de Saint-Marcellin) ; Levrat (de Nantua) ; Michaux (d'Aubervillers) ; Picquart (de Mamirolle) ; Pierchon (de Halluin) ; Pomme (de Givors) ; Priou (de Quincé) ; Prodhomme (de Putangés) ; Rascol (de Rétiers) ; Reynand-Lacroze (de Saint-Saturnin-les-Apt) ; Richard (de Vanves) ; Soula (de Mazères); Tessier (de Chavroche) ; Turrel (de Cadalen) ; Urdy (de Valréas) ; Vergnes (de Lacaune).

Facultés de médecine. — *Modification à l'arrêté du 15 février 1900.* — L'article 5 de l'arrêté du 15 février 1900 est modifié ainsi qu'il suit : « Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignemrnt secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention, *assez bien*, au baccalauréat et 80 points au moins audit certificat.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La chaire de médecine légale est déclarée vacante.

Hopitaux de Lyon. — M. le Dr Péhu est nommé après concours, médecin des Hôpitaux.

Corps de santé militaire. — Sont affectés : M. le médecin-major de 2e classe Thomas, à la direction du service de santé du 13e corps. M. le médecin-major de 1re classe Bernard au service de santé de la Côte d'Ivoire.

Corps de santé colonial. — Sont affectés : Au Tonkin. — Le médecin major de 2e classe Jacob, du 4e inf. col. Dans l'Inde. — Le médecin aide-major de 1re classe Salabert-Strauss, du 23e inf. col. ; le pharmacien aide-major de 2e classe Bonvelot, en résidence libre. A. Tahiti. — Le pharmacien aide-major de 2e classe Rivière, en résidence libre. A Madagascar. — Le médecin major de 2e classe Reboul du 8e inf. col. Au Dahomey. — Le médecin major de 2e classe, Violle, du 24e inf. col. En Afrique occidentale. — Le médecin major de 1re cl. Toché du 24e inf. col. A la Nouvelle-Calédonie. — Le médecin aide-major de 1re classe Pénaud, du 1er art. col., à Rochefort. En France. — Les médecins majors de 2e classe ; au 4e inf. col. : Pannetier, rentré de l'Indo-Chine ; Cadet, attendu de Cochinchine ; au 2e art. col., à Brest, Jacquin, rentré de l'Afrique occidentale ; au 1er art. col., à Lorient : Revault, rentré de la Côte d'Ivoire. Les médecins ai-

des-majors de 1re classe : au 1re art. col., à Rochefort : Paramananda-Mariadassou, rentré de l'Indo-Chine ; au 28e inf. col. : Collin, du 5e inf. col. ; au 8e inf. col. : Mestin, rentré de l'Indo-Chine. Le médecin major de 2e classe Marchand et le médecin aide-major de 1re classe Deunff, précédemment désignés pour servir en Afrique occidentale, sont classés : M. Marchand, au 4e tirailleurs sénégalais, à Dakar ; M. Deunff, en activité, hors cadres, à la baie du Lévrier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Dans sa séance du 11 décembre, l'Académie de médecine a décerné les récompenses suivantes : *Prix Audiffred* : MM. les Prof. CALMETTE et GUÉRIN (1500 fr.), pour leurs travaux sur l'origine intestinale de la tuberculose ; Mention honorable sur le *prix Desportes* :M. le Dr MONTEUUIS, de Dunkerque.

Une partie du *prix du Baron Larrey* : M. le Dr AUSSET, pour son travail : La mortalité infantile dans le département du Nord, et à M. le Dr JOB, médecin-major au 1er escadron du train à Lille, pour son travail : La diphtérie dans les collectivités, son étiologie, sa prophylaxie. Dans le service de la vaccine, une médaille d'or est décernée à M. GUÉRIN, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

CONCOURS DE MÉDECIN SUPPLÉANT DE NANTERRE. — Voici l'arrêté pris à ce sujet par M. le Préfet de Police.

Art. 1er. Un concours pour deux places de médecin-suppléant à la Maison départementale de Nanterre s'ouvrira le lundi 14 janvier 1907 à 9 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

Art 2. Le registre d'inspection ouvert à la Préfecture de Police (Secrétariat général, service du Personnel) le 1er novembre à 10 h. du matin sera clos le 31 décembre à 4 h. de l'après-midi. Les candidats doivent être français, âgés de moins de 40 ans et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat. Ils joindront à leur demande d'inscription l'extrait de leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres scientifiques et hospitaliers leurs états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'ils jugeraient utiles de présenter. La liste des membres du Jury sera communiquée aux candidats qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury doivent être signalés à l'Administration en vue de la modification du Jury.

Art 3.— Le Concours comprendra 3 épreuves : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie interne. Le sujet de cette composition sera tiré au sort entre 3 questions arrêtées et rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance. Deux heures seront accordées pour cette composition. Cette épreuve sera éliminatoire. 2° Une épreuve de titres. 10 minutes seront accordées à chaque candidat pour faire l'exposé de ses titres

Les conditions d'élimination et d'admissibilité seront identiques à celles adoptées pour les concours des Hôpitaux de Paris. Les candidats reçus au concours et nommés médecins suppléants seront en cas de vacance dans les emplois de Médecins titulaires promus à ces postes d'après leur ordre de classement.

Sont nommés membres du Jury du Concours MM. les Docteurs :

Brousse, conseiller général de la Seine. Dieulafoy et Hutinel, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. Laugier, médecin à la Maison départementale de Nanterre. Navarre, conseiller général de la Seine. Reymond, chirurgien à la Maison départementale de Nanterre. Sapelier, médecin à la Maison départementale de Nanterre. M. le Dr Dieulafoy remplira les fonctions de président du Jury.

ASSISTANCE AUX VIEILLARDS INFIRMES ET INCURABLES. — Le Conseil municipal de Paris a fixé à 30 fr. le chiffre de l'allocation mensuelle à accorder aux vieillards, infirmes et incurables. Il discutera demain le projet de règlement relatif à l'organisation du nouveau régime d'assistance.

M. CHÉRON ET LES MÉDECINS DE RÉSERVE.—M. Henry Chéron, sous-secrétaire d'Etat à la guerre, à présidé le banquet de l'Union fédérative des médecins militaires de la réserve et de la territoriale.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOL —Le groupe antialcoolique du Sénat s'est constitué. Ont été nommés : MM. Bérenger, président d'honneur ; Charles Dupuy, président ; Bienvenu Martin, Delpeck vice-présidents.

LE REMÈDE A LA MALADIE DU SOMMEIL. — La *Gazette de Cologne* apprend de Berlin que Robert Koch, en ce moment sur le Victoria-Nyanza, aurait réussi à vaincre la maladie du sommeil et que de nombreux indigènes des iles Sésé, traités par lui et ses assistants, auraient été guéris. L'agent de guérison dont se sert Koch est, paraît-il, l'atoxyle, produit chimique qui détruit les trypanosomes dans le sang des hommes contaminés par la piqûre de la mouche glossine. (*Le Temps.*)

LEGS A L'INSTITUT PASTEUR. — Le Luc, aimable petite ville des environs de Draguignan, a vu mourir, ces temps derniers, l'un de ses plus notables propriétaires. En dépouillant les papiers du défunt, on a trouvé un testament par lequel M. Audrac léguait toute sa fortune, estimée à plus d'un million, à l'Institut Pasteur.

Le docteur Roux nous a dit qu'il avait bien reçu la visite de M. Bossy, notaire au Luc, venu à Paris tout exprès pour lui faire part de cette nouvelle. Toutefois le classement des papiers de M. Audrac est loin d'être terminé et il se peut fort bien que l'on découvre un autre testament annulant le premier, qui est déjà fort ancien. Des dons et legs peuvent aussi avoir été faits plus ou moins récemment par le défunt. Enfin on ignore le chiffre exact de la fortune liquide laissée par M. Audrac, qui était intéressé dans différentes affaires. Ce n'est que dans un certain temps que l'institut Pasteur saura s'il est oui ou non héritier, et s'il doit ou non accepter l'héritage. (*Le Temps.*)

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les Drs BREUILS de Marseille, LABADIE DE LALANDE, de Beaurech (Gironde), Louis LEDOUX, de Wambrechies (Nord), LOUIS PATOIR de la Madeleine-lez-Lille.

L'ESPRIT DES AUTRES. — Quand on fait des heureux autour de soi, au fond, c'est pour soi-même. » (Michel Corday, *Les Demi-Fous*, p. 198.)

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — L'ouverture de ce concours a eu lieu le 17 décembre. *Sujet de la composition écrite* : *Creux de l'aisselle. — Symptômes et diagnostic des tumeurs du sein.*

Le nombre des candidats ayant remis leur copie s'élève à 395, soit 48 de moins que l'année dernière.

Conformément au règlement, le jury s'est divisé en deux sections pour entendre la lecture des copies. *Section d'anatomie* : MM. Boulloche, Milian, Lapointe, Michaux, Brindeau. *Section de pathologie* : MM. Dalché, André Riche, Klippel, Faure, Reynier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAYGRIER, professeur agrégé : leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité le jeudi, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr BANZET, ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardis et vendredis soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous enseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Librairie ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.**

SCHELLE (G.). — Le docteur Quesnay. 1 vol. in-8° de 400 pages Prix........ 5 fr.

**Librairie BAILLIÈRE,
19, rue Hautefeuille.**

LE NOIR (P.) — L'obésité et son traitement, 1 vol. in-16 de 96 pages. Prix........ 1 fr. 50

**Librairie MALOINE,
25, rue de l'Ecole-de-Médecine.**

ESPÉ DE METZ (G.) — Plus fort que le mal. 1 vol. in-8° de 230 pages. Prix........ 3 fr. 50

THOORIS (A.) et LYON (G.) — La philosophie du monisme, 1 vol. petit in-8° de 76 pages. Prix........ 0 fr. 60

**Librairie MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.**

NOBÉCOURT (P.).— Précis de médecine infantile. 1 vol. in-8° de 728 pages. Prix........ 9 fr.

SPILLMANN (P.) — Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique. 1 vol. in-8° de XII-532 pages. Prix........ 7 fr.

**Librairie O. DOIN,
8, place de l'Odéon.**

CALOT (F.) — Traitement du mal de Pott. 1 vol. in-8° de 120 pages. Prix........ 3 fr.

**Librairie ROUSSET,
1, rue Casimir-Delavigne.**

POZZI-ESCOT (E.) — Les précipitines et leur applications. 1 vol in-16 de 12 pages. Prix........ 1 fr. 50

POZZI-ETOCS (E). — Méthode de séro-diagnostic par les agglutines. 1 vol. in-16 de 104 pages. Prix........ 1 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

25e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XXII. N° 52. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 29 DÉCEMBRE 1906

Le Progrès Médical

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE

De l'appendicocèle d'après les Morgagniens Listérisés (1)

Par le Prof. L. **LONGUET** (de Rouen).

(Suite).

Malgré l'abondance des matériaux, la *clinique* a peu progressé dans la question qui nous occupe. Toutefois les modalités sont assez nettement tranchées pour se grouper sous les quatre types suivants : A. *Appendicocèle non compliqué*. Il s'agit alors d'une hernie banale, petite, moyenne ou grosse. J'ai cru remarquer que la hernie appendiculaire simple correspond plutôt aux tumeurs petites et moyennes, que la hernie cæco-appendiculaire ou complexe est plutôt volumineuse, et se différencie aussi par ses bruits hydroaériques, son siège à droite, son irréductibilité partielle. Mais le diagnostic basé sur le volume n'a cependant qu'une signification très relative. On voit des appendicocèles purs dans une tumeur volume, et inversement des appendicocèles avec cæcum ou grêle dans des tumeurs petites ou moyennes. La sensation d'un *cordon* donnée par un palper approfondi, est un signe de nature à mettre sur la voie. Dans l'observation 27 on sentait nettement l'appendice et le cæcum au travers des membranes souples ; dans l'observation 28, un cordon volumineux et sensible vers la base de la tumeur ; dans les obs. 84 et 93 un cordon qui fut considéré comme le canal déférent ; dans l'observation 94 et 105 un cordon semblable à une corde épiploïque ; enfin dans l'observation 118, un cordon réductible mais difficile à contenir, qui cette fois fut reconnu pour l'appendice adhérent. A l'avenir on pensera à l'appendicocèle, affection non exceptionnelle. On recherchera un cordon qu'on différenciera du *canal déférent*, plus long, plus grêle, de sensation très particulière, en fil de fouet, en connexion originelle avec l'épididyme ; de la *trompe* utérine dont la relation avec l'utérus peut être mise en évidence par la mobilisation provoquée de l'organe ; d'une *corde épiploïque*, généralement plus grosse et plus granuleuse en ses contours ; enfin d'un *filum terminal* de sac vagino-péritonéal en voie d'oblitération, généralement plus plat ou plus mince qu'un appendice. Toutefois l'erreur est parfois inévitable. Ainsi, dans un cas, l'organe fut enlevé comme trompe. L'examen histologique démontra qu'en réalité il s'agissait de l'appendice. Beuttner rapporte qu'on trouva une fois, chez une jeune fille de 18 ans, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale gauche un cordon ressemblant à l'appendice. Un examen plus approfondi fit reconnaître le ligament rond prolabé. Or il n'est pas sans intérêt d'être fixé, car la conduite à tenir n'est pas absolument la même en ces éventualités diverses. L'appendice peut être sacrifié sans discussion ; mais la trompe ou le ligament rond valent d'être conservés si leur état le permet.

B. *Appendicocèle enflammé*. — L'inflammation herniaire est l'une des modalités fréquentes de l'appendicocèle. Sans cause bien appréciable, la tumeur depuis longtemps silencieuse, devient douloureuse, rouge, chaude, tuméfiée, empâtée, irréductible, avec ascension thermique à 38, 39° et pouls à 120 mais ample et bien frappé, avec état général relativement satisfaisant, sans symptômes péritonéaux, ni occlusion intestinale. Puis les téguments prennent une teinte

(1) Voir *Progrès Médical* du 15 décembre 1906.

foncée, violâtre, se recouvrent ou non de phlyctènes. La région perd sa matité pour une sonorité en peau de tambour. La masse s'amollit peu à peu, puis crève au dehors par un large cratère livrant passage à des écheveaux de tissus gangrenés, d'odeur fécaloïde. D'après la réaction plus ou moins aiguë, le diagnostic se pose sous un jour différent. Dans l'observation 66, on crut à une *tuberculose* de l'épididyme et du cordon ; dans le cas 75 à une *orchiépididymite* avec vaginalite ; dans le cas 188 à une *épiploïte enflammée* ; dans les cas 85 et 181 à une *adénite* suppurée. L'opération démontra l'existence dans la hernie du seul appendice dont la présence n'avait été prévue en aucun cas.

C. *Appendicocèle étranglé.* — Ici deux éventualités d'égale fréquence. *a*) Les symptômes d'étranglement sont au *grand complet*, suppression des matières et des gaz, météorisme, vomissements alimentaires, plus tard fécaloïdes, irréductibilité absolue, douleur locale, avec irradiations abdominales, facies cholériforme et symptômes d'empoisonnement, pouls petit, fuyant, dépressible. Si l'incarcération porte à la fois sur le vermium et sur une anse grêle, la chose s'explique aisément : c'est une entérocèle étranglée banale avec en plus une appendicite herniaire, celle-ci demeurant au deuxième plan. Mais il arrive que ce syndrome complet s'installe dans le cas d'appendicocèle pur. C'est alors qu'on est amené à faire intervenir une action réflexe, due au pincement des plexus nerveux de l'organe, puisque le grand tractus intestinal reste perméable.

b) Les symptômes d'étranglement sont frustes, insidieux, *incomplets*. Ainsi l'arrêt des gaz ou des matières n'est pas total, les vomissements manquent ; s'il y en a ils ne sont qu'alimentaires. Les gaz passent mais les matières ne sont pas expulsées, ou inversement. L'état général reste satisfaisant ; le pouls irrégulier, fréquent, mais pas dépressible, ni fuyant. On a conclu en pareil cas à une *épiplocèle étranglée* mais ce diagnostic ne vient pas à la pensée quand la tumeur est souple, bien réductible ; on a cru à un engoûment herniaire, à un *pincement latéral* de l'intestin. Or il nous semble que nombre de pincements latéraux tels qu'ils ont été décrits anciennement, sont à mettre sur le compte d'appendicocèle. Le syndrome étranglement incomplet permet de présumer la hernie de l'appendice ; toutefois n'accordons pas une valeur décisive à cette modalité, car la lecture des observations démontre la présence tantôt du vermium seul, tantôt du vermium avec le fond du cæcum, tantôt du vermium avec le cœcum et un peu de grêle.

d) A côté des formes compliquées bruyantes exposées jusqu'ici, signalons maintenant comme leur faisant contraste, la modalité chronique *irréductible*. C'est une hernie banale irréductible, mais avec poussées douloureuses entremêlées de sédation ; avec exagération de l'irréductibilité après chacune de ces crises. Or, ces poussées correspondent à un travail sournoisement inflammatoire, à des infections folliculaires suivies d'adhérences multiples, d'épaississement, d'induration, de fixation du méso. On a porté en général le diagnostic d'épiploïte chronique. Et la chose se trouva en effet vérifiée quand, au sein d'un magma épiploïque enflammé, on découvrit un vermium adhérent en état d'appendicite plastique. Mais si les fines granulations ne sont pas là pour indiquer nettement l'épiplocèle, les poussées douloureuses de certaines hernies droites irréductibles nous paraissent trahir souvent, même en l'absence de cordon facilement reconnaissable, l'existence d'une appendicite chronique herniaire.

e) Reste une dernière modalité, véritable complication, plutôt que forme réellement individualisée, c'est la forme *fistuleuse* dont nous relevons quatre exemples. Au-dessus d'une fistule ancienne, on perçoit s'enfonçant dans les profondeurs un cordon vertical plus ou moins épais. Le commémoratif d'une poussée aiguë lors de l'établissement de cette fistule peut donner des renseignements utiles, surtout s'il y a eu pendant quelque temps élimination de matières fécales. Ainsi dans un cas la malade affirma qu'un pépin un jour avait passé par là. On fit alors le diagnostic de fistule d'origine intestinale. Un pas de plus et l'on eût été sur la nature exacte de l'affection. S'il y a évacuation de matières fécales, on ne peut pas absolument affirmer l'origine appendiculaire. Toutefois en l'absence de tuberculose et de néoplasme, il faut y songer. Dans le cas de fistule non stercorale, on a cru à une tuberculose de l'épididyme et du cordon, affection si commune. Peut-être les inoculations expérimentales en démontrant la nature non bacillaire de la sécrétion auraient-elles pu mettre sur la voie.

En somme l'appendicocèle est d'un *pronostic* sérieux vu la fréquence des complications quasi-inéluctables avec le temps, dont quelques-unes menacent la vie par retentissement, par propagation au péritoine. Cependant Schœne, entre autres, a bien mis en évidence qu'à tout prendre l'appendicite herniaire est moins grave que l'appendicite iliaque classique, car dans la première, les dégâts ont pour théâtre la tumeur elle-même en laquelle ils se cantonnent pour de là s'étendre plutôt vers l'extérieur que vers la grande séreuse. Cette remarque est très judicieuse, et enlève à l'affection, un peu de la note par trop sombre qui lui avait été accordée tout d'abord, mais les malades peuvent être emportés par péritonite propagée ou par incarcération concomitante d'une anse ; il ne faut pas l'oublier.

C'est l'honneur des Morgagno-Listériens d'avoir bien élucidé la nature intime de toutes ces complications par eux rattachées à une seule, à une même cause, l'*appendice herniaire*. Or cette nouvelle donnée, pleine d'intérêt, est grosse de conséquences. Elle supplante entièrement la notion morgagnienne de l'*étranglement* vrai de l'appendice avec ou sans engoûment ; d'où la conséquence thérapeutique fausse qui en découlait ; celle de lever l'obstacle, l'agent d'incarcération. Aujourd'hui rechercher avec obstination cette sténose au cours des interventions devient une manœuvre non indispensable. Car ce n'est pas de sténose qu'il s'agit, mais d'inflammation vermiculaire sous ses multiples nuances suraiguës, aiguës, subaiguës ou chroniques ; sèches ou suppurées, congestives ou sphacéliques, perforantes ou non, avec ou sans corps étranger. Cependant j'ajoute que la donnée Morgagno listérienne ne saurait être applicable à tous les cas malgré l'opinion de ses défenseurs. L'étranglement, au sens ancien, semble rare, mais il est possible, on l'a vu sous l'aspect d'un, de deux sillons annulaires correspondant aux anneaux et beaucoup trop nettement marqués pour être interprétés autrement. Et puis il me paraît difficile de mettre sur le compte d'une appendicite deux ou trois observations où la dépression disparut quelques instants après la section de l'obstacle, et où la réduction consécutive de l'organe dans la cavité abdominale ne fut suivie d'aucun accident ; une appendicite n'eût pas évolué, sans doute, avec autant de bénignité.

*
* *

Le *traitement* de l'appendicocèle n'a pas varié pour ce qui concerne la phase silencieuse de la maladie : mais il a subi, entre les mains des Morgagniens Listérisés de notables modifications, une révolution même au sujet de la hernie vermiculaire compliquée. Les règles admises sont les suivantes :

A. *Appendicocèle non compliquée.* — La conduite de choix est ici la réduction manuelle, suivie de l'application d'un *bandage* longtemps prolongée, correctement placé, sans offense pour le testicule. La méthode rallie d'autant plus les suffrages qu'elle permet d'espérer la guérison sans opération, par le mécanisme de l'oblitération progressivement adhésive du canal vagino-péritonéal. En fait, il s'agit bien d'une hernie congénitale le plus souvent. Or, notre relevé n'est pas favorable à pareille manière de voir. Certes, deux guérisons se dressent à l'actif de cette cure palliative. Mais ces guérisons furent temporaires. Revus plus tard, les deux malades, porteurs d'une récidive, durent subir une réduction sanglante. Passons aux autres cas ; sur 27 cas où le port du bandage est mentionné, je compte 27 insuccès, nécessitant une opération. Pour ma part, je considère la pelote comme plus nuisible qu'utile en l'espèce. Par la contusion perpétuelle, par les froissements répétés qu'elle détermine sur l'appendice, elle va au-devant de l'appendicite chronique. Cette raison est sans doute l'une de celles pour lesquelles les Morgagno-Listériens ne trouvent jamais d'appendices sains dans leurs interventions, pourquoi au contraire je les trouve sains, mes malades ayant réussi à échapper aux bandagistes.

B. *Appendicocèle irréductible.* — En cas d'appendice rendu irréductible par glissement de son méso, ou par quelques adhérences, la « méthode de choix » est la *réduction sanglante*, suivie d'une cure radicale herniaire. Elle s'impose sans discussion si l'organe est sain, ou peu altéré, ou conservable. Ainsi comprise dans ses indications, la méthode a été conseillée, ou appliquée par A. Brieger en Allemagne 1893, par A. Broca en France 1894 ; par Bidwell, par Langhton (1) en Angleterre 1897.

La *technique* de cette opération diffère peu de celle d'une cure radicale herniaire. On l'exécute selon les rites frappés du double sceau morgagnien-listérien : la germicidation du matériel et des téguments, l'hémostase par forcimorsure, la réfection ou reconstitution des plans par aiguilles à sutures et catgut, l'excision de l'épiploon et du sac préalablement ouvert et finement disséqué, le drainage avec un tube de caoutchouc, le pansement germicidé par un antiseptique, ou par l'ébullition ou par la vaporisation : voilà le sceau listérien. Dissection au scalpel, aidée de la pince, et de la sonde cannelée, c'est là le sceau morgagnien. Les premiers temps sont ceux de la kélotomie des Morgagniens ; il convient d'ouvrir le sac, d'élargir les anneaux, par incisions débridantes, afin de se bien rendre compte de l'état de l'appendice, et de s'assurer qu'il est conservable, refoulable ainsi que les anses intestinales sans aucun risque dans la cavité abdominale. Une fois pourtant, l'ouverture du sac fut évitée ; on perçut nettement au palper le vermium au travers des enveloppes externes incisées ; on le rentra très facilement, puis on sutura l'anneau et le malade guérit. Il s'en faut de beaucoup que l'intervention soit toujours aussi simple. Plusieurs fois, le testicule dut être excisé, séance tenante » afin de faciliter la réintégration. Les difficultés surgissent surtout dans les appendicocèles complexes, dans ces hernies colo-cœco-appendiculaires par glissement, avec adhérences charnues naturelles, et adhérences anciennes inflammatoires et fibreuses. Ici je remarque deux artifices mis en application. Les uns procédèrent immédiatement à une ponction du cæcum pour en évacuer les gaz ou même du liquide fécaloïde et ceci fait, un point de suture séroséreux répara la brèche du trocart. Après quoi la réduction opératoire fut facile. Les autres préférèrent agir en deux temps, débridant d'abord l'anneau comme dans l'ancienne kélotomie sans réduction, puis quinze jours plus tard quand le cæcum fut décongestionné, on exécuta en une deuxième séance le refoulement du tout avec cure radicale pour terminer. Dans cette réduction, on recommande de respecter les adhérences charnues naturelles du cœco-appendice, sources nourricières de premier ordre ; puis de basculer le cæcum de haut en bas, sans le repousser en masse.

Les *résultats* de la méthode de réduction se chiffrent de la manière suivante. Sur 64 interventions, les guérisons sont :

2 guérisons sans particularité par réduction avec castration ; 43 guérisons sans particularité par réduction simple ; 3 guérisons par réduction simple, suivie de suppuration ; 2 guérisons par réduction simple, suivies d'hématome avec ascension persistante du testicule dans un de ces cas ; 2 guérisons par réduction simple, suivies de fistule stercorale ; 1 guérison par réduction simple, suivie d'orchite chronique.

Les morts sont :

8 morts de péritonite après réduction, dont l'une 5 heures après, l'autre le lendemain par continuation d'une infection péritonéale existant déjà avant l'opération ; 1 mort de cause inconnue, après réduction simple, probablement due à une septicémie ; 2 morts après réduction, dues l'une et l'autre à l'éclosion d'une appendicite quelques heures après la réduction de l'appendice trouvé sain lors de l'opération. Soit au total 11 morts, sur 64 réductions, ou 17 p. 100 de léthalité. Mais on peut excuser ces mauvais résultats en partie par la tardivité de l'opération. Toutefois la méthode n'en reste pas moins responsable d'au moins 2 morts, car les malades auraient guéri si à la réduction du vermium, on avait préféré la deuxième méthode qu'il nous reste à étudier.

C. *Appendicocèle enflammé, sphacélé ou fistulisé.* — En pareille éventualité, l'appendice est considéré sans discussion comme impropre à la conservation ; et l'appendicectomie est acceptée par nécessité. Elle a été exécutée et conseillée pour la première fois en Autriche par Czerny en 1882, pour l'appendicite herniaire crurale ; en Allemagne par Jackle en 1888, pour l'appendicite herniaire inguinale, en 1888 ; en Belgique, par Winiwarther en 1901 pour appendicite herniaire ombilicale.

La *technique* comporte deux modalités principales selon qu'on pratique seulement une *appendicectomie partielle* limitée au segment malade (10 cas) ou mieux qu'on se résout d'emblée à découvrir l'organe jusqu'en sa racine pour l'exciser entièrement, *appendicectomie totale*, très généralement préférée à la précédente.

(1) Bidwell.— *Clinical Society of London* : séance du 14 mai 1897. Langhton, même indication, même séance.

Les manœuvres opératoires diffèrent peu de celles décrites déjà à propos de la réduction ; même rite germicide, même mode d'hémostase par forcimorsure, même mode de ligature au catgut, de drainage, de pansement antiseptique, greffés sur des manœuvres portant l'empreinte Morgagnienne. Comme particularité, les opérateurs ont systématiquement procédé à une désinfection extemporanée du sac, ou des tissus herniaires sphacélés par une solution germicidante phéniquée, sublimée, ou germicidée par ébullition et vaporisation : avec dépôt de poudres absorbantes ou désinfectantes, iodoformées par exemple. Ici encore l'on dut parfois sacrifier le testicule, réséquer le fond du cæcum secondairement suturé en typhorraphie transversale, réséquer tout le cæcum avec abouchement iléo-colique consécutif pour rétablir la continuité du tractus intestinal, réséquer une anse grêle sphacélée avec entéro-anastomose à sa suite, enfin réséquer un diverticule de Meckel concomitant.

En ce qui concerne le temps spécial, principal, celui de l'*appendicectomie* elle-même, la plupart des opérateurs sur la recommandation de Brieger, adoptent le procédé dit « à manchette » de Cabot, attribué à Mickulicz par l'auteur allemand. Une collerette séro-musculaire fut disséquée vers la racine de l'organe, puis celui-ci fut lié au catgut, sectionné au thermo, au niveau du moignon ; enfin le moignon lui-même désinfecté par une solution antiseptique forte (comme le chlorure de zinc) ou par le thermo, fut enfoui sous la collerette suturée à elle-même, avec quelques points superficiels d'enfouissement supplémentaire, placés sur le fond du cæcum.

Les *résultats* de l'appendicectomie dans l'appendicite herniaire se marquent sur 114 cas par :

6 guérisons par appendicectomie partielle sans particularité ; 3 guérisons par appendicectomie partielle, suivies de suppuration ; 1 guérison par appendicectomie totale avec castration ; 1 guérison par appendicectomie totale avec résection du fond du cæcum et typhlorraphie transversale ; 1 guérison par appendicectomie totale avec résection intestinale et entéro-anastomose ; 1 guérison par appendicectomie avec diverticulectomie ; 77 guérisons par appendicectomie totale, sans particularité ; 9 guérisons par appendicectomie totale, suivie de suppuration ; 4 guérisons par appendicectomie totale, suivie de fistule stercorale ; 1 guérison par appendicectomie totale suivie d'ascension du testicule.

D'autre part, comme morts, nous relevons :

1 mort après appendicectomie partielle : (mort tardive de péritonite ou septicémie le 17e jour); 23 morts après appendicectomie totale avec castration (congestion pulmonaire, parotidite avec œdème de la glotte) ; 3 morts de péritonite aiguë après appendicectomie totale ; 3 morts de septicémie après appendicectomie totale.

Soit en résumé 103 appendicectomies avec 9 morts, ou en moyenne 9 p. 100 de léthalité : certes, l'opération eût été meilleure en ses résultats si la décision eût été plus précoce. Mais elle semble avoir été la cause de la mort dans un cas, où la ligature de l'appendice au catgut fut suivie d'une péritonite généralisée, prenant naissance au niveau du moignon lui-même. Quoiqu'il en soit, ces chiffres parlent plutôt en faveur de notre manière de voir, à savoir que l'appendicectomie, contrairement aux opinions courantes des Morgagniens-Listérisés précités, vaut mieux que la réduction sanglante. *A fortiori* donnera-t-elle d'excellents résultats, quand on l'appliquera comme nous l'avons fait personnellement et conseillé, au stade prémonitoire des complications, en cas d'appendice encore sain. Mais je reviendrai sur ce point ultérieurement, tenant à rester dans l'esprit général du présent mémoire qui est d'ordre « portraicturiste » plutôt que critique à l'adresse du bataillon Morgagnien-Listérien, dont les précieux travaux sont ici exposés en une sorte « d'inventaire ».

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Réflexions sur des actualités.

(A propos de la lettre du Dr V. Oct. 1906.)

Dans une lettre très humoristique publiée en octobre, notre spirituel confrère V. peint les déboires qu'il a rencontrés pendant une période d'instruction militaire, comme médecin de la territoriale. Son récit m'a causé, comme à beaucoup d'autres, sans doute une douce gaieté ; mais à l'encontre de la majorité des lecteurs, je n'ai pas trouvé le fait aussi extraordinaire, aussi abracadabrant, comme l'a dit un autre confrère, qu'on pourrait le croire. Bien au contraire, il m'a suggéré quelques réflexions, et je demande la permission de les exposer. *A priori*, du reste, l'ironie, qu'elle soit maniée par la plume de l'écrivain ou le crayon du caricaturiste, est un procédé de discussion dont il faut se méfier, parce que pour beaucoup de lecteurs, elle supprime le raisonnement qui permettrait d'approfondir le bien fondé d'opinions ou de méthodes semblant absurdes ou mal fondées, qui pourtant sont fécondes en enseignement quand on les soumet au critérium de la réflexion. Et je vais sans doute étonner mon aimable confrère, en lui disant que le cas qu'il nous expose est précisément tel. Certes, je partage l'avis de beaucoup de médecins civils et surtout militaires qui pensent que trop souvent, la période d'instruction est mal employée ; qu'il est inutile de les convoquer pendant 13 ou 28 jours pour leur confier souvent une besogne inutile et peu profitable à leur instruction. De cela, il faut en accuser non les hommes, mais une égalité mal comprise, en vertu de laquelle, tous les citoyens, quelles que soient leur profession et leurs aptitudes, sont tenus d'accomplir leur service militaire, c'est-à-dire la dette qu'ils doivent au pays, dans les mêmes périodes de durée et d'obligations de service. Je déclare, qu'à mon avis, il serait préférable d'imposer à nos confrères civils des périodes d'instruction, faites dans des hôpitaux et dans des garnisons où auraient lieu de véritables cours d'instruction, comme cela se pratique en Suisse, en Autriche, et dans lesquels on les initierait véritablement à toutes les connaissances techniques spéciales à l'instruction d'un médecin militaire. Mais, cela dit, pour prouver que je n'ai aucun parti pris, aucune admiration de chapelle, je déclare que les faits exposés par notre confrère doivent être interprétés tout autrement

qu'il ne le fait. Je suis tout prêt à reconnaître avec lui que le soin d'apprécier la qualité d'une viande de porc incombe plutôt à un vétérinaire qu'à un médecin, dont la compétence à ce point de vue n'est pas aussi manifeste. Mais tout le monde admettra avec moi que, dans bien des circonstances de la vie militaire, en campagne, aux manœuvres, dans les garnisons de petites villes, un vétérinaire n'est pas toujours présent, et qu'il est plus naturel de charger de ce contrôle un médecin dont la compétence n'est peut-être pas spéciale à ce sujet, mais dont le rôle est pourtant de veiller à tout ce qui concerne la santé des hommes, non seulement au point de vue de la maladie,mais aussi de l'hygiène prophylactique. Or, est-il question hygiéniqu e plus importante que celle se rapportantà l'alimentation, aux altérations des denrées soit par falsification, soit par maladies des animaux ou des végétaux dont elles proviennent ? Pour le porc notamment, n'est-il pas sujet à des maladies, la trichinose, par exemple, susceptibles d'entraîner dans une collectivité des épidémies graves ; et n'est-il pas naturel qu'un médecin pratiquant,soit aux armées,soit à la campagne, c'est-à-dire loin des centres scientifiques, sache reconnnaître au moins les lésions macroscopiques de cette maladie et qu'il puisse en vérifier l'agent à l'aide du microscope ? Pourquoi trouver plus étonnant de le charger de ce soin que de lui demander de vérifier la qualité d'une eau potable (ce qui est plutôt du ressort du pharmacien ou du chimiste), celle du pain, de la viande, des pommes de terre, de toutes les denrées, en un mot, susceptibles d'altération ou de falsification, et pour lesquelles les chefs de corps demandent souvent l'avis de nos camarades ? Ce sont là, du reste, des notions qu'ils doivent posséder, qu'on leur enseigne ; et je me rappelle fort bien qu'aux examens de sortie de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, on nous demandait,parmi les épreuves de chimie, l'essai d'un aliment habituellement employé dans l'alimentation du soldat. Et voilà pourquoi dans l'instruction professionnelle du médecin militaire doit entrer l'étude de beaucoup de questions paraissant n'intéresser que secondairement la profession médicale. Quand on réfléchit à tout ce qui vient d'être exposé, on ne peut s'empêcher d'en tirer quelques conclusions qui paraissent vraiment toucher à des actualités.

Dans bien des circonstances de la vie nous sommes dans les conditions de la poule du bon La Fontaine : un tout petit grain de mil ferait bien mieux notre affaire que toutes les pierres précieuses qu'on nous offre. On peut avoir les titres scientifiques les plus élevés, être muni de tous les certificats supérieurs donnant accès aux plus hautes fonctions, et pourtant ne pas avoir les connaissances pratiques, les notions générales permettant de se rendre utile à la collectivité sur laquelle on sera chargé de veiller. Je ne veux pas qu'on assimile les médecins à des Pic de la Mirandole, sachant parler « *de omni re scibili* » ; mais je demande qu'on fournisse aux étudiants qui plus tard seront isolés dans les campagnes, les moyens d'apprendre les notions accessoires mais pratiques qui leur permettront de veiller sur la collectivité campagnarde ouvrière ou militaire, parmi laquelle ils devront vivre. On étudie surtout dans le but d'être médecin dans les grandes villes, afin d'arriver soit à une notoriété scientifique qui permet d'espérer les gros honoraires. On devrait avoir un but plus élevé ; on devrait, quand on se prépare à l'exercice de cette profession, si belle malgré ses déboires et ses desiderata, songer qu'on doit avant tout chercher à pouvoir être le plus utile aux autres ; et que ce but, nous le remplirons surtout en travaillant pour les collectivités de la campagne et des centres ouvriers qui sont des déshérités au point de vue social. Considéré comme agent social, le médecin de campagne aura toujours la première place ; c'est pourquoi nos méthodes d'enseignement doivent tendre à lui permettre d'occuper ce rang de la façon la plus utile et la plus scientifique.

J'avais donc raison de dire, au début, que la lettre de notre confrère suscitait des réflexions inattendues. Et puisque le vent souffle du côté des réformes, aussi bien dans la médecine civile, que dans la médecine militaire, qu'il me soit permis pour terminer, d'en demander une et d'en condamner une autre. Celle que je voudrais voir adopter, consisterait, comme l'a si bien dit le Dr Rist à « l'Association corporative des étudiants », à donner aux étudiants toutes les notions pratiques de laboratoire permettant un diagnostic réfléchi et raisonné ; dans l'espèce, par exemple,à leur apprendre les grandes lignes de pathologie comparée, ayant trait aux maladies transmissibles des animaux à l'homme, afin que dans la pratique, ils puissent reconnaître, tout au moins soupçonner, les lésions qu'elles produisent, savoir, par conséquent, dans quelles conditions, tel ou tel aliment doit servir à l'alimentation des collectivités rurales, ouvrières, dont ils auront à surveiller l'hygiène.

La réforme que je voudrais voir condamnée est née d'une élucubration irréfléchie, des « on dit » répandus dans les écrits ou les discours des réformateurs outranciers dont la mode se généralise de plus en plus. Elle consiste à vouloir remplacer peu à peu les médecins militaires de carrière par un médecin civil improvisé militaire du jour au lendemain. J'ai déjà démontré dans le *Progrès médical* pourquoi l'exercice de notre profession dans l'armée nécessitait une instruction et une éducation spéciales. Les faits cités par notre confrère prouvent qu'au point de vue de l'hygiène de l'armée, cette instruction spéciale est indispensable ; qu'elle ne saurait être remplacée même par des titres scientifiques incontestables. A. DEMMLER,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

LE CERTIFICAT D'ÉTUDES MÉDICALES SUPÉRIEURES AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a ouvert sa session ordinaire, sous la présidence de M. Lavisse. A l'ordre du jour figure un projet de décret qui concerne le certificat d'études médicales supérieures.

Le certificat d'études médicales supérieures qu'avait institué le décret du 25 juillet 1906, prendrait le nom de « certificat d'admissibilité à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ». Et le ministre, avant chaque session, fixerait, d'après les besoins des établissements publics d'enseignement supérieur médical, le nombre maximum des certificats qui pourraient être délivrés.

Nous doutons fort que cette demi-mesure qui modifie le certificat sans le supprimer, donne satisfaction aux unanimes protestations du Corps médical. J. N.

L'assistance des aliénés.

Nous avons indiqué, dans notre compte rendu du congrès d'assistance des aliénés, l'intéressant projet du Dr Frank (de Zurich) demandant l'organisation d'un institut international pour l'étude étiologique et pour l'action prophylactique des maladies nerveuses et mentales.

Il serait injuste de ne pas citer la proposition suivante, essentiellement pratique, du Dr Ladame (de Genève) : Les mesures internationales de rapatriement des aliénés étrangers dans leurs pays d'origine sont les plus urgentes à prendre pour l'assistance et la protection de ces malades. Les gouvernements devraient s'entendre pour l'adoption de mesures communes de patronage, d'assistance, de protection et de rapatriement des aliénés étrangers dans leurs pays d'origine, afin d'assurer l'exécution rapide et réciproque de ces mesures qui seraient concertées avec l'aide des sociétés de secours et de patronage des pays intéressés.

Cette proposition peut recevoir une application rapide. A ce titre elle méritait d'être signalée.

Dr Lucien-Graux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 décembre 1906

Fièvre typhoïde expérimentale chez un singe porteur de vers intestinaux.

M. Weinberg a fait des expériences pour éclairer la question de la transmission des maladies par les vers intestinaux. Chez deux cynocéphales dont les matières contenaient de nombreux œufs de trichocéphales, il fait avaler deux fois des cultures virulentes de bacilles typhiques.

Un singe est mort trois jours après de septicémie à colibacilles. Un autre a survécu A son autopsie. l'iléon est couvert d'ulcérations typhiques caractéristiques.

Le sang, la rate, ainsi que l'étude histo-bactériologique des lésions intestinales, ont montré l'existence des lésions typhiques. Le cæcum contenait de nombreux trichocéphales et la première partie de l'intestin grêle était bourrée de tænias dont les têtes étaient fixées sur les ulcérations de la muqueuse. Le nombre de bacilles typhiques, aux points où les tænias sont fixés, est considérable. Or, la fièvre typhoïde est rare chez le singe inférieur et il semble que les tænias ont joué un rôle étiologique important.

Action de l'argent colloïdal sur le pneumocoque.

MM. Chirié et Monier-Visard ont fait dans des tubes de 10 c.c. de bouillon, additionné de gouttes d'argent colloïdal au 1/4000 des ensemencements de pneumocoques. Dans les tubes additionnés d'un peu de métal, les pneumocoques ne peuvent plus prendre le gram. Sur la souris et sur le rat. les injections d'argent colloïdal enrayent la septicémie à pneumocoque pourvu qu'il n'y ait pas une infection trop intense.

Appareil pour protéger le pansement de la laparotomie chez les chiens.

M. Jean Camus a inventé une cuirasse de zinc légère et portative qu'on installe sur l'abdomen du chien après laparotomie et pansement.

Elle est fixée sur le dos par des courroies et des boucles ; elle est facile à construire et stérilisable, l'animal peut uriner et la pansement n'est pas souillé, ce qui empêche les infections secondaires.

Anthracose pulmonaire.

M. Remlinger. — Les chiens et la poule qui ingèrent du charbon à doses massives ne présentent, ni dans le ganglion mésentérique ni dans le poumon l'anthracose signalée par Calmette, Grisez et Vansteenberghe. D'ailleurs, les personnes qui prennent du charbon dans un but thérapeutique n'ont jamais de crachats noirâtres. Chez les sujets observés, des poussières ont pu être entraînées dans les ganglions mésentériques par la voie lymphatique et même jusqu'au poumon, au même titre que certains micro-organismes pendant la digestion. Ce n'est pas là l'anthracose pulmonaire vraie.

L'hémoglobine.

M. Jacovetsco et Matza concluent que l'hémoglobine, le sérum albumine et l'albuma sont solubles en toutes proportions et sont électropositifs.

Vésicatoire et leucocytose.

MM. Carrieu et Lagriffoul (de Montpellier). — Le vésicatoire, en dehors de ses actions analgésiante et diurétique, a une action importante, la stimulation de la phagocytose. Les globules blancs peuvent en effet atteindre plusieurs milliers et persister plusieurs jours, c'est une polynucléose avec éosinophilie. Il est donc indiqué quand il y a hypoleucocytose ou leucocytose modérée. L'absence de réaction leucocytaire indique une infection grave.

Excitations cérébrales et formation de la lymphe.

MM. Wertheimer et Lepage ont vu l'excitation du gyrus sigmoïde du chien produire des variations au cours de la lymphe. Les animaux immobilisés par le curare ont, sous l'excitation de l'écorce une augmentation de la lymphe fournie par le canal thoracique et liée aux variations de la pression artérielle due à cette excitation. E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1906.

Fractures bimalléolaires.

M. Walther n'hésite pas à avoir recours à l'anesthésie pour peu que la réduction lui paraisse difficile. Il opère la réduction en ramenant le pied en adduction forcée, en même temps qu'il le fléchit fortement sur la jambe, de façon à transporter le talon en avant ; de plus, il consolide l'appareil plâtré par une attelle interne de Dupuytren. Après quelques jours, quand le membre est dégonflé, il remplace l'appareil plâtré par un deuxième, plus approprié à maintenir exactement la réduction que le premier, devenu trop lâche.

L'immobilisation de la jambe dans le plâtre doit être longue ; 40 à 50 jours constituent un minimum. On ne permettra la marche qu'après une consolidation parfaite, dûment constatée, car la moindre élasticité du cal expose à la déviation ultérieure du pied. Quelquefois la déviation secondaire s'observe malgré une bonne consolidation ; elle est alors due soit à des lésions concomitantes des os du tarse, soit à une ostéite hypertrophique du cal d'origine trophique.

M. Chaput clôt la discussion sur ce sujet en se prononçant aussi en faveur de l'anesthésie pour faciliter les manœuvres de réduction ; pour l'immobilisation prolongée et pour le recours fréquent à la radiographie qui permet d'apprécier le degré de consolidation du cal.

Rétrécissements fibreux du rectum.

M. Sieur présente un malade qui fut pris, en 1902, de phénomènes d'occlusion chronique dus à un double rétrécissement annulaire du rectum d'origine dysentérique. La dilatation progressive n'ayant donné aucun résultat. M. Sieur fit en 1904 un anus iliaque. L'état du malade s'améliora rapidement lorsqu'à la suite d'une grippe, il fut pris de coliques d'une intensité excessive et de contractions intestinales violentes sur le trajet du gros intestin. Pour supprimer ces coliques M. Sieur se vit obligé d'exclure tout le gros intestin en établissant un nouvel anus à droite, sur la terminaison de l'intestin grêle.

Aussitôt les coliques cessèrent, le malade put s'alimenter et son état général s'améliora rapidement. C'est ce qui permit à M. Sieur de procéder à l'extirpation du rétrécissement rectal. Après extirpation de 15 centim. de rectum, le bout supérieur fut abaissé et fixé à la peau de la région coccygienne. Quelques semaines après, M. Sieur ferma les deux anus iliaques, et actuellement le malade va bien, n'a plus de coliques et jouit d'une continence anale tres satisfaisante.

Séance du 19 décembre 1906.

Plaies de la rate.

M. Legueu, à propos d'une observation envoyée par M. Barnsby (de Tours), et concernant un cas de plaie de la rate par coup de couteau, traité par la splénectomie, passe en revue les trois moyens d'arrêter l'hémorragie provenant d'une rate blessée. Ces moyens sont : le tamponnement, la suture et la splénectomie. Le premier est insuffisant ; la suture mérite au contraire d'être utilisée dans les plaies nettes ; et a donné des succès dans 8 cas cités par M. Legueu. Enfin, pour les plaies larges, très profondes, la splénectomie est le traitement de choix. Quant à la voie d'accès, l'incision transversale sous-costale donne un grand jour et permet d'aborder facilement la rate et de lierson pédicule.

M. Hartmann pense que l'incision sous-costale n'est de mise que lorsque le diagnostic de plaie de la rate est fait avant la laparotomie ; or, ce diagnostic est loin d'être fait dans tous les cas ; aussi M. Hartmann est-il partisan de la laparotomie mediane sous-ombilicale qu'on peut compléter ensuite, au cas où une splénectomie serait reconnue nécessaire par une incision transverse sous-costale.

Coexistence d'un fibrome du corps et d'un cancer du col de l'utérus.

M. Ricard fait un rapport sur une observation de M. Savariaud.

Le cancer du col ne fut reconnu qu'au cours de l'hystérectomie, alors qu'à l'examen clinique rien ne le faisait pressentir. La coexistence du cancer et du fibrome n'est pas tout à fait rare, puisque M. Ricard en a observé deux cas en une année.

Fracture des branches horizontale et descendante du pubis ; rupture de l'urèthre membraneux ; taille hypogastrique et périnéale sans suture de l'urèthre ; guérison.

L'observation, envoyée à la Société de chirurgie par M. Rouviloy (de Lyon), est l'objet d'un rapport fait par M. Bazy.

Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal.

M. Pozzi fait un rapport sur cette observation envoyée à la Société par M. Barnsby (de Tours). L'urèthre fut reconstitué par un procédé dérivant de celui de Duplay. Dr Catz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 décembre.

Atrophie testiculaire.

MM. Achard et Demanche présentent un homme âgé de 68 ans, atteint d'insuffisance mitrale. Cet homme subit à 25 ans un traumatisme violent sur les bourses. L'atrophie consécutive des testicules a été suivie de la chute des poils et d'une diminution de la vigueur musculaire : visage imberbe, cheveux rares, pubis thorax et aisselle dépourvus de tout poil ; le facies pâle, ratatiné, les joues pendantes, rappellent la physionomie de certains myxœdémateux ; on peut se demander s'il n'y a pas un rapport entre l'insuffisance testiculaire et l'insuffisance thyroïdienne. On ne trouve pas chez ce malade la tendance au gigantisme, ni l'abolition des érections, qui surviennent chez les castrats mutilés pendant la période de développement.

Acrocéphalosyndactilie.

M. Apert décrit sous ce nom un type tératologique bien défini, compatible avec une durée de vie normale et caractérisée par des lésions spéciales de l'extrémité céphalique et par une syndactylie des quatre extrémités. M. Apert apporte huit observations desquelles il déduit le type : tête aplatie d'avant en arrière, front élevé, gouttière transversale au-dessus des arcades sourcilières surmontée d'une saillie médiane verticale, yeux saillants, voûte palatine ogivale, dents mal implantées, fissure du voile et de la luette. Cou, tronc et segments supérieurs des membres sont normaux. La syndactylie frappe les dernières phalanges qui sont intimement unies et surmontées d'un ongle souvent unique. Même déformation aux pieds. Dans les antécédents on trouve la syphilis des parents, l'hydramnios de la mère. A la naissance on a trouvé une large béance des sutures. Dans deux cas d'autopsie d'enfants nouveau-nés on a constaté un défaut de développement de l'os basi-occipital.

M. Queyrat présente un homme de 50 ans chez lequel on trouve la coexistence rare d'une paralysie générale et des syphilides cutanées papuleuses et papulo-croûteuses.

M. Marie (Villejuif) montre les pièces anatomiques de deux sujets morts déments et aphasiques.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 22 novembre 1906. — Présidence de M. Berne, vice-président.

La séance est ouverte à 4 h. 50. Le procès-verbal de la précédente réunion est lu, mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels ; différentes brochures de l'Université de Toulouse.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de candidature au titulariat de M. le Dr Perpère, ancien interne provisoire des hôpitaux ; parrains : MM. Duclaux et Blondin. — 2° Lettre de M. le secrétaire général de la Société médico-chirurgicale remerciant la Société d'avoir ajourné son banquet jusqu'au moment du groupement définitif des trois sociétés. — 3° Lettre de M. le Dr Desnos, qu'une indisposition empêche d'assister à la séance.

M. René-Tissier, candidat au titulariat, lit son travail : sur « **Le traitement hydro-minéral de l'obésité** ».

L'examen de cette candidature est renvoyé à une commission composée de MM. Christian, Minet et Glénard, rapporteur.

M. Lematte fait une communication intitulée : « **Des idées actuelles sur l'évolution de la matière** ».

M. Dhomont demande comment M. Leduc a pu mesurer des forces aussi considérables.

M. Frenkel répond que, pour savoir la vitesse des molécules qu'émet un corps, on procède ainsi : le champ dans lequel se meuvent les rayons α, β, γ, les uns sont des ions positifs, les autres sont particules impondérables et comparables aux rayons cathodiques. Les rayons γ sont des vibrations. Lorsqu'on met un champ magnétique sur le parcours des rayons α, β, on obtient une déviation de ces rayons. C'est par la force magnétique nécessaire à leur déviation que l'on mesure la force de ces rayons. On enregistre la déviation au moyen de plaques photographiques.

M. Frenkel demande qu'on ne se laisse pas illusionner par les expériences de M Leduc, qui ne sont que l'illusion de la vie, mais pas de la vie.

M. Lematte. — M. Leduc ne dit pas qu'il fait de la vie, mais qu'il reproduit toutes les apparences de la vie, et explique presque tous les phénomènes de la vie, sauf la reproduction en série.

M. Sée. — Le Dantec a émis sur la vie des idées se rapprochant de celles de Leduc. La vie pour lui est réduite à des phénomènes chimiques entre la cellule et le milieu extérieur.

La Société examine diverses questions d'ordre administratif.

La séance est levée à 6 heures 45.

Les secrétaires annuels,
Mortier et Vian.

THÉRAPEUTIQUE

Les vasogènes en phtisiothérapie. (Créosotosol, Gaiacosol, et Iodosol).

par MM. les docteurs Georges Petit et Pierre Barbier

—

Parmi les nombreux médicaments qui ont été préconisés dans le traitement des affections tuberculeuses, il y en a surtout deux qui ont fait leurs preuves depuis longtemps : la créosote et son principal dérivé, le gaïacol. La créosote et le gaïacol auraient, d'après Manquat (1), les propriétés suivantes dans la tuberculose du poumon : action anticatarrhale et antiseptique à l'égard des microbes secondaires, action sclérogène et enfin action spécifique sur le bacille de Koch par voie indirecte, en développant le pouvoir agglutinant du sérum, comme le démontre l'expérimentation. Mais pour obtenir ces résultats chez l'homme, il faudrait pouvoir employer des doses suffisantes de ces médicaments, 2 grammes par jour au moins pour la créosote, d'après Soulier ; Burlureaux, l'un des promoteurs de la médication créosotée, indiquait des doses bien plus fortes encore. — Or, même à la dose de 2 grammes, la créosote serait caustique pour la muqueuse gastrique ; on ne peut guère dépasser, par la bouche, la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour. On est alors obligé de recourir à d'autres voies d'absorption, voie rectale, voie sous-cutanée, voie cutanée.— Mais la voie rectale est peu pratique et acceptée difficilement par les malades; les injections sous-cutanées exigent le concours quotidien du médecin; quant à la voie cutanée, c'est un moyen fort peu actif, l'absorption de la créosote par la peau étant très faible ; en effet, une friction avec 5 gr. d'une solution alcoolique de créosote à 20 °/o équivaut seulement à l'absorption de 0 gr. 10 de créosote. — Il fallait donc trouver un excipient capable d'enlever à la créosote sa causticité pour la muqueuse gastrique et capable en même temps de rendre ce médicament plus facilement absorbable par la peau. Cet excipient existe à présent : il nous est fourni par les Vasogènes.

Qu'est-ce donc qu'un Vasogène? Un vasogène est un hydrocarbure oxygéné qui a la propriété de dissoudre certains médicaments insolubles dans l'eau simple, en formant avec l'eau des solutions ou des émulsions.

Les Vasogènes, qu'ils soient employés *intus aut extra*, forment avec l'eau des liquides des secrétions et des tissus organiques, des émulsions, lesquelles sont plus facilement absorbées que les autres formes médicamenteuses.

C'est à la suite des recherches de plusieurs chimistes allemands, Engler et Bock, Schestopal, Zaloziecki, plus tard Donath, Schaal de Stuttgart et enfin Klever de Cologne, qu'on est parvenu à transformer les hydrocarbures des pétroles et des naphtes pour obtenir les vasogènes. Ces hydrocarbures, véritables graisses minérales, qui sont primitivement neutres, donnent en présence de l'oxygène, des corps acides (les acides du pétrole) qui sont susceptibles de former avec les alcalis, des savons. On obtient ainsi un produit dont la principale propriété est de s'émulsionner dans l'eau ; ce produit appelé *vasogène*, est donc de la vaseline oxygénée, non oxydée entièrement.

Cette facilité avec laquelle le Vasogène s'émulsionne dans l'eau explique d'une façon suffisante tous les avantages de cet excipient. Le médicament que l'on y incorpore se mêle intimement aux différents liquides humoraux de l'organisme, d'où son absorption plus rapide et plus complète. Le véhicule vasogène augmente ainsi l'activité du médicament que l'on y ajoute ; il en « exalte les vertus » suivant l'expression de Bayer, de Bruxelles. D'autre part, les médicaments dissous dans ce véhicule perdent leurs propriétés irritantes pour la peau et les muqueuses. Aussi les vasogènes sont-ils tolérés d'une façon remarquable aussi bien par la voie gastrique que par la voie cutanée.

Tandis qu'avec la créosote on ne peut, comme nous l'avons vu, donner plus de 0 gr.60 comme dose quotidienne par la voie gastrique, sans léser la muqueuse stomacale, nous avons pu, avec le créosotosol, atteindre, sans aucun inconvénient, dans la plupart de nos observations, la dose de 150 gouttes *pro die*, ce qui équivant à 1 gr. 50 de créosote. Avec le gaïacosol nous avons atteint de même, sans provoquer aucun trouble gastrique la dose de 90 gouttes *pro die*, ce qui équivaut à 0 gr.45 de gaïacol.

Par la voie cutanée, les vasogènes sont tolérés d'une façon non moins remarquable. Ainsi le vasogène iodé ou iodosol, que nous avons eu fréquemment l'occasion d'employer dans les cas d'adénites tuberculeuses, n'a jamais occasionné aucune irritation des téguments, comme en produit la teinture d'iode, d'où la possibilité de continuer l'usage de l'iodosol aussi longtemps qu'il est nécessaire, sans aucune interruption. Cette irritation des téguments que produit la teinture d'iode n'est pas du tout nécessaire, comme on pourrait le croire, à l'absorption de ce produit par la voie cutanée, car l'iodosol qui n'altère pas la peau, s'absorbe néanmoins avec la plus grande facilité; on peut constater la présence de l'iode dans l'urine 15 à 30 minutes après une friction d'iodosol.

La posologie des vasogènes utilisés en phtisiothérapie peut suivant nous, être fixée comme il suit : pour le Créosotosol, de 30 à 200 gouttes par jour, en deux ou trois fois, par doses progressives, chez l'adulte ; 10 gouttes par jour et par an d'âge chez l'enfant. Pour le gaiacosol, les doses seront moitié moindres : de 30 à 100 gouttes par jour chez l'adulte, 10 gouttes par jour et par an d'âge chez l'enfant.— Quant à la voie cutanée, la dose pour une friction de ces deux médicaments sera de 10 gouttes à une cuillérée à café, faire une ou deux frictions par jour.—L'iodosol n'est guère indiqué, dans les cas d'affections tuberculeuses que par la voie cutanée pour les tuberculoses locales; la dose par friction variera de 10 gouttes à une cuillérée à café, à répéter une à trois fois par jour; chez l'enfant, la dose moyenne à employer sera de 10 gouttes par jour et par an d'âge.

Cette étude préliminaire va nous permettre d'aborder maintenant l'exposé des observations qu'il nous a été donné de recueillir avec ces produits dans plusieurs dispensaires de l'Œuvre de la Tuberculose humaine : le Dispensaire antituberculeux des mutualistes et du XIII[e] Arrt. (Dispensaire Emile Loubet), les Dispensaires antituberculeux des III[e] et XI[e] Arrts. Toutes ces observations ont été prises avec la plus scrupuleuse exactitude ; chaque fois qu'on a pu le faire, un examen des crachats a été pratiqué au début et à la fin du traitement. D'autre part le grand nombre de malades que nous voyions chaque jour nous a permis de choisir des cas se rapportant à des périodes plus ou moins avancées de l'infection tuberculeuse.

Les trois premières observations se rapportent respectivement aux trois périodes de la tuberculose pulmonaire chronique. Le vasogène employé a été le Créosotosol par voie gastrique. Dans les trois cas, l'examen des crachats a été également pratiqué.

Obs. I.—D.... Gabriel, 31 ans journalier. Première visite : 3 octobre 1906. Est malade depuis huit ans ; tousse et crache. A maigri et a des sueurs nocturnes ; se plaint de fatigue dans les jambes. L'appétit est bon, il digère bien, mais parfois vomissements provoqués par la toux (toux émétisante.) Poids 69 kg. — A l'examen des poumons submatité au sommet droit et nombreux craquements secs au même sommet. Râles de bronchite aux bases. Assez nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Traitement : Régime hygiéno-diététique et Créosotosol (20 gouttes 3 fois par jour) — 12 octobre, va mieux. Tousse et crache moins, dort bien depuis deux jours. Ne vomit plus. N'a plus de fatigue dans les jambes. Traitement : Créosotosol (30 gouttes, trois fois par jour) — 19 octobre ; Etat général meilleur, poids 71 kgs. a moins de sueurs nocturnes, ne tousse plus. A l'examen pulmonaire on ne trouve plus de râles de bronchite aux bases ; au sommet droit, on n'entend que quelques craquements. Dans les crachats, très rares bacilles de Koch. Traitement : créosotosol (40 gouttes, trois fois par jour) — 26 octobre : Etat général toujours excellent ; poids : 72

(1) Manquat. — Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie. Paris, 1900.

kgs. n'a plus de sueurs la nuit. Créosotosol (50 gouttes trois fois par jour) 30 octobre : absence complète des bacilles de Koch dans les crachats. Au sommet droit, on n'entend plus aucun craquement; il ne persiste qu'une légère submatité. L'appétit est toujours aussi bon ; les fonctions gastriques n'ont été nullement troublées.

Obs. II. — T... François, 26 ans, gardien de la paix. — 1re visite : 12 janvier 1906. Est malade depuis un an. A maigri de huit livres ; pèse actuellement 57 kg. Depuis un mois, n'a plus d'appétit, ni de forces ; a été obligé de demander un congé. Tousse et crache beaucoup, crachats verdâtres renfermant de nombreux bacilles de Koch. Accès de fièvre fréquents. Au sommet droit, légère submatité et quelques craquements fins ; au sommet gauche, matité plus étendue et nombreux râles humides. Traitement : Régime hygiéno-diététique. Créosotosol (20 gouttes, trois fois par jour).— 19 janvier, le malade se sent plus fort et a déjà meilleur appétit. Il tousse et crache beaucoup moins : Crachats moins épais, moins verdâtres. Créosotosol (30 gouttes, trois fois par jour).— 26 janvier : le malade a maintenant très bon appétit et se sent de plus en plus fort. Poids = 59 kg. Il ne tousse presque plus ; les crachats sont simplement muqueux et ne renferment que de très rares bacilles de Koch. Au sommet gauche, la matité est moins étendue et l'on n'entend plus que quelques râles humides. Au sommet droit, il ne persiste qu'un peu de submatité ; les craquements ont disparu complètement. Créosotosol (50 gouttes, trois fois par jour).—2 février : Etat général excellent. Poids 60 kg. Les crachats ne renferment plus aucun bacille de Koch. La respiration est normale aux deux sommets; il ne persiste qu'une légère submatité surtout du côté droit. Nous n'avions pas revu le malade depuis cette époque, lorsqu'il vint nous trouver de nouveau le 26 octobre dernier : il se considère comme complètement guéri, peut travailler sans aucune fatigue. Le poumon gauche a recouvré entièrement sa perméabilité ; seul le sommet droit présente encore une légère induration comme le montre la percussion.

Obs. III. — S... Marie, 33 ans, blanchisseuse. Première visite : 12 décembre 1905. Est malade depuis deux ans. Etat cachexique prononcé. A maigri de 15 livres en un an. Poids actuel = 53 kg. Anorexie complète : fièvre et hectique. Tousse et crache beaucoup ; crachats épais, verdâtres, contenant de nombreux bacilles de Koch. Au sommet gauche, souffle caverneux et gargouillement au sommet droit, matité et râles muqueux. Traitement : régime hygiéno-diététique. Créosotosol (20 gouttes, trois fois par jour) 19 décembre 1995. — Commence à manger et se sent déjà plus forte. Accès de fièvre moins fréquents et moins violents. Créosotosol (30 gouttes, trois fois par jour). — 26 décembre 1905. Tousse et crache moins. Mange avec bon appétit. Au sommet droit, on n'entend plus de râles muqueux. Créosotosol (40 gouttes, trois fois par jour).—2 janvier 1906. Etat général excellent. Poids : 55 kg. Les crachats ne contiennent plus que de très rares bacilles de Koch. Créosotosol (50 gouttes, trois fois par jours).—9 janvier 1096. Elle n'a plus d'accès de fièvre et a repris son travail. Au sommet gauche on n'entend plus de gargouillement ; le souffle caverneux est lui-même moins accentué. Au sommet droit, ne persiste qu'une légère submatité. Nous avons revu la malade le 10 octobre dernier : l'état général n'a pas cessé d'être excellent. La malade ne crache plus du tout. Au sommet gauche, on ne trouve plus de souffle caverneux ; il ne persiste à ce niveau qu'une légère matité à la percussion.

Les deux observations qui vont suivre se rapportent également à des cas de traitement de la tuberculose pulmonaire par le créosotosol : dans ces deux cas, l'affection n'était qu'à sa première période. L'examen des crachats n'a pu être pratiqué ; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un sujet trop jeune qui n'expectorait pas.

Obs. IV.— B..., Germaine, 8 ans 1/2. Première visite : 11 octobre 1906. A eu la rougeole à 18 mois, la variole à 6 ans. L'an dernier, a été opérée de végétations adénoïdes. Tousse depuis 3 ans, et surtout depuis 8 jours. N'a pas d'appétit. Poids : 27 kg. A l'auscultation, nombreux craquements et submatité au sommet gauche en arrière. Traitement : Régime hygiéno-diététique. Créosotosol (30 gouttes par jour en trois fois). 18 octobre 1906. A meilleur appetit, tousse moins. Créosotosol (45 gouttes par jour en trois fois).25 octobre 1906: ne tousse presque plus : mange d'une façon étonnante, nous dit sa mère. A engraissé (Poids : 29 kg.) Au sommet gauche, on n'entend plus que quelques craquements très fins. Créosotosol (60 gouttes par jour). 4 novembre : ne tousse plus, appétit toujours excellent. Poids, 30 kg. On n'entend plus aucun craquement au sommet gauche. Seule la submatité persiste.

Obs. V. — D..., René, 12 ans 1/2. Première visite : 6 octobre 1905. Enfant de père alcoolique. Malade depuis 3 ans. A eu, l'an dernier une tumeur blanche du genou droit, qui a été opérée. Depuis cette époque, il a, nous dit-il, maigri de moitié ; pèse actuellement 32 kgs. Il se plaint d'étouffements, de sueurs nocturnes abondantes. N'a pas d'appétit. Tousse et crache beaucoup. Au sommet droit, légère submatité, respiration soufflante et nombreux craquements secs. Traitement : Régime hygiéno-diététique. Créosotosol (30 gouttes, trois fois par jour). 20 octobre : a déjà meilleur appétit, moins de sueurs nocturnes et bien moins d'étouffements. Tousse et crache moins. Poids : 33 kg. 500. Créosotosol 30 gouttes trois fois par jour) 27 octobre : N'a plus eu de dyspnée, ni de sueurs. Ne crache plus et ne tousse presque plus. Appétit excellent. Poids : 34 kg. Créosotosol 30 gouttes trois fois par jour). 3 novembre ; très bon état général, poids 35 kgs. ne tousse plus du tout. Au sommet droit, on ne trouve plus aucun craquement, la respiration est absolument normale. Il ne persiste qu'un peu de submatité à la percussion.

Les quatre observations qui suivent se rapportent à des cas de tuberculose pulmonaire traités par le gaïacosol à l'intérieur. Dans les trois premiers cas, l'affection était à sa deuxième période ; dans le dernier cas elle avait atteint la troisième période. Dans tous ces cas, l'examen des crachats a pu être pratiqué :

Obs VI.-- D..., ouvrier confiseur, 29 ans.-1re visite: 25 août 1906. A beaucoup maigri ; poids: 61 kg. Sueurs nocturnes et accès de fièvre fréquents. Pas d'appétit et vomissements après les repas. Tousse et crache beaucoup : crachats verdâtres, renfermant de nombreux bacilles de Koch. Voix aphone, chuchotée. - Au sommet gauche, matité et nombreux râles humides. Epaississement et infiltration des cordes vocales au laryngoscope.

Traitement: Régime hygiéno-diététique: Gaiacosol (10 gouttes, trois fois par jour)—8 septembre : n'a plus de fièvre, moins de transpirations nocturnes. A meilleur appetit et ne vomit plus. Tousse et crache moins. Poids = 62 kg. Au sommet gauche, les râles humides sont moins nombreux. Gaïacosol (20 gouttes, trois fois par jour)—22 septembre: Appétit excellent. Dort très bien, n'a plus de sueurs nocturnes. Les crachats ne renferment que de très rares bacilles de Koch. Au sommet droit, on n'entend plus de râles humides. Poids : 64 kg. Gaiacosol (30 gouttes trois fois par jour) — 29 septembre: l'état général se maintient très bien. Poids : 65 kg. Ne tousse presque plus; plus de bacilles dans les crachats. Au sommet droit, il ne reste plus qu'une légère submatité. Quant au larynx l'examen laryngoscopique montre une diminution de l'infiltration des cordes vocales ; mais le timbre de voix ne s'est pas modifié.

Obs. VII. — J. . Léa, caissière, 28 ans. Première visite : 12 novembre 1905. Depuis deux ans a beaucoup maigri ; a perdu l'appétit depuis six mois. Se sent toujours fatiguée. Sueurs nocturnes abondantes Tousse et crache beaucoup, crachats épais, verdâtres, renferment d'assez nombreux bacilles de Koch. A l'auscultation, respiration soufflante au sommet droit, nombreux râles muqueux au sommet gauche. A la percussion, légère submatité au sommet droit, matité plus étendue au sommet gauche. Traitement : Régime hygiéno-diététique. Gaïacosol (10 gouttes, trois fois par jour) 19 novembre 1905 : a déjà meilleur appétit et se sent moins fatiguée. Sueurs nocturnes moins abondantes. Gaïacosol (15 gouttes, trois fois par jour) 26 novembre : La malade tousse et crache beaucoup moins ; crachats moins épais, moins verdâtres renfermant très peu de bacilles de Koch. Au sommet gauche on ne trouve plus que quelques râles muqueux. Gaiacosol (20 gouttes trois fois par jour) 3 décembre : mange maintenant très bien et ne se sent plus fatiguée. N'a plus de sueurs nocturnes. Gaïasocol (30 gouttes, trois fois par jour), 10 décembre : état général toujours bon. Crachats simplement muqueux, ne renferment plus de bacilles de Koch. Au sommet gauche, on ne trouve plus de râles muqueux, la matité seule persiste à ce niveau. Du côté droit on ne trouve plus aucun signe stéthoscopique.

Nous avons revu la malade le 15 novembre 1906, juste au bout d'un an. Elle a continué à bien manger et a une mine excellente. Elle n'a jamais toussé ni craché depuis. L'examen des poumons est absolument négatif : les deux sommets ont recouvré entièrement leur perméabilité.

Obs. VIII. P.... Mathilde, couturière, 24 ans. Première visite : 16 octobre 1905. A beaucoup maigri dans ces derniers temps ; a perdu l'appétit et les forces. Tousse et crache beaucoup, surtout depuis six mois : les crachats sont épais, verdâtres et renferment d'assez nombreux bacilles de Koch. Sueurs nocturnes abondantes et accès de fièvre fréquents. Au sommet droit légère submatité et diminution du murmure vésiculaire ; au sommet gauche, matité plus étendue et nombreux râles humides. Traitement : régime hygiéno-diététique. Gaïacosol (10 gouttes, trois fois par jours), 23 octobre : a déjà meilleur appétit, moins de fièvre et de sueurs nocturnes. Gaiacosol (15 gouttes, trois fois par jour), 30 octobre : Tousse et

crache beaucoup moins ; crachats moins épais, moins verdâtres, ne renferment que de très rares bacilles de Koch. N'a plus d'accès de fièvre ni de sueurs nocturnes. Au sommet gauche on n'entend plus que quelques râles humides. Gaïacosol (20 gouttes trois fois par jour.)

6 novembre 1905 : mange maintenant très bien et a repris ses forces. Elle a pu reprendre son travail, qu'elle avait dû quitter. Gaiacosol (30 gouttes trois fois par jour), 13 novembre 1905, état général excellent. Ne tousse presque plus ; crachats simplement muqueux, ne renferment plus de bacilles de Koch. Au sommet gauche, on ne trouve plus de râles humides ; la submatité seule persiste. Le sommet droit a recouvré son entière perméabilité. Nous avons revu la malade le 26 septembre 1906 : elle se portait toujours très bien, n'avait plus ni toussé ni craché depuis. L'examen des poumons ne révélait plus aucun signe stéthoscopique.

Obs. IX. — S... René, sculpteur, 28 ans. — 1er visite : 9 octobre 1906 — N'a jamais été très fort. Est malade depuis trois ans. A eu de petites hémoptysies au début. — Tousse et crache beaucoup, surtout le matin. Se plaint d'essoufflement, de sueurs nocturnes, d'accès de fièvre fréquents, de faiblesse dans les jambes. Son appétit n'a pas diminué. Il a maigri de plusieurs kilos : en 1904 il pesait 65 kg. ; il pèse actuellement 60 kg. 500. Bacilles de Koch peu nombreux dans les crachats. Au sommet droit, souffle caverneux: au sommet gauche, matité et nombreux râles muqueux. Traitement : Régime hygiéno-diététique. Gaïacosol (10 gouttes, trois fois par jour) 16 octobre : Le malade se sent déjà plus fort, il a moins de fièvre, moins de sueurs nocturnes. Poids : 61 kilos. Gaïacosol (20 gouttes trois fois par jour) — 23 octobre : Tousse et crache moins. N'a plus de fièvre ni de sueurs et dort très bien. Au sommet gauche, on n'entend plus de râles muqueux. Gaiacosol (30 gouttes, trois fois par jour). — 30 octobre : N'a plus de dyspnée et ne tousse presque plus. Bon état général ; poids : 62 kilogs. Aucun bacille de Koch dans les crachats. Au sommet droit, le souffle caverneux persiste, mais moins accentué, au sommet gauche, la respiration est normale, il ne reste qu'un peu de submatité.

Les deux observations qui suivent ont trait à l'emploi du gaïacol par la voie cutanée. Dans la première, il s'agissait de névralgies intercostales chez une tuberculeuse , la seconde est un cas de péritonite tuberculeuse traitée également par les frictions au gaïacosol.

Obs. X. — N..., Maria, 31 ans, femme de ménage. 1re visite : 19 octobre 1906. Depuis trois mois se plaint de douleurs dans le dos, surtout interscapulaires, et dans la nuque. Elle a maigri et se sent fatiguée. Au sommet droit, légère submatité et diminution du murmure vésiculaire. Malgré des applications réitérées de teinture d'iode et de sinapismes, les douleurs dans le dos sont plus fortes que jamais. Traitement : Frictions au gaïacosol *loco dolenti* avec la valeur d'une cuillère à café tous les soirs. Le 26 octobre, les névralgies ont complètement disparu. De plus, la malade n'éprouve plus comme auparavant de sensation de fatigue.

Obs. XII. — B..., Augustine, 6 ans. — 1re visite : 7 octobre 1906. — A été mal soignée en nourrice, a eu le carreau à l'âge de deux mois. Se plaint du ventre depuis trois mois. le ventre a grossi progressivement ; il mesure actuellement 50 centimètres de circonférence, au niveau de l'ombilic. Anorexie et vomissements fréquents. Selles diarrhéiques fétides, 4 à 5 fois par jour. Accès de fièvre. — A l'examen de l'abdomen, on constate une légère ascite — Au sommet du poumon gauche, submatité et respiration soufflante. Adénites cervicales doubles. Poids : 12 kg 500. Traitement : A l'intérieur tannigène (trois paquets de 0 gr. 20 par jour); frictions sur le ventre tous les soirs avec une demi-cuillère à café de gaïacosol. 14 octobre : L'enfant ne se plaint plus du ventre ; les selles sont moins fréquentes, moins fétides. Poids : 13 kg 500; — 21 octobre. — Les vomissements se sont arrêtées, ainsi que la diarrhée. L'enfant n'a plus de fièvre et commence à manger avec appétit. Poids : 13 kg. — On supprime le tannigène, mais on continue les frictions au gaïacosol. 28 octobre : L'enfant est méconnaissable, a beaucoup d'appétit. Poids : 15 kg 500. L'ascite a quelque peu diminué ; le tour du ventre au niveau de l'ombilic mesure 48 centimètres. Au sommet gauche, la respiration est normale, seule la submatité persiste.

— Enfin, pour terminer, nous citerons un cas d'adénites scrofulo-tuberculeuses du cou traitées par des frictions à l'iodosol. Etant donnés les résultats remarquables que ce médicament nous a donnés dans tous les cas par la voie cutanée, nous n'avons pas jugé nécessaire de l'employer par la voie gastrique. Nous n'avons pas eu non plus l'occasion de recourir à ce médicament par voie gastrique dans la tuberculose pulmonaire, où son emploi n'est indiqué que dans des cas exceptionnels (formes lentes, torpides, apyretiques, pour lesquelles Germain Sée préconisait les iodures) ; nous avons trouvé dans la littérature plusieurs cas rentrant dans cette catégorie, où l'on a employé avec succès le vasogène iodé.

Obs. XII. — B..., Pierre 3 ans 1/2,— 1ere visite, 3 octobre 1906. Mère morte de tuberculose pulmonaire. Adénites cervicales tuberculeuses, sous forme de grappe polyadénitique datant de quatre mois et occupant la région parotidienne droite. — Une de ces glandes a suppuré tout récemment ; elle a été ouverte au bistouri le 20 septembre dernier et s'est fermée en dix jours de temps, à la suite de lavages quotidiens à l'eau oxygénée, suivis de pansements à la gaze iodoformée. Le tour du cou, pris au niveau de la masse ganglionnaire, mesure 26 cm. L'enfant est pâle et n'a pas d'appétit. Traitement : 60 gr. de viande crue de mouton par jour, bains au sel gris de morue deux par semaine, frictions tous les soirs sur la masse ganglionnaire avec 20 gouttes d'Iodosol. Le 13 octobre, l'enfant a meilleur appétit, tour du cou : 25 cm. La dose d'iodosol est portée à 30 gouttes — Le 20 octobre, le tour du cou mesure 24 cm. On porte la dose à une demi-cuillère à café — Le 27 octobre, le tour du cou mesure 23 cm, les ganglions ont complètement disparu. L'état général est excellent. L'enfant a engraissé et a très bon appétit ; il dévore, nous dit son père.

L'étude de ces observations nous montre que les médicaments incorporés au véhicule vasogène (qu'il s'agisse de la créosote, du gaïacol. ou de l'iode) jouissent d'une remarquable activité : en moins d'un mois de traitement. nous avons obtenu des guérisons quasi-complètes dans la plupart des cas. dans les autres cas des améliorations tout à fait sensibles; dans aucun cas, la médication n'est restée inefficace. — Dans la tuberculose pulmonaire chronique, que l'on emploie le créosotosol ou le gaiacosol. on voit les symptômes fonctionnels se modifier très rapidement : la fièvre et les sueurs nocturnes disparaissent, le malade reprend de l'appétit et des forces, engraisse de jour en jour. La toux elle-même diminue et les crachats, de purulents au début, deviennent muco-purulents, puis purement muqueux ; si l'on pratique à plusieurs reprises l'analyse des crachats on constate d'abord la diminution et ensuite la disparition complète des bacilles de Koch. De leur côté, les signes stéthoscopiques se modifient très rapidement ; les craquements de la première période, les râles humides de la seconde période, disparaissent entièrement. les signes caverneux eux-mêmes diminuent d'intensité. Seuls les phénomènes constatés par la percussion sont plus lents à se modifier ; la submatité diminue d'étendue mais sans disparaître complètement. En un mot. les malades des deux premières périodes peuvent être considérés comme guéris. ceux de la troisième période eux-mêmes retirent du traitement un bénéfice indéniable.

Dans un cas de laryngite tuberculeuse ; nous avons pu constater *de visu* l'heureuse influence du gaïacosol : l'examen laryngoscopique pratiqué avant et après le traitement nous a montré une diminution de l'infiltration des cordes vocales sous l'influence de ce médicament. De même dans un cas de péritonite bacillaire. nous avons pu constater, après l'emploi des frictions au gaïacosol, la diminution de l'ascite, coïncidant avec l'amélioration des symptômes fonctionnels. Les névralgies des tuberculeux disparaissent également d'une façon très rapide sous l'influence de quelques badigeonnages de gaïacosol. Quant à l'iodosol, son action sur les adénites tuberculeuses du cou est absolument indéniable ; par le seul emploi des frictions à l'iodosol nous avons pu faire disparaître presque entièrement de volumineuses adénites.

D'autre part, avec les vasogènes, nous n'avons jamais observé aucun phénomène d'irritation du côté de la peau et des muqueuses L'iodosol n'altère nullement le tégument cutané, comme le fait la teinture d'iode. ce qui permet d'en continuer plus longtemps l'usage. De même pour la voie gastrique, le créosotosol et le gaïacosol n'offrent aucune causticité et les fonctions digestives, loin d'être troublées par l'usage de ces médicaments se rétablissent au contraire , lorsqu'elles étaient altérées antérieurement ; on voit sous l'influence des vasogènes, l'appétit renaître et les vomissements cesser. — Aussi pouvons-nous, en terminant, poser les conclusions suivantes :

1° Les vasogènes enlèvent aux médicaments qui leur sont incorporés toute causticité à l'égard des surfaces d'absorption (tégument cutané, muqueuse gastrique).

2° Les vasogènes activent l'absorption des médicaments qui leur sont incorporés.

3° Les vasogènes, par suite de cette double propriété, augmentent l'efficacité et la rapidité d'action des médicaments auxquels ils servent de véhicule ; ce qui explique les remarquables résultats que nous donnent les vasogènes en phtisiothérapie.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : M. le Dr MIRALLIÉ, de Nantes.

I. — **La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation** ; par P. E. Lévy. (*Arch. Gén. Méd.* 6 fév. 1906.)

Dans les névroses, dans la neurasthénie comme dans l'hystérie, l'élément psychique joue un rôle considérable, aussi bien dans la genèse que dans la persistance des phénomènes morbides. Sans doute, chez ces malades, rien n'est imaginaire. Leurs sensations morbides ont toujours un point de départ réel, organique, mais sont infiniment compliquées par un psychisme sensible à l'excès. Le médecin doit donc, par une thérapeutique psychique simple dans ses moyens, basée sur la raison et le raisonnement, modifier l'état psychique de son malade ; il s'agit là d'une véritable éducation ou rééducation, d'une véritable discipline physique et morale. Cette psychothérapie morale, malgré son rôle capital, ne doit pas être une thérapie isolée et se suffisant à elle-même, elle doit au contraire se relier étroitement, se souder à l'ensemble de la thérapeutique générale.

II. — **Etudes sur la poliomyélite aiguë** ; par Ivor Wickmann. (Librairie Karger, Berlin, 1905.)

Sous le nom de poliomyétite aiguë, l'auteur comprend la paralysie spinale infantile et la paralysie spinale aiguë de l'adulte.

C'est à ces deux groupes de faits qu'appartiennent les 9 cas étudiés par l'auteur au point de vue clinique, et débités en coupes microscopiques sériés portant sur la moelle, le bulbe et le cerveau. La discussion anatomique, très détaillée et très complète, est à lire en entier dans ce très intéressant ouvrage. L'auteur étudie ensuite les relations anatomiques de la poliomyélite aiguë de l'adulte avec celle de l'enfant ; puis les relations entre la poliomyélite aiguë et les autres formes de myélite aiguë. Après une étude pathogénique très complète, suivie de l'exposé de nos connaissances sur la poliomyélite expérimentale, l'auteur conclut : La poliomyélite aiguë est une myélite infiltrative, à type en foyer ou disséminé ; ce dernier caractère se manifeste surtout dans la moelle allongée et le cerveau, où l'auteur a toujours observé des lésions. A ces lésions interstitielles se joignent des phénomènes d'œdème. Les lésions n'affectionnent pas systématiquement les cellules et les groupes cellulaires, mais se montrent aussi bien dans toute la substance grise, dans la substance blanche et dans la pie-mère. Le processus est intimement lié à la vascularisation, et est réglé par la distribution vasculaire, artères et veines. Il existe en général parallèlement des phénomènes de myélite interstitielle et de myélite parenchymateuse. On ne voit jamais des lésions cellulaires non accompagnées d'altérations interstitiellles, tandis que l'on peut voir des lésions interstitielles très accentuées sans lésion cellulaire, surtout au niveau du bulbe. La lésion fondamentale est donc la myélite interstitielle. Il n'y a aucune différence de lésion entre la paralysie infantile et la poliomyélite aiguë de l'adulte, ainsi qu'avec la paralysie de Landry. Il s'agit toujours d'une maladie infectieuse suivant les gaines lymphatiques. Des photogrammes permettent de suivre l'auteur dans sa très intéressante et complète étude qui marque une étape dans la question si complexe encore des poliomyélites aiguës.

III. — **Le syndrome de Ménière** ; par Frankl-Hochwart. (Librairie Hœlder, Vienne, 1906. Prix : 3 Marks.)

Cette seconde édition de la monographie de Frankl-Hochwart constitue à proprement parler un nouveau livre. Basée sur l'étude de 80 cas personnels, appuyée d'une riche littérature, au courant des derniers progrès de la science, cette monographie constitue certainement le travail d'ensemble le plus complet et le plus remarquable sur ce sujet. Le syndrome de Ménière peut se produire chez des individus dont l'oreille est parfaitement normale : Il se montre indépendamment de tout trauma (syphilis, rhumatisme, artério-sclérose) ou à la suite d'un trauma (coup à la tête, maladie des caissons) : dans ces deux cas il est apoplectiforme. Ou bien il apparait à titre accessoire au cours d'une affection de l'oreille, affection du labyrinthe (syphilis, infection, intoxication, trauma,) affection de l'oreille moyenne, affection de l'oreille externe (cérumen, corps étrangers), affection du système nerveux, tumeur, tabès, polynévrite cérébrale. Le syndrome peut être transitoire (galvanisation, mal de mer), et doit être distingué du pseudoménière des névroses (hystérie, épilepsie, neurasthénie, hémicrânie). Après une étude analytique de tous les symptômes signalés : surdité, vertige, bruits auriculaires, troubles gastro-intestinaux, troubles de motilité, troubles oculaires, conscience, céphalée, troubles vaso-moteurs, réflexes, l'auteur étudie longuement l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale du syndrome, résultant d'une altération du labyrinthe, mais dont la pathogénie présente encore bien des points obscurs. Le diagnostic est très complexe : il faut d'abord différencier le syndrome de Ménière de toutes les variétés de vertiges ; il faut en outre reconnaître sa véritable cause ; c'est en effet de ce dernier diagnostic que l'on pourra déduire une thérapeutique efficace. En cas d'accident du travail, quelle est la réduction de capacité de ces malades ? Tout dépend de l'intensité des symptômes et de la profession du malade : un peintre, un maçon, subiront un préjudice beaucoup plus considérable qu'un comptable. Cependant l'incapacité de travail n'est presque jamais absolue ; ceux-là seuls qui présentent une surdité totale bilatérale avec vertige violent et vomissements présentent une réduction de 100. Si la surdité est assez accentuée, mais avec attaques de vertiges peu fréquents, la réduction peut être évaluée à 40 ou 50, en cas de lésions auriculaires unilatérales, à 50-60 en cas de lésion bilatérale ; enfin si la surdité est très légère et unilatérale, la réduction peut être taxée à 20-30 ; ou bien à 30-40 si elle est bilatérale.

IV. — **L'accroissement en nombre et en volume des fibres myéliniques du nerf oculo-moteur commun du rat blanc et du chat à différents âges** ; par Thomas Harris Boughton. (*J. of compar. Neurol. and. Psychol.* vol. XVI, n° 2, 1906).

Cette très intéressante étude, importante surtout par les déductions qu'elle permet de tirer, montre que, pendant la vie, chez le rat et le chat, le nerf oculo-moteur subit d'incessantes modifications. Le nombre des fibres à myéline s'accroît progressivement chez le rat, (jusqu'à 75 %) et chez le chat (jusqu'à 157 %). De même les fibres nerveuses à myéline augmentent en dimension, aussi bien les grosses, que les fibres fines ; mais jamais celles-ci n'égalent en volume les fibres grosses, développées au moment où le développement présente son maximum de rapidité.

V. — **Les traitements utiles du tabes** ; par Belugou. (*Archives générales de médecine*, 1906.)

L'arrêt décourageant de Romberg, resté pour beaucoup de médecins la loi pronostique du tabes, doit être définitivement révisé. Le tabès peut être enrayé, il peut régresser, il peut même cliniquement guérir. Le traitement mercuriel doit surtout être considéré comme préventif, et doit rester surtout le traitement de la première heure : c'est aux sels solubles, en injections sous-cutanées qu'il faut donner la préférence. L'élongation des nerfs, la suspension, l'orthopédie médullaire enfin et surtout la rééducation motrice ont été les principales interventions successivement présentées par le traitement mécanique du tabes.

L'élongation des nerfs doit être définitivement écartée ; la pendaison a pu dans certains cas, améliorer les troubles ataxiques, mais il ne faut pas l'appliquer indistinctement à tous les cas ; l'orthopédie médullaire n'a pas encore fait ses preuves. Par contre, la rééducation motrice, en tenant compte de

ses contre-indications.donne des résultats extrêmement supérieurs. L'hydrothérapie et le massage constituent un adjuvant précieux.

Les cures minérales jouent un grand rôle dans la thérapeutique du tabes , et à titres divers et suivant indications La Malou, Néris, Balaruc, Royat, Bourbonne, Saint-Amand. entre autres, peuvent réclamer une part de ces malades.

Enfin il ne faudra pas oublier que l'hygiène constitue un chapitre important : hygiène alimentaire, hygiène des fonctions organiques, hygiène des fonctions motrices, hygiène climatérique, hygiène psychique.

VI. — **Les abcès du lobe sphéno-temporal du cerveau d'origine otique** ; par Wigart. (Libr. Paulin, Paris 1906).

Des complications endo-crâniennes des otites moyennes l'une des plus intéressantes est l'abcès du lobe sphéno-temporal. Presque toujours unique, l'abcès occupe la partie antérieure de la substance blanche du lobe, refoulant plutôt qu'envahissant la substance cérébrale.

Enkystés, constitués par trois zones nettement reconnaissables (suppuration, enkystement, irritation, ils se produisent soit par continuité après envahissement et adhérence des méninges voisins, ou à distance par les gaines lymphatiques des vaisseaux longs de la pie-mère.

Les abcès temporo-sphénoïdaux réagissent par des signes de suppuration, d'hypertension intra-cranienne de localisation. On tiendra le plus grand compte des particularités suivantes : faible réaction fébrile (38°) ; céphalée intense et constante qui peut s'accompagner de raideur de la nuque ; ralentissement du pouls, qui conserve sa force et sa régularité, asthénie physique et intellectuelle (le coma et la folie sont deux variantes de l'asthénie) amaigrissement ; la stase papillaire n'est qu'un signe de complication intra-crânienne ; il y a très peu de signes de localisation lesquels sont habituellement dus à la compression et disparaissent par la décompression ; la surdité verbale est un des plus fréquents. Les formes cliniques sont très variées : L'abcès se manifeste surtout sous deux aspects principaux : celui d'une maladie fébrile ou d'une tumeur du cerveau. Une des plus curieuses est la forme latente ou médico-légale, qui a fait interner comme des fous des malades ainsi atteints. Un diagnostic précoce, entraînant une intervention hâtive, peut seul sauver le malade. Malheureusement, le diagnostic est des plus épineux. Signalons seulement la céphalée psychique reconnaissable à la conservation parfaite de l'état général, le méningisme, la mastoïdite, la phlébite des sinus, la méningite. Pour préciser le diagnostic, il faut avoir recours à la ponction lombaire combinée avec l'examen du sang. Le plus souvent le liquide céphalo-rachidien est normal, parfois cependant il existe une polynucléose plus ou moins intense ; d'autre part, l'examen du sang montre un processus infectieux peu accentué. La réunion de ces deux signes permet le diagnostic, et sert en outre à suivre l'évolution de la maladie et à en apprécier avec précision le pronostic. Le traitement doit être avant tout prophylactique. L'abcès constitué doit être ouvert aussitôt que possible et drainé : l'auteur discute longuement la technique à employer et qui est à lire dans le texte de ce très intéressant mémoire.

VII. — **La neurasthénie génitale féminine** ; par J. Batuaud. (Librairie Maloine, Paris 1906).

Tout d'abord l'auteur étudie la coexistence de la neurasthénie avec une infection génitale. Dans ce groupe de faits, l'affection génitale semble occuper le premier plan et réclame de toute évidence un traitement local, mais c'est l'état neurasthénique qui crée la chronicité de l'affection utéro-annexielle et lui donne des apparences de gravité exceptionnelle. Dans les chapitres suivants, l'auteur expose l'influence de la neurasthénie sur l'appareil utéro-ovarien. Maintenant il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, de lésions nettement infectieuses mais : 1° de troubles de statique utérine (utéroptose de Chéron, instabilité utérine, rétro-déviations neurasthéniques) ; 2° de phénomènes douloureux hors de proportion avec la gravité des lésions locales (grandes névralgies pelviennes) 3° de troubles circulatoires ou trophiques (congestion utéro-annexielle neurasthénique ; certaines pseudo-métrites ; hypertrophies transitoires dues à l'action triple de la neurasthénie, de l'arthritisme et d'une infection ancienne. adhérences pelviennes). A propos de chacune de ces complications, l'auteur démontre le rôle de la neurasthénie dans la genèse des accidents locaux, qui, contrairement à ce qui se passe pour les malades du premier groupe, ne se seraient pas produits sans l'intervention de l'épuisement nerveux. Par contre, ces lésions locales retentissent à leur tour sur la neurasthénie primitive. Le troisième chapitre est consacré à la neurasthénie d'origine génitale à laquelle se rattache la neurasthénie et les psychoses post-opératoires. Après une étude intéressante sur la clinomanie neurasthénique, l'auteur présente dans ses conclusions une vue d'ensemble de ses conceptions. La neurasthénie peut coexister avec les affections génitales ; elle est la cause fréquente d'accidents génitaux ; rarement elle est secondaire à des troubles de l'appareil génital. Mais toujours il y a retentissement l'un sur l'autre des deux ordres de lésions, d'où l'indication thérapeutique essentielle de traiter à la fois la neurasthénie et l'affection génitale.

VIII. — **Paralysie faciale périphérique : Autopsie** ; par Ch. Mirallié.

Un vieillard de 76 ans, après avoir accusé pendant 3 jours des signes de névralgie du trijumeau droit, est atteint de paralysie faciale périphérique typique du même côté. Les douleurs cessent rapidement (8e jour), mais la paralysie faciale persiste encore lorsque, un mois après, le malade est frappé de congestion pulmonaire à laquelle il succombe. L'autopsie montre une névrite parenchymateuse intense des branches du facial supérieur et inférieur, beaucoup plus accentuée sur ce dernier. A mesure que l'on remonte sur le tronc du nerf, les lésions sont moins marquées. Par contre, sur coupes microscopiques sériées de la protubérance, le noyau du facial droit présente des cellules en chromatolyse manifeste. Le noyau de la VIe paire est intact.

Comme dans le cas publié par Déjerine et Théohari, il s'agit d'une paralysie faciale a frigore ; la névrite est ici primitive, et la lésion cellulaire secondaire par réaction à distance. La paralysie faciale a frigore semble donc bien relever d'une névrite périphérique (Déjerine). L'intégrité du noyau de la VI paire confirme l'opinion émise par Déjerine et Théohari que ce noyau n'envoie pas de fibres au facial.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies populaires : maladies vénériennes : alcoolisme; tuberculose. Etude médico-sociale ; par le Dr Louis Rénon. (2e édit. Masson, édit., 1907.)

L'ouvrage sur les maladies populaires de M. L. Rénon, qui a obtenu plusieurs récompenses de l'Académie de Médecine et, chose moins banale, la médaille d'or Audéoud de l'Académie des sciences morales et politiques, est un livre trop universellement connu pour que l'annonce d'une deuxième édition surprenne nos lecteurs. Ce serait peut-être prétentieux de notre part de porter un jugement sur ce livre si hautement apprécié et si minutieusement documenté. La deuxième édition a été complétée par l'exposé des importants travaux récents ayant trait à la syphilis et à la tuberculose. La découverte du *spirochœte pallida* par Schaudinn, la constatation de la syphilis secondaire tardive, les travaux d'Arloing sur l'atténuation et les modifications de forme du bacille tuberculeux, ceux de Maragliano, de Marmorek, de Wahler, de Lannelongue, Achard et Gaillard, de Behring, de Calmette et Guérin, de Roux et Vallée, d'Arloing sur la sérothérapie et la bactériothérapie de la tuberculose, la méthode de diagnostic par injection de tuberculine de Mœller, Lœwenstein et Ostrowsky, Calmette, Guérin et Vallée, enfin un grand nombre de communications faites au Congrès de la tuberculose de 1905, ou de mémoires suscités par ce Congrès, ont permis à M. Rénon d'enrichir certains chapitres de son beau livre.

Rappelons que les dernières pages, écrites avec une rare élévation d'esprit, sont consacrées au rôle social du médecin. M.

Rénon y indique la tâche que le médecin, devenu « vivicole » aura à remplir dans la Société future. Cette tâche ne se bornera ni au traitement des maladies, ni à leur prophylaxie ; protecteur de l'hygiène sociale, le médecin devra jouer encore un autre rôle, un rôle moral, il deviendra, par la force des choses, l'arbitre naturel, seul capable, dans la lutte grandissante des classes, d'amortir les chocs sociaux et, dès à présent, il a le devoir de dire aux uns : patience ; aux autres : justice et bonté.

J. Noir.

La tuberculose dans les asiles d'aliénés; par le Dr J. Rolet. (Librairie du *Progrès Médical*, Paris, 1906. In-8°.)

Les *Archives de Neurologie* ont publié dans leurs derniers numéros plusieurs articles dans lesquels MM. Marie et Rolet attirent l'attention sur la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés et sur les moyens d'enrayer le fléau. Ces articles sont extraits d'un travail complet de M. Rolet sur cette question, sous forme de revue statistique, étiologique et prophylactique.

La tuberculose sévit dans les asiles plus peut-être que dans toute autre agglomération ; depuis nombre d'années, en France et à l'étranger, les médecins aliénistes ont attiré l'attention du monde scientifique d'abord, des pouvoirs publics ensuite, sur ses ravages dans ces milieux hospitaliers spéciaux. La question est à l'ordre du jour dans les derniers congrès de psychiatrie, dans les publications périodiques de médecine mentale : de nombreuses statistiques le prouvent, dont quelques-unes ont un caractère officiel : dans les asiles de France, la moyenne des décès par tuberculose est de 117 pour 10.000 ; or, le taux moyen de la mortalité tuberculeuse est de 43 ; les aliénés paient donc un tribut trois fois plus considérable que le reste de la population : de même en Grande Bretagne, où il est quatre ou cinq fois plus élevé, même éloquence des chiffres dans les statistiques allemandes, russes, américaines.

A quoi tient cette fréquence ? Y a-t-il autre chose qu'un rapport de coïncidence entre la tuberculose et l'aliénation ? Existe-t-il une relation de cause à effet entre la maladie mentale et la maladie organique ? Or, on peut distinguer deux catégories de malades ; les uns dont les troubles mentaux sont postérieurs à la maladie respiratoire, les autres qui ont contracté à l'asile les germes de l'infection ; autrement dit, il y a des tuberculeux aliénés et des aliénés tuberculeux.

Chez les premiers, les troubles psychiques consécutifs à la tuberculose lui sont-ils jusqu'à un certain point imputables ? C'est une question que l'auteur esquisse avec prudence et qui sort, d'ailleurs, quelque peu du plan qu'il s'est tracé et du but qu'il se propose. Par contre, il n'est pas douteux que l'aliénation puisse être considérée comme facteur étiologique de la tuberculose par certaines de ces manifestations : les mélancoliques qui resp'rent mal et refusent les aliments, les déments qui déglutissent leurs expectorations, les maniaques qui mâchent la paille souillée de poussières et de déjections bacillifères, en général tous les individus débilités par leurs tares physiques et psychiques sont des candidats désignés par la maladie.

Mais la principale cause de tuberculose pour les aliénés internés, sur laquelle on ne saurait trop insister parcequ'elle est pratiquement la seule et parcequ'il serait facile d'organiser contre elle des mesures défensives, c'est la contagion, et cette contagion est imputable au malade et à l'asile ; la faute en est au malade inconscient et indiscipliné qui dissémine autour de lui les bacilles par les crachats et par les selles (car la contamination par voie digestive l'emporte peut-être en importance sur la contamination classique par voie aérienne) ; la faute en est à l'asile, dont les bâtiments sont toujours encombrés, souvent insuffisants sous le rapport des aménagements hygiéniques.

Le remède à cet état de choses ? C'est avant tout et principalement l'isolement des aliénés bacillaires, isolement dès l'entrée par une sélection consciencieuse, qui seule permettra de soigner et de guérir les malades aussi bien que d'éviter la contamination de ceux qui sont indemnes ; l'isolement n'est-il pas d'ailleurs, dans tous les milieux, le premier axiome de la lutte antituberculeuse ?

Des mesures hygiéniques officiellement prescrites sont de plus en plus observées en France ; mais nous devons reconnaître l'avance qu'a prise sur nous l'étranger, où les crédits sont votés, où les asiles-sanatoria s'élèvent, tandis que chez nous tout est à faire. Ajoutons, et les chiffres sont encore là pour le prouver, que le personnel infirmier des asiles paye, lui aussi, à la tuberculose un lourd tribut, dans des conditions qui en font une maladie professionnelle et que, de ce côté encore, diverses améliorations s'imposent. Aussi est-ce le devoir des aliénistes, des hygiénistes, de tous ceux qu'occupent les questions sociales, de faire un pressant appel aux pouvoirs publics pour obtenir les crédits et réformes nécessaires.

VARIA

Une grève de médecins

On écrit de Rombas, près Metz, au *Temps* :

Une grève assez curieuse vient de se produire aux forges de Rombas. Ces très importants établissements sidérurgiques avaient à leur service le docteur Mosser, médecin d'Amanvillers, qui était chargé des soins à donner aux ouvriers malades ou blessés. A la suite d'un conflit avec la direction, le docteur Mosser fut congédié. La société des médecins de Metz se solidarisant avec le docteur Mosser, décida qu'aucun médecn du pays ne pourrait accepter le poste de médecin de Rombas.

La direction chercha alors à engager un médecin d'Allemagne. Mais la fédération des médecins allemands, à laquelle est affiliée la société des médecins de Metz, défendit à son tour à tout médecin allemand d'entrer au service des forges de Rombas qui se trouvent ainsi boycottées et dans l'impossibilité de trouver un praticien. Le kreisdirektor, saisi de l'affaire et en attendant une solution, a décidé les médecins de Metz à donner dans les cas urgents, des soins aux blessés.

Opérations sur l'estomac.

Boas (*in Mod. Aerzte Bibl.*, n° 21), en se basant sur un grand nombre d'observations est arrivé aux conclusions suivantes : Lorsqu'une opération sur l'estomac est envisagée, il faut avant tout tenir compte de l'âge. La narcose est dangereuse, la mort par collapsus est fréquente. La pneumonie et l'embolie entraînent souvent la mort à partir de l'âge de 60 ans. Une deuxième contre-indication est donnée par l'état général précaire. La teneur en hémoglobine ne doit pas être au-dessous de 60 0/0 à moins que l'affection soit bénigne. L'artério-sclérose à un degré prononcé est dangereuse, de même la néphrite scléreuse, la tuberculose ouverte, la bronchite aiguë, qu'on doit guérir d'abord. L'obésité, le diabète sucré, la goutte doivent être améliorés avant l'opération et ne doivent pas être compliqués de cardiopathie ou d'affections rénales. Parmi les maladies aiguës sont à considérer au point de vue opératoire les hématémèses graves et répétées, la perforation gastrique et la dilatation aiguë de l'estomac. Cependant le traitement interne suffit souvent dans l'hématémèse. Lorsque la perforation gastrique survient sur un estomac vide, on peut s'abstenir dans une expectation armée ; la dilatation aiguë rétrocède également bien des fois par le traitement interne. Parmi les maladies chroniques l'ulcus doit être opéré, s'il résiste au traitement médical bien dirigé et assez longtemps prolongé. L'hyperacidité intense et persistante combinée à l'atonie est justiciable d'une intervention. Mais l'opération est surtout indiquée dans la sténose pylorique cicatricielle et dans l'estomac biloculaire. Dans ce cas la gastro entérostomie postérieure est l'opération de choix et s'il se forme un circulus vitiosus, il faut faire l'entéro-anastomose. L'ulcère peptique jéjunal est une grave complication de la gastroentérostomie, de même la diarrhée profuse, graisseuse. La gastrolyse a donné de bons résultats dans les adhérences périgastriques. Dans le cancer et le sarcome, on peut prolonger la vie du malade par une opération précoce, mais l'exitus fatal n'est que retardé. C'est après l'incision et l'exploration qu'on se décidera pour la résection de la tumeur néoplasique, la simple gastroentérostomie ou dans les cas exceptionnels la jéjunostomie. Les métastases sont une contre-indication formelle contre toute résection.

Troubles fonctionnels par fatigue visuelle.

Griffith Journal Of. A.M. A. groupe les symptômes provoqués par cette fatigue sous deux chapitres : a) symptômes intra-orbitaires (asthénie des muscles, irritation conjonctivale et rétinienne, vision défectueuse) ; b) symptômes extra-orbitaires, symptômes réflexes, céphalée chronique, troubles gastro-intestinaux, épuisement nerveux, épilepsie, chorée. Ce sont ces troubles réflexes qui sont importants et qui souvent résistent au traitement parce que leur cause oculaire n'est pas reconnue.

Lavements et lavages intestinaux.

Sternberg (*in Deut. med. Wochschr*, n° 6, 1906), divise les irrigations intestinales en quatre groupes.

a) Lavements évacuateurs simples (eau de savon, eau glycérinée, décoction de camomille, huile).

b) Lavements à effet thérapeutique local, par exemple dans le catarrhe intestinal, colique de plomb, dysenterie.

c) Lavements à effet thérapeutique général p. ex. dans les maladies fébriles, maladies de l'estomac, du foie, du rein, du cœur, dans la migraine. Ces lavements contiennent des agents médicamenteux ; chloral, antipyrine, iodures, chlorure de calcium. Dans cette catégorie, se placent les lavements avec sérum physiologique.

d) Lavements nutritifs.

Tous ces lavements doivent être chauffés à 37° et introduits doucement et lentement, le plus souvent en position latérale gauche ou genu-pectorale.

Diagnostic de l'appendicite.

Murphy classe les symptômes de cette affection dans l'ordre chronologique suivant :

1° Au début, douleur brusque et violente dans l'abdomen ; 2° trois ou quatre heures après, nausées et vomissements ; 3° la douleur abdominale augmente en intensité et extension, mais est plus forte dans la région hypogastrique droite ; 4° l'élévation de température se montre dans les 24 heures.

Dans ces cas, Murphy porte un diagnostic ferme d'appendicite. Si la nausée et les vomissements précèdent la douleur, il élimine l'appendicite. Si la fièvre précède la douleur de 1 ou 2 jours, Murphy penche plutôt vers une fièvre typhoïde avec ulcération dans la région appendiculaire.

Acrobatie musculaire.

M. Haberer a présenté à la Société Médicale de Vienne, un homme qui est capable de faire fonctionner à volonté, différents groupes musculaires séparément. C'est ainsi qu'il contracte la partie supérieure des muscles de la paroi abdominale et arrive ainsi à déplacer le cœur à volonté.

En contractant la partie supérieure des grands droits de l'abdomen, il refoule le paquet intestinal dans le bassin. Il peut contracter chaque muscle oblique de l'abdomen séparément, de même les muscles spinaux et provoquer une scoliose nette. L'excursion de son larynx peut atteindre un degré incroyable. Cet homme dilate à volonté ses pupilles et fait cesser le pouls radial par contraction des muscles de l'avant-bras.

LES CONGRÈS

IIIe congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine.

(Cannes, Monaco, Menton, Ajaccio).
1-10 avril 1907.

Le IIIe Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine se tiendra à Cannes, Monaco, Menton et Ajaccio, du 1er au 10 avril 1907, *au moment des vacances de Pâques*, sous la présidence effective de M. le Dr Calmette, professeur à la Faculté de médecine et directeur de l'Institut Pasteur de Lille, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine. La Commission d'organisation et le comité exécutif du congrès invitent toutes les personnes qui se consacrent à l'étude des sciences médicales et des questions d'hygiène et de climatologie, médecins, savants, ingénieurs sanitaires, météorologues, géologues, étudiants en médecine, etc., dans tous les pays du monde, à bien vouloir coopérer au succès de notre œuvre en y apportant le concours précieux de leur savoir et de leur expérience.

Envoyer les adhésions au trésorier général (Dr Bienfait, Villa Louis-Marie, boulevard d'Alsace, Cannes). Pour toute demande de renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr H. Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes.

Assemblée nationale des Médecins de France (Congrès des Praticiens).

(Réforme de l'enseignement médical. Libre choix du médecin)

Le comité d'organisation est définitivement formé. il comprend : *Président*, Dr Dubuisson, député ; *Vice-Présidents* : Drs Coppens (Lille), Ducor (Paris), Gairal (Carignan, Ardennes), Huchard (Paris), Jeanne (Meulan, Seine-et-Oise), Lereboullet (Paris), Reymond, sénateur, Smester (Paris) ; *Secrétaire général* : Dr Leredde (Paris) ; *Secrétaires-adjoints* : MM. Lafontaine et Tilloy (Paris) ; *Trésorier général* : Dr Gouffier (Neuilly-sur-Seine).

Le congrès des Praticiens se tiendra à Paris, en avril 1907, sous le patronage d'un grand nombre de Sociétés scientifiques et professionnelles, en particulier de l'Union des Syndicats médicaux de France, de la fédération du Nord, de l'Association des médecins de France, du Concours médical, du Sou Médical, du Syndicat général des oculistes, du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris et du département de la Seine, de la Société de Médecine de Paris, des Syndicats médicaux de la Seine, du Rhône, du Puy-de-Dôme, des Deux-Sèvres et de la Vallée du Rhône, de l'arrondissement de Versailles, de la Société des Anciens Internes de Versailles, des Praticiens de Lille, de l'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris. Le Congrès a pour origine le mouvement qui s'est produit depuis deux ans dans un grand nombre de Sociétés et d'Associations médicales, en faveur de la réforme des études dans un sens pratique et professionnel, la lutte engagée à Paris et en Province, contre le Certificat d'études médicales supérieures et la création d'un diplôme dangereux pour tous. Il demandera la réunion d'une Commission où les représentants du corps médical étudieront, à côté des Professeurs de Facultés, les transformations profondes qu'exige l'enseignement actuel, abstrait, théorique, encyclopédique, éloigné de la vie et de la réalité.

Le pouvoir moral du médecin, la direction qu'il donne à la pensée des malades, le soulagement qu'il apporte à leurs misères exigent la confiance de ceux-ci. Dans la cité de demain, comme dans celle d'hier, l'homme, atteint dans sa santé physique, aura foi dans tel homme et non dans tel autre. la parole du premier apaisera son mal et celle du second restera impuissante. Aussi le Congrès des praticiens réclamera le libre choix du médecin pour les malades. Ce privilège ne peut être un privilège réservé à ceux des classes aisées. Le Congrès s'adresse à l'opinion publique et non seulement au législateur, il s'appuiera sur le bon sens.

FORMULES

XCII.— Contre l'hyposystolie.

Dans les cardiopathies chroniques, on tire de grands avantages de l'association du muguet à la spartéine pour maintenir et prolonger l'action cardiotonique de la digitale.

Extrait de muguet	6 grammes.
Sulfate de spartéine	1 à 2 grammes.

F. S. A. Diviser en 40 pilules. Deux à trois *pro die* pendant deux à quatre semaines.

Université de Rome. — M. le Docent L. Monaco est nommé professeur extraordinaire de chimie physiologique.

Université de Berlin. — M. Adolf Bickel a été nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Université de Heidelberg. — M. Krehl a été nommé professeur de pathologie spéciale et thérapeutique.

PHARMACOLOGIE

Le *phytinate de quinine* est le plus soluble et le moins toxique des sels de quinine. Il réunit les propriétés thérapeutiques de l'alcaloïde et les *effets reconstituants bien connus de la phytine*. C'est un antinévralgique puissant particulièrement indiqué dans le traitement des névralgies rebelles, de la migraine, etc.

Nous recommandons les comprimés lenticulaires argentés de phytinate de quinine, dosés à 0,10 centigr. s'avalant comme pilules et masquant complètement la saveur amère de ce sel.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 9 décembre au samedi 15 décembre 1906, les naissances ont été au nombre de 945, se décomposant ainsi : légitimes 700, illégitimes 245.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 870, savoir : 467 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 6. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 4. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 205. — Tuberculose des méninges : 22. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 65. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 66. — Maladies organiques du cœur : 72. — Bronchite aiguë : 3. — Bronchite chronique : 9. — Pneumonie : 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 59. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 18 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 19. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 25. — Débilité sénile : 38. — Morts violentes : 18. — Suicides : 8. — Autres maladies : 108. — Maladies inconnues ou mal définies : 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 32, illégitimes 29.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE : *Promotions — Médecin principal de 2e classe.* — Salesses, de Chambéry, maintenu ; Loup, de Paris, au Mans. — *Médecins-majors de 1re classe.* — Barrière, du 81e ; Vigerie, du 2e ; Marion, du 122e ; Patte, du 4e ; Barbière, du 163e, maintenus. — *Pharmacien principal de 1re classe.* — Jehl, de Paris, maintenu. — *Pharmacien principal de 2e classe.* — Jégou, de Saint-Mandé, maintenu. — *Pharmaciens-majors de 1re classe.* — Courtot, de la section technique de santé, maintenu ; Cornutret, de la garde, républicaine, maintenu. — *Officier d'administration principal.* — Provent, officier d'administration de 1re classe du service de santé, gestionnaire du magasin central du service de santé à Paris, maintenu à son poste.

CORPS DE SANTÉ COLONIAL : *Promotions. — Médecins principaux de 2e classe.* — Le médecin-major de 1re classe Métin, à l'école application service de santé des troupes coloniales, maintenu ; le médecin principal de 2e classe Marchoux, en congé, hors cadres, rentrant de mission, placé en résidence libre, et réintégré dans les cadres. — *Médecins-majors de 1re classe.* — Les médecins-majors de 2e classe Pelletier, hors cadres, au Sénégal, maintenu ; Delassus, du 24e régiment d'infanterie coloniale, maintenu ; Tédeschi, de la Nouvelle-Calédonie, désigné pour le Tonkin.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Par décret, sont adoptées les dispositions suivantes relatives à l'école d'application du service du santé militaire du Val-de-Grâce : les cours de l'école commenceront désormais le 15 janvier et auront une durée de huit mois (au lieu de commencer, comme aujourd'hui, le 1er février et de durer neuf mois).

Pour être admis à concourir pour l'emploi de professeur agrégé les élèves devront, depuis leur sortie de l'école d'application, avoir accompli au moins deux années consécutives de service dans un corps de troupe. Cette dernière condition sera exigée également des candidats à l'emploi de répétiteur.

PRIX MONTHYON (*Académie des Sciences*). — Parmi les lauréats du prix Monthyon de l'Académie des Sciences, nous sommes heureux de voir aux citations M. le Dr LUCIEN-GRAUX pour son ouvrage sur la *Cryoscopie des Eaux Minérales*. Nos sincères félicitations à notre distingué collaborateur et ami.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — M. MAIRET, professeur de clinique des maladies mentales est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 5 décembre 1906 de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier. M. ASTRE, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, est nommé, pour l'année scolaire 1906-1907, directeur de l'Institut de chimie.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — M. CHAINE, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie à la Faculté.

UNIVERSITÉ DE LYON. — Un congé est accordé à M. BOUDET, professeur de clinique médicale. M. COURMONT est nommé assesseur du doyen à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. FORTINEAU, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de bactériologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. GARRAUD, docteur en médecine, est chargé des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques pour les élèves en pharmacie.

UNIVERSITÉ DE BRESLAU. — M. PAUL KRAUSE a été nommé professeur à la Faculté de medecine.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. — M. MARTIN BARDEL a été nommé docent d'ophtalmologie.

FONDATION D'UN INSTITUT DE PSYCHOLOGIE EN ALLEMAGNE. — La Société allemande de psychologie expérimentale a fondé un « *Institut für angewandte Psychologie and psychologische Sammelforschung* » qui doit constituer un organisme central pour les recherches générales d'intérêt pratique pédagogique etc. — L'institut possèdera un organe le « *Zeitschrift für Angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung* » dirigé par MM. WILLIAM STERN et OTTO LIPPMANN.

LE SECRÉTARIAT DU CONSEIL DE L'A. F. A. S. — C'est M. DESGREZ, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris qui a été élu par 35 voix contre 15 à M. Capitan, 11 à M. Verneau et quelques voix dispersées sur les autres candidats: MM. Baudoin, Rivière et Ladureau.

SUBVENTION AU CONGRÈS DE MÉDECINE de 1907. — Le Conseil municipal a accordé une subvention de 2000 fr. à M. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine de Paris, pour le prochain Congrès de Médecine qui doit se réunir en octobre 1907.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Sur rapport de M. DESGREZ au nom d'une Commission composée de M. DASTRE, PETTIT, DESGREZ le prix de la *Fondation Laborde* pour 1906 a été accordé à M. Jean CAMUS, préparateur de physiologie à la Faculté de médecin. Le *prix Godard* a été décerné à M. Georges BOHN préparateur chef au P. C. V. pour son mémoire sur les attractions et oscillations des animaux marins sous l'influence de la lumière. Les autres candidats au prix étaient MM. GAUTHIER (*Essai de Coprologie clinique* et LÉRI (*Le cerveau sénile*).

MESURE D'HYGIÈNE A LUNÉVILLE. — En septembre dernier une épidémie de fièvre typhoïde assez grave causa plusieurs décès dans le quartier des chasseurs à cheval à Lunéville. A la suite de l'enquête à laquelle l'autorité militaire et l'autorité civile ont procédé depuis pour découvrir les causes possibles de cette épidémie, le préfet de Meurthe-et-Moselle vient de prescrire la disparition d'un dépotoir situé à proximité de la caserne précitée et qui dégageait des odeurs malsaines.

LA FIÈVRE TYPHOIDE A GIVET. — L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait dans la garnison est en décroissance; les malades en traitement à l'hôpital sont en bonne voie de guérison. Le nettoyage et la désinfection des bâtiments militaires sont terminés.

ARRESTATION D'UNE SAGE-FEMME. — A la suite d'une enquête menée par M. Labat, commissaire de police du quartier Vivienne, une sage-femme, Mme veuve Ch..., domiciliée dans les environs de la place des Victoires, a été consignée à la disposition de la justice, sous l'inculpation d'avoir aidé à de nombreux infanticides — de dix à douze par mois, depuis plus d'un an, aux dires de plusieurs témoins.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr HÉZARD, conseiller général radical de la Haute-Saône, de M. le Dr Eugène MESNIL, chirurgien de l'hôpital d'Etampes ; de M. LEROUX, ancien professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris ; de M. PARMENTIER, maire de Berck-sur-Mer, conseiller

général du Pas-de-Calais, directeur de l'hôpital des enfants assistés de la Seine.

Le Dr Achille DRON, ancien major de l'hospice de l'Antiquaille, où l'avaient précédé les docteurs Diday et Gailleton, vient de mourir à l'âge de soixante-seize ans. M. Dron s'était spécialisé dans l'étude des maladies cutanées. Il fut chirurgien en chef de l'Antiquaille en 1870.

On annonce encore la mort du professeur Emile SCHMIDT, un des plus célèbres anthropologistes allemands, ancien professeur à l'Institut anatomique de Leipzig.

Chronique des hôpitaux.

CONFÉRENCES POUR L'INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE. (Concours en avril 1907), par le Dr BENON, interne à l'asile clinique (Ste-Anne), 1, rue Cabanis, médecin-adjoint des asiles publics. Les réunions auront lieu le jeudi à 2 heures, à l'*Association Corporative des Etudiants en médecine* (rue Hautefeuille), la 1re aura lieu le 10 janvier. Nous ne saurions trop encourager les candidats à ce concours à suivre régulièrement ces conférences. C'est le meilleur moyen de s'entraîner et d'arriver à bien faire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAYGRIER, professeur agrégé : leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité le jeudi, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Enseignement médical libre.

UROLOGIE CLINIQUE. — *Cours pratique des maladies des voies urinaires du Dr* BANZET, *ancien chef de clinique à la Faculté.* Conférences et leçons pratiques (les mardis et vendredis soir à 8 heures, à la Clinique, 76, quai des Orfèvres). Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Banzet, 19, rue de Lille.

CHEMIN DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE.

Fêtes de Noël et du Jour de l'An.

Tir aux pigeons de Monaco.

Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 19 au 31 décembre 1906.

Les billets sont valable 20 jours et la valadité peut-être prolongée une ou deux fois de 10 jours moyennant 10 % du prix du bille

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'alle qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50

CHEMIN DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE.

Hiver 1906-1907.

Relations rapides entre Paris et la Côte d'Azur.

de jour :

Par la « Côte d'Azur-Rapide » (trains 15 et 16) (1re classe. V.S. V.R.) Paris-Nice en 13 h. 45.

de nuit :

a) Par les trains « extra-rapides » 17 et 18 (1re classe V.L.L.S. Paris-Nice en 15 h.

b) Par le train de luxe (L. 21. — L. 22). « Calais-Méditerranée » (V.L.R.) Paris-Nice en 15 h. — Londres-Nice en 23 h. 30.

c) Par les trains rapides 7 et 10 (1re classe. V.L.L.S.) Paris-Nice en 17 h.

Nota : Nombre de places limité. — Pour les horaires, les jours de mise en marche, etc., consulter les affiches spéciales

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES et THIRON, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

TABLE DES MATIÈRES

N.-B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE

Publiée sous la direction du Dr BOURNEVILLE. Collection d'ouvrages pour l'enseignement, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

I. — **Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie**, tome Ier (1772-1840) ; par BOURNEVILLE. Un beau volume in-8 de 420 pages, avec 4 planches. — Prix : 7 fr. Pour nos abonnés, 5 fr.

II. — **Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie, et la surdité** ; par ITARD. Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville. Un beau volume de 200 pages avec le portrait du Sauvage. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés.................... 2 fr. 75

III. — **Rapports et mémoires sur l'éducation des Enfants normaux et anormaux** ; par E. SÉGUIN. Préface par Bourneville. Volume in-8 de XLVIII-380 p. Prix : 10 fr. Pour nos abonnés. 7 fr.

IV. — **Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés** ; rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894), par BOURNEVILLE. Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 2 fr. 50

V. — **Manuel des méthodes d'enseignement spéciales pour les enfants anormaux** (Aveugles, Sourds-Muets, Bègues, Idiots, etc., etc.) ; par HAMON DU FOUGERAY et COUETOUX, volume in-8 de XX-288 pages avec 35 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................................... 3 fr. 50

VI. — **Alphabet du dessin pour les enfants arriérés** ; par Mme P. BRU-THIELLAY. In-8° de 158 p. avec 19 pl. et 127 fig.— Prix : 4 fr.

VII. — **Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants); Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales**, par PORNAIN, avec une préface de M. le Dr MAGNAN. Un volume in-8 de IV-215 pages. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés.. 3 fr. 50

VIII. — **Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés ou présentant des troubles de la parole** ; par Joseph BOYER. Edition illustrée de 150 fig., par JACQUIN fils. Petit in-8 de VII-88 pages. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. — **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédies** : par le Dr H. THULIÉ. Un volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. Pour nos abonnés.................... 6 fr.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (COLLECTION DU Dr BOURNEVILLE).

I. **Le Sabbat des sorciers** ; par BOURNEVILLE et TEINTURIER. Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Papier velin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. **Françoise Fontaine**. — Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers, par BÉNET. — Velin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. 50. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. **Jean Wier**. — Histoires, Disputes et discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean WIER. — Deux volumes compacts formant ensemble 1.297 pages. — Prix des deux volumes : Velin, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr. — Parchemin, 20 fr. — Pour nos abonnés, 15 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

IV. **La possession de Jeanne Fery**. — Velin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

V. **Sœur Jeanne des Anges**, supérieure des Ursulines à Loudun, par LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. — Velin, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr. — Parchemin, 10 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr. — Japon, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr.

VI. **Procès de la dernière sorcière** brûlée à Genève le 6 avril 1652, par LADAME. — Velin, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. — Parchemin, 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

VII. **Barbe Buvée**, en religion sœur Sainte-Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658-1663). Etude historique et médicale, par le Dr S. GARNIER, avec une préface du Dr BOURNEVILLE. — Volume in-8 carré de XVII-96 pages. — Velin, 3 fr. — Hollande, 6 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 ; 3 et 5 fr.

VIII. **La foi qui guérit**, par J.-M. CHARCOT, in-8 carré de 48 pages. — Vélin, 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50. — Hollande, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 — Japon, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. **L'hystérie de Sainte-Thérèse**, par le Dr ROUBY. — Un volume in-8° de 44 p. — Vélin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

Prix de la collection pour nos abonnés seulement : Velin **33 fr. 50**. Parchemin : **44** fr. Japon : **64** fr. La « bibliothèque diabolique » ne se vend que par collection, sauf l'hystérie de Ste-Thérèse

BOURNEVILLE. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.

Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre.

Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier, in-8 de 74 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés................ 2 fr.

Tome II (1881). — Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamier, volume in-8 de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon, volume in-8 de XXIV-162 pages, avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.................. 2 fr. 75

Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflaive, P. Bricon et Seglas, volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................. 3 fr. 50

Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaive et Bricon, volume in-8 de LXXVI-188 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome VI (1885). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas, volume in-8 de LXII-63 pages avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés.................. 2 fr. 50

Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon, volume in-8 de 300 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches en phototypie hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome VIII (1887). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon, volume in-8 de LX-264 pages, avec 27 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................. 3 fr. 50

Tome IX (1888). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien, Raoult et Sollier, volume in-8 de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés.................. 2 fr. 50

Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier et A. Pilliet, volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures et une planche chromo-lithographique. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................. 3 fr. 50

Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, volume in-8 de C-252 pages, avec 16 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier, volume in-8 de VII-142 pages, avec 14 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................. 3 fr. 50

Tome XIII (1892). Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir, volume in-8 de CXII-368 pages, avec 37 figures et 15 planches. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.................. 5 fr.

Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier, volume in-8 de LXIX-384 pages, avec 88 figures et 1 plan. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.................. 5 fr.

Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir, volume in-8 de LXIV-151 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................. 3 fr. 50

Tome XVI (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, volume in-8 de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés... 4 fr.

Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de MM. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.), volume in-8 de C-272 pages, avec 41 figures et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillaumier, volume in-8 de LXXXIV-228 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.................. 5 fr.

Tome XIX (1898). — Publié avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.). volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. 5 fr.

Tome XX (1899). — Publié avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard, volume in-8° de CLXXXIII-262 pages, avec 70 figures et 13 planches. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.................. 6 fr.

Tome XXI (1900). — Publié avec la collaboration de MM. Crouzon Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul-Boncour, Philippe et Oberthur, volume in-8° de CVII-236 pages, avec 19 figures et 11 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés..... 4 fr.

Tome XXII (1901). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel (L.), Paul-Boncour, Philippe et Oberthur, volume in-8° de XLX-236 pages avec 14 fig. — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome XXIII (1902). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer (J.), Crouzon, Lemaire, Morel (L.), Oberthur, Paul-Boncour, Philippe et Poulard, volume in-8° de CXX-284 pages avec 38 figures et 9 planches. Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.................. 5 fr.

Prix de la collection complète. 120 fr. Pour nos abonnés, 80 fr.

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

ARTHAUD (G.). **Etude sur la tuberculose.** 1re série, 1890-1898. Volume in-8 de IV-160 pages, avec 17 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés .... 3 fr.

BOULLENGER. **De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.** Brochure in 8 de 45 pages, avec 1 planche hors texte. — Prix 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE. *Voir* Bourneville, Bru-Thiellay, Hamon du Fougeray et Courtoux, Itard, Pornain, Seguin, Thulié (H.).

BOURNEVILLE. **Histoire de la fondation Vallée.** Brochure in-8 de 72 pages, avec trois plans. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 50

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés**, présenté à la Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés. Brochure in-8 de 22 pages. — Prix : 1 franc. — Pour nos abonnés .... 70 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés**, au Congrès national d'assistance de Lyon, 1894. Volume in-8 de 135 pages.— Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr. 75

BOURNEVILLE. *Hôpital Laënnec.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur un projet de travaux d'appropriation à exécuter dans les bâtiments de la communauté pour le logement des sous-employés laïques. — Brochure in-4 carré de 16 pages. — Pour nos abonnés .... 1 fr.

BOURNEVILLE. *Clinique d'accouchements.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au conseil municipal de Paris sur l'ameublement de la nouvelle clinique d'accouchements, rue d'Assas. — Brochure in-4 carré de 28 pages .... 1 fr. 50

BOURNEVILLE. *Hôpital Necker.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur la construction d'un bâtiment pour le service des morts et d'un autre bâtiment pour le service des remises.— Brochure in-4 de 28 pages. 1 fr. 25

BOURNEVILLE. *Hôpital Lourcine.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur la reconstruction des bains de l'hôpital. — Brochure in-4 carré de 24 pages. — Prix .... 1 fr. 50

BOURNEVILLE. *Hôpital Saint-Louis.* — Rapport avec *notice historique*, présenté sur différents travaux à exécuter à l'hôpital Saint-Louis. — Brochure in-4 carré de 40 pages. — Prix.. 2 fr.

BOURNEVILLE. *Hôpital Saint-Antoine.* — Rapport avec *notice historique*, sur différents travaux à exécuter à l'hôpital Saint-Antoine. — Brochure in-4 carré de 36 pages. — Prix....... 1 fr. 75

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'Assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8 de 23 pages. — Prix .... 75 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des épileptiques.** Brochure grand in-8 de 8 pages. —Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

BOURNEVILLE. **(Rapport présenté par), au nom de la 8e commission du Conseil municipal.** (*Assistance publique, Mont-de-Piété*), **sur les dépenses de l'Assistance publique pour 1882.** (Projet de Budget, chap. XXI, chap. XX, art 10, et Projet de Budget spécial de l'Assistance publique.). Brochure in-4 de 111 pages. — Prix 2 fr.50

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'Asile de Villejuif de 1891 et le Budget de 1892.** (Rapport sur la modification demandée par l'Administration au programme de l'Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique, pour l'obtention du diplôme. Rapport sur le projet de statuts d'une Société de patronage des aliénés sortis guéris des Asiles d'aliénés de la Seine. Discours prononcés à la distribution des prix de l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique.) Brochure in-4 de 53 pages. — Prix : 1 fr. 50 c. Pour nos abonnés. .... 1 fr.

BOURNEVILLE. **Le Service des aliénés dans le département de la Seine.** (Conférence faite le 16 janvier 1892 pour la Bibliothèque, du Ve Arrondissement à la salle des fêtes de la Mairie.) Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés...... 45 c.

BOURNEVILLE. Voir *Bibliothèque d'éducation spéciale.*

BOURNEVILLE. **Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique.** Volume in-4 de LXVII-34 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin.** (Etude clinique.) Paris, 1865. Brochure de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Mémoires sur la condition de la bouche chez les idiots**, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés Paris 1863. Grand in-8 de 28 pages deux colonnes. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Etienne Dolet, sa vie, ses œuvres, son martyre.** Conférence faite le 18 mai 1889, à la mairie du Ve arrondissement de Paris, à l'occasion de l'inauguration de la statue d'Etienne Dolet sur la place Maubert. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix .... 1 fr.

BOURNEVILLE. **Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés.** Rapport fait au Congrès national d'assistance publique (Session de Lyon, juin 1894). Volume in-8 de 243 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés.... 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Louise Lateau ou la stigmatisée belge.** In-8 de 88 pages, avec une belle eau-forte et 2 figures sur bois de P. Richer. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

BOURNEVILLE. **Création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.** (Rapport présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique.) Volume in-4 de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr. 75

BOURNEVILLE. **De la température centrale dans l'épilepsie** Brochure in-32 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 30 c

BOURNEVILLE. **Crânes et cerveaux d'idiots : craniectomie.** Brochure in-8 de 48 pages, avec figures. — Prix: 1 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr.

BOURNEVILLE. **Enseignement professionnel des Infirmières. — Laïcisation de l'Assistance publique. Les écoles d'infirmières de Paris 1898 à 1902.** Un volume in-8° de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Assainissement de la Seine. Rapport sur les champs d'épuration de Gennevilliers en 1897.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. .... 30 c.

BOURNEVILLE. **Rapport au Comité d'hygiène publique de France sur l'infection de la Seine à Bougival (1898).** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés...... 35 c.

BOURNEVILLE. **Assainissement des villes. Distribution d'eau de source pour la ville de Royan.** Rapport présenté au Comité consultatif d'hygiène de France, 1896. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égoût et l'assainissement de la Seine** ; présenté à la *Chambre des Députés.* Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Volume in-4 de 165 p. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BOURNEVILLE. **Conférence sur l'assainissement de Paris et de la Seine.** Extrait du *Bulletin de la société centrale du travail professionnel* (numéro du 5 mai 1888). Brochure in-8 de 27 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. .... 70 c.

BOURNEVILLE. **Le tout à l'égout et l'assainissement de la Seine.** Brochure in-8 de 31 pages. Prix 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

BOURNEVILLE. **Histoire de la Section des enfants de Bicêtre,** *2e édition,* volume in-8 de 137 pages, avec 11 figures et un plan hors texte. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés........ 2 fr 75.

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** Vol. in-8 compact de 80 pages, avec 10 tracés en chromolithographie.—Prix : 3 fr.—Pour nos abonnés 2 fr.

BOURNEVILLE. **Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière** (7e édition), publié avec la collaboration de MM. E. Brissaud, Budin, P. Cornet, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Duret, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon et Mme Edwards-Pilliet. Cet ouvrage, *adopté par les Ecoles Départementales et Municipales d'Infirmiers et d'Infirmières du département de la Seine,* est divisé en cinq volumes :

Tome I : Anatomie et Physiologie. Prix .... 1 fr. 25
Tome II : Administration et comptabilité hospitalières. Prix : 1 fr. 25
Tome III : Pansements. Prix .... 2 fr. 50
Tome IV : Femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Médicaments. Petit dictionnaire .... 1 fr. 25
Tome V : Hygiène. Prix .... 1 fr. 25
Les 5 volumes réunis. Prix : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. 6 fr.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES ET THIRON.